

Основные тенденции в развитии современной урологии

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) выявляется при аутопсии у всех мужчин старше 40 лет. Различные нарушения мочеиспускания при ДГПЖ могут приводить к острой задержке мочи.

После исключения злокачественного поражения простаты больному, страдающему ДГПЖ, предлагаются различные методы лечения.

В настоящее время ведущие специалисты США и Западной Европы считают эффективной медикаментозную терапию ДГПЖ, — при своевременном начале которой удастся отказаться от оперативного лечения. Основные препараты, применяемые для консервативного лечения ДГПЖ, — селективные α_1 -адреноблокаторы, синтетические блокаторы фермента 5 α -редуктазы, растительные препараты, ингибирующие факторы роста и уменьшающие воспалительные изменения простаты. Наиболее применяемые α -блокаторы — terazолин, тамсулозин, доксазозин и альфузозин. Воздействуя

на α -адренорецепторы в зоне шейки мочевого пузыря, уретре и строме простаты, они увеличивают максимальную скорость потока мочи.

В начале 90-х годов на медицинском рынке появились препараты, блокирующие фермент 5 α -редуктазу. У некоторых больных они снижают выраженность симптомов обструктивного мочеиспускания, уменьшая объем простаты путем торможения превращения тестостерона в его активную форму дигидротестостерон, который, как предполагается, ответствен за рост простаты. Синтетическим ингибитором 5 α -редуктазы является проскар (финастерид), способный остановить развитие ДГПЖ и уменьшить размер простаты в среднем на 35%. Однако применение финастерида снижает показатель простатспецифического антигена (ПСА) сыворотки крови (наиболее ценного онкомаркера), определение которого необходимо для наблюдения за больными во время лечения и исключения возможности развития рака предстательной железы (РПЖ).

Давно известны растительные препараты, которые ингибируют 5 α -редуктазу и оказывают противовоспалительное действие. К ним относится экстракт широколистной пальмы — *Serenoa repens* (пермиксон, серпенс).

Золотым стандартом лечения во всем мире остается трансуретральная резекция предстательной железы. Операция, выполняемая с помощью современных резектоскопов, проведенных по мочеиспускательному каналу, обеспечивает практически полное удаление увеличенной железы и у 80–85% больных — симптоматическое улучшение.

В последние годы началось использование хирургических лазеров для эндоскопического удаления простаты под визуальным контролем. Суть эндоскопической лазерной хирургии ДГПЖ заключается в уменьшении объема простаты (редко — в ее удалении) за счет термического воздействия на гиперплазированную ткань, источником которого являются различные лазерные аппараты. Существенный недостаток данных методов — невозможность взятия ткани для гистологического исследования (из-за термического эффекта лазерного воздействия).

Традиционно РПЖ без признаков экстракапсулярной инвазии является показанием к выполнению радикальной простатвезикулэктомии — операции, предусматривающей полное удаление пораженной опухолью железы с перипростатической фасцией, семенными пузырьками и последующим наложением уретровезикального анастомоза.

В настоящее время начались клинические испытания направленной чрескожной криодеструкции простаты, пораженной раком. Данный метод применяется в некоторых клиниках Европы и США с положительными результатами, подтвержденными гистоморфологическими исследованиями.

Усилия ученых направлены на минимизацию оперативных пособий и поиск щадящих методов радикального лечения РПЖ. Одним из таких методов является так называемая брахитерапия, предусматривающая интрапростатическое введение радиоактивных гранул, поражающих опухольевый процесс. Основное показание к использованию данного метода лечения — локализованный РПЖ.

Ведущим методом лечения распространенного РПЖ оста-

ется гормональная терапия, предусматривающая полную андрогенную блокаду, которая достигается хирургической или медикаментозной орхиэктомией с одновременным применением нестероидных антиандрогенов (флутамид, андрокур и касодекс). Андрогенная блокада обеспечивает задержку развития опухолевого процесса и у 60–70% больных — регресс метастазов.

Гормонрезистентные опухоли простаты составляют примерно 11 % и относительно успешно поддаются химиотерапии с применением таких препаратов, как сурамин и эстрацит.

Другой проблемой, требующей дальнейших исследований, является рак мочевого пузыря (РМП). Рутинное внедрение проточной цитометрии, экспресс-цитологического исследования и уретроцистоскопии позволяет диагностировать РМП на ранних стадиях (Т₀ и Т₁, T_{in situ}), когда отсутствует поражение мышечного слоя мочевого пузыря и опухолевый процесс не распространяется за собственную пластинку подслизистого слоя мочевого пузыря.

Основной метод лечения поверхностных форм РМП — трансуретральная резекция опухоли и

стенки мочевого пузыря с последующим гистоморфологическим исследованием. Препаратами, позволившими добиться положительных результатов лечения у большинства пациентов с поверхностными формами РМП, являются БЦЖ, митомицин С и тиотепа. Ведущая роль в данном случае принадлежит внутривезикулярной иммунотерапии препаратом БЦЖ.

Митомицин С — химиопрепарат с относительно небольшой мол. массой (329), обеспечивающей его невыраженное всасывание и поверхностный эффект. Курс внутривезикулярных введений данного препарата позволяет обеспечить стойкий положительный эффект, что проявляется безрецидивным промежутком у 40% больных РМП стадии Т₁.

Современные методы лечения поверхностных опухолей мочевого пузыря основаны на использовании различных видов лазеров. Чаще применяются неодимовый и гольмиевый лазеры, которые обеспечивают надежный гемостаз и сводят к минимуму возможность перфорации мочевого пузыря.

Резекция мочевого пузыря может быть показана при переходо-клеточном раке и должна

сочетаться с до- и послеоперационной лучевой терапией.

Хирургическое лечение инвазивных форм РМП претерпевает значительные изменения. Это прежде всего относится к мультифокальным поражениям стадии T, с гистологическими признаками низкодифференцированного роста, стадиями T2 и T3 с признаками carcinoma insitui т. д. Большинство специалистов отдают предпочтение радикальной цистэктомии.

Разработана методика радикальной цистэктомии с формированием кишечного мочевого пузыря и восстановлением произвольного мочеиспускания.

Создание автоматических сшивающих аппаратов дало возможность сократить продолжительность оперативного вмешательства и обеспечить высокое качество всех необходимых анастомозов.

Во всем мире разрабатываются методы радикальной цистпростатвезикулэктомии с сохранением нервно-васкулярных пучков, отвечающих за эректильную функцию.

В начале 80-х годов сенсацией в лечении мочекаменной болезни стало создание экстракорпорального литотриптора. В качестве генератора энергии в основном используется электро-

магнитный и пьезоэлектрический эффект.

При наличии больших коралловидных конкрементов, занимающих всю чашечно-лоханочную систему почки, показана секционная нефролитостомия.

Развитие женской урологии в последнее время значительно изменило отношение урологов к таким проблемам, как различные формы недержания мочи и хронический рецидивирующий цистит.

В то время как первичные формы недержания мочи поддаются хирургической коррекции в 80–90% наблюдений, сложные и комбинированные – лишь в 60–70%. Недержание мочи – заболевание, возникающее и в молодом, и в старческом возрасте и не зависящее от условий жизни, характера работы или этнической принадлежности. Около 45% женщин в возрасте 40–60 лет отмечает симптомы непроизвольного выделения мочи.

В настоящее время большинство ученых склоняются к трансвагинальным операциям, направленным не только на коррекцию недержания мочи при напряжении, но и на восстановление нормальной анатомии тазовых органов. В сложных случаях операциями выбора тра-

диционно считаются петлевые, или слинговые, вмешательства. Имплантация искусственного сфинктера, применявшаяся ранее, не исключается для лечения больных с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря, а под слизистое эндоуретральное введение различных паст обеспечивает лишь кратковременный положительный эффект. Слинговые операции минимизированы.

Во всем мире трудно разрешимой проблемой является хронический рецидивирующий цистит. В 1996 г. в США зарегистрирован принципиально новый лекарственный препарат для лечения больных с хроническим циститом — элморон. Пероральное применение препарата обеспечивает симптоматический эффект у 54% больных. Это достигается за счет создания защитной слизистой пленки на всей поверхности слизистой мочевого пузыря.

Медикаментозная терапия эректильных дисфункций представлена широким спектром пероральных, местнодействующих и интракавернозных препаратов. Последние применяются в виде интракавернозных инъекций. Пероральные препараты используются в основном для лечения

больных с признаками умеренных эректильных нарушений. К ним относятся такие гормональные вещества, как тестостерон и его производные, α -блокаторы, L-аргинин, иохимбингидрохлорид, тразодон, апоморфин и др.

Местнодействующие препараты представлены вазоактивными агентами и при аппликационном применении обеспечивают эрекцию. В основном данные препараты представлены комплексом миноксидил — нитроглицерин.

Наиболее распространены три-микс и би-микс комбинации лекарственных препаратов для интракавернозного применения. Стандартный комплекс три-микс состоит из 300 мг папаверина, 15 мг фентоламина и 100 мкг простагландина E1. Папаверин и простагландин действуют непосредственно на гладкую мускулатуру кавернозных тел, фентоламин выступает синергистом вазодилатации.

В 1997 г. в США утвержден к клиническому применению уретральный суппозиторий, содержащий простагландин E1. Данная лекарственная форма так же эффективна, как внутрикавернозные инъекции, однако значительно дороже из-за того, что в суппозитории

намного выше концентрация препарата.

Альтернативой лечения больных с эректильными дисфункциями является использование специальных вакуум-приспособлений для создания локального отрицательного давления, что обеспечивает эрекцию.

Совершенствование хирургической техники позволило коренным образом улучшить оперативные методы коррекции эректильных дисфункций — на первый план вышла имплантация интракавернозных протезов.

Лоран О. Б., Пушкарь Д. Ю. // Анналы хирургии. — 1997. — № 5. — С. 7-16.

Прошлое, настоящее, будущее ударноволновой литотрипсии

Актуальность проблемы мочекаменной болезни (МБ) в значительной мере определяется ее эпидемиологией. К примеру, в США уровень заболеваемости МБ ежегодно достигает 5–10%. В Германии более 300 тыс. пациентов ежегодно госпитализируются, а 490 тыс. оперируются по поводу камней в почках и мочеточниках. В РФ, по данным НИИ урологии, на долю МБ в структуре урологической заболеваемости приходится 28,3–33,9% случаев, при этом у большинства пациентов нефролитиаз выявляется в возрасте 30–50 лет. Первые попытки бескровного лечения МБ были предприняты в конце 1950-х гг. Проф. В. Гольдберг (Латвия) осуществил эндоскопическое дробление фосфатного камня мочевого пузыря разме-

ром 3 см при помощи аппарата «Урат», в основу действия которого положен принцип электрогидравлического удара. Первое успешное клиническое применение дистанционной ударноволновой литотрипсии (ДУЛТ) осуществлено в 1980 г. в Германии. В России первая литотрипсия на отечественном литотрипторе «Урат П» выполнена в 1987 г. в Москве в клинике НИИ урологии под руководством акад. А. Лопаткина. Метод получил известность, основанную скорее на эффективности разрушения камня, чем на результатах экспериментальных и клинических исследований. В то же время многие фундаментальные исследования по воздействию ударноволновых импульсов на биологические ткани показали не только лечебный, но и травмирующий эффект. По мере нако-