АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КАК ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОСТИ 3

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ 9

ВЕСТНИК РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

2022 г. № 1

УЧРЕДИТЕЛЬ – ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ»

XIV СЪЕЗД РОУ: как жить и работать в новых условиях

Российское общество урологов (РОУ) уже на протяжении почти 115 лет объединяет лучших специалистов нашей страны. 14 сентября 2022 года состоится очередной XIV съезд РОУ.

Новые вызовы

Урология как наука и отрасль медицины продолжает неуклонно развиваться, несмотря на все сложности и вызовы, с которыми приходится сталкиваться в настоящее время. В 2020 и 2021 г. все мировое медицинское сообщество было испытано на прочность пандемией COVID-19. В 2022 г. российским ученым и медикам приходится работать в условиях санкционных ограничений. Однако урология продолжает двигаться вперед и находить новые решения в стремительно меняющейся реальности.

На сегодняшний день в РФ работают 5504 уролога. Из них 4747 специалистов являются членами РОУ. Это крупнейшая профессиональная медицинская организация, которая оказывает поддержку в развитии, взаимодействии и реализации научного потенциала врачей-урологов 82 субъектов нашей страны.

За время, прошедшее после XIII съезда урологов, Российским обществом урологов было проведено пять конгрессов. Урологическая наука далеко шагнула вперед, были разработаны и внедрены научно обоснованные методы диагностики и лечения заболеваний почки, мочевого пузыря, простаты и других органов мочеполовой системы.

Большим вкладом в подготовку урологов стала организация Российским обществом урологов научно-практических мероприятий в различных регионах страны – конференций, форумов, академий, вебинаров, школ по различным проблемам урологии. Все образовательные мероприятия РОУ оценены комиссией Совета непрерывного медицинского образования соответствующим количеством баллов. Более того, Российское общество урологов явилось рецензентом всех научно-практических мероприятий по нашей специальности.

Рабочие группы Российского общества урологов разработали 17 клинических рекомендаций, 15 из которых уже утверждены Минздравом РФ и по которым с 1 января 2022 г. должны работать все специалисты страны. Более того, РОУ приняло большое участие в разработке клинических рекомендаций совместно с другими профессиональными сообществами. С 2017 г. РОУ провело большую работу, переводя ежегодно на русский язык гайдлайны Европейской ассоциации урологов, а ведущие специалисты страны выступили рецензентами глав переводных изданий.

Несмотря на огромную работу, проводимую РОУ, нам есть над чем работать дальше.

Очередной, XIV съезд РОУ состоится 14 сентября 2022 г. в Выставочном центре «Крокус Экспо» (Московская обл., Красногорский район, г. Красногорск, ул. Международная, д. 16, 18, 20), где будут обсуждаться важные для отрасли вопросы работы в условиях санкционных ограничений, вопросы импортозамещения, образования, актуализации клинических рекомендаций, стандартов в урологии, будет выбран новый состав правления РОУ, новый председатель и Президиум РОУ.

Выборы состава правления

Один из важнейших вопросов съезда – выборы нового состава правления РОУ, председателя и членов Президиума.

Чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор Юрий Геннадьевич Аляев, который на протяжении 10 лет руководил РОУ, покинет свой пост. Согласно Уставу РОУ, на должность председателя можно избираться не более, чем на два срока (один срок – 5 лет).

На совместном заседании правления РОУ и профильной комиссии Минздрава России по урологии, которое состоялось 21 января 2022 г., было принято единогласное решение о выдвижении консолидированной кандидатуры председателя РОУ на предстоящие выборы. Действующий председатель РОУ Ю.Г. Аляев предложил в качестве своего преемника академика РАН, д.м.н., профессора Петра Витальевича Глыбочко.

Регионы могут присылать на съезд своих делегатов. Необходимо провести выборы представителей не позднее июля 2022 года. Можно выдвинуть одного делегата от 10 членов РОУ от каждого региона РФ.

ВЕСТНИК РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ № 1

Главный редактор
Лоран Олег Борисович, академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАНПО, член Президиума РОУ

Заместитель главного редактора
Газимиев Магомед Алхазурович, д.м.н., профессор, Директор НМИЦ по профилю «урология» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ. Заместитель директора Института урологии и репродуктивного здоровья человека. Исполнительный директор, зам. председателя Российского общества урологов

Шеф-редактор
Гаджиева Заида Камалудиновна, д.м.н., руководитель отдела анализа кадровой политики, образовательных программ и научных исследований НМИЦ по профилю «урология» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, научный редактор журнала «Урология», помощник председателя Российского общества урологов по работе с регионами

Редакционный совет
проф. Аль-Шукри С.Х. (Санкт-Петербург)
проф. Братчиков О.И. (Курск)
проф. Велиев Е.И. (Москва)
проф. Данилов В.В. (Владивосток)
проф. Журавлев В.Н. (Екатеринбург)
проф. Коган М.И. (Ростов-на-Дону)
проф. Комяков Б.К. (Санкт-Петербург)
проф. Крупин В.Н. (Нижний Новгород)
проф. Кульчавеня Е.В. (Новосибирск)
проф. Медведев В.Л. (Краснодар)
член-корр. РАН, проф. Павлов В.Н. (Уфа)
академик РАН, проф. Пушкарь Д.Ю. (Москва)
проф. Ситдыкова М.Э. (Казань)

Редакция газеты «Вестник Российского общества урологов»
Адрес: 117485 Москва,
ул. Обручева, д. 30, стр. 1.
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 189)
E-mail: polyakova@bionika-media.ru

Заведующая редакцией
Елена Полякова
Отдел дизайна и верстки
Александр Ларин, Марина Лындина, Марина Григорьева, Марина Полякова
Отдел полиграфии
Дмитрий Тужиков

Учредитель
Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»

Издатель:
bionika media
www.bionika-media.ru
ООО «Бионика Медиа»

Председатель Совета директоров
Ирина Красивская

Генеральный директор
Ольга Горяинова

Размещение рекламы:
Руководитель департамента продаж рекламы в медицинской прессе
Наталия Дивлекеева
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 131)
E-mail: divlekeeva@bionika-media.ru

Подписка и распространение
Телефон: 8(495) 786-25-41
E-mail: subscription@bionika-media.ru

Периодичность: 4 номера в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер
ПИ № ФС 77–54177 от 17.05.2013 г.

Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа», отпечатана в ООО «Борус-Принт». 115201 г. Москва, 1-й Котляковский переулок, дом 3, этаж 1, оф. 10.

Тираж 5000 экз.
Цена свободная Номер подписан 25 марта 2022 г. Время подписания в печать: по графику 10:00 фактическое 10:00
Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Вестник Российского общества урологов», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.

Уважаемые коллеги, друзья!

В настоящем номере газеты «Вестник Российского общества урологов» представлена информация о наиболее значимых событиях в жизни нашего общества.

Так, на XVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии–2022» обсуждались актуальные междисциплинарные проблемы. В их числе проблемы антибиотикорезистентности, рецидивирующих циститов, альтернативные стратегии в лечении инфекций мочевыводящих путей, влияние вирусных инфекций и их лечения на мужскую фертильность. В этом контексте представляет интерес доклад профессора В.А. Божедомова, посвященный причинам и следствиям мужского фактора бездетного брака.

В феврале в Москве в МНОЦ МГУ им. М.В.Ломоносова состоялась уже VIII научно-практическая конференция «Лопаткинские чтения», посвященная памяти академика Николая Алексеевича Лопаткина. Конференция прошла под девизом «Уроки урологии. Эволюция диагностики и лечения урологических заболеваний». Информацию о мероприятии читатель найдет на страницах газеты.

Традиционно в газете мы публикуем новые нормативные документы Министерства здравоохранения РФ, в частности стандарты медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни.

Завершаем номер искренними поздравлениями, пожеланиями здоровья и дальнейших творческих успехов нашим замечательным юбилярам профессорам Ю.Г. Аляеву, В.Н. Журавлеву, М.И. Когану, М.А. Газимиеву, Д.Л. Арустамову. Их биографии служат примером беззаветного служения страждущим людям и нашей специальности.

С юбилеем, дорогие друзья!

Главный редактор, Академик РАН, д.м.н., профессор О.Б. Лоран

ПОДПИСКА

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!
Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

УРОЛОГИЯ

Стоимость подписки на 2022:

Годовая подписка **2904 руб. 00 коп.**

Первое полугодие **1617 руб. 00 коп.**

Оформить подписку Вы можете на сайте **www.bionika-media.ru**
или обратившись по телефону: **8(495) 786-25-41**
и по e-mail: **podpiska@bionika.ru**

Наши менеджеры помогут подобрать вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

16+ Реклама

bionika media

УРОЛОГИЯ УРОЛОГИЯ

Антибиотикорезистентность как вызов современности

На XVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2022» обсуждались темы, волнующие специалистов самых разных медицинских профилей. В их числе и проблема антибиотикорезистентности, которой посвятил свой доклад ректор ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), чл.-корр. РАН **Роман Сергеевич Козлов.**

Микроорганизмы и глобальный ВВП

Прежде всего Р.С. Козлов напомнил, что антибиотики (АБ) являются одним из величайших открытий человечества, спасшим миллионы жизней. В настоящее время существует 20 антибактериальных, восемь противогрибковых, восемь противовирусных и 12 противопротозойных классов лекарственных средств. Только в России зарегистрировано свыше 200 антимикробных препаратов (АМП). Однако со временем к ним развивается устойчивость микроорганизмов. Поэтому перед медицинским сообществом стоит задача минимизировать появление и, самое главное, распространение резистентных микроорганизмов.

Говоря о важности АБ не только в лечении инфекционных заболеваний, но и для развития новых технологий, лектор сообщил, что внедрение в клиническую практику операции кесарева сечения привело к росту глобального ВВП на 2%. Еще 0,75% глобальному ВВП принесли высокоэффективные препараты в онкологии, 0,65% – операции по замене суставов, 0,1% – трансплантация органов. В целом же эти медицинские технологии способны к 2050 г. обеспечить 4% мирового ВВП (или 120 трлн долл.), но при условии снижения темпов роста антибиотикорезистентности.

Р.С. Козлов проанализировал основные проблемы, определяющие рост антибиотикорезистентности. Как свидетельствуют социологические опросы, главная из них – недостаток знаний у населения. Так, в 2007 г. на вопрос: «убивают ли антибиотики вирусы?», положительно ответили 45% опрошенных россиян. В 2018 г. их число снизилось до 34%, однако ситуация все еще далека от идеала.

Другая, не менее серьезная, проблема – эволюция микроорганизмов. До появления АБ основными возбудителями инфекций в стационарах были пиогенные стрептококки, на смену которым пришел золотистый стафилококк, сегодня 75% от общего числа инфекций приходится на грамотрицательные бактерии. Одновременно эволюционирует и устойчивость микроорганизмов: от монорезистентности (устойчивости к одному препарату) к полирезистентности (устойчивости к нескольким классам препаратов) и даже панрезистентности – устойчивости ко всем имеющемся в арсенале врачей АМП.

Если не бороться с антибиотикорезистентностью, то к 2050 г. глобальный ВВП не досчитается 7%, а человечество – 300 млн жизней, при том что только материнская смертность возрастет в 50 раз. Уже сегодня от инфекций, вызванных устойчивыми микроорганизмами, в мире погибает 700 тыс. человек в год. Если не преодолеть эту тенденцию, к 2050 г. ежегодно будет умирать 10 млн человек, что превысит летальность от онкологических заболеваний.

Почему растет потребление антимикробных препаратов

По экспертным оценкам (а они, по словам лектора, многократно превосходят официальную статистику), в РФ ежегодно отмечается 2 млн нозокомиальных инфекций. При этом устойчивость к трем и более классам антибиотиков наблюдается у 98% нозокомиальных возбудителей, чувствительность только к одному антибиотику – примерно у 64%.

«Что это означает для пациента при отсутствии качественной лаборатории медицинской микробиологии? При отсутствии адекватных данных по чувствительности шанс получить эффективную эмпирическую антимикробную терапию составляет менее 30%», – делает вывод Р.С. Козлов.

В этой связи докладчик отметил такое важное для нашей страны достижение, как разработка стандарта «Медицинская микробиология» и формирование образовательной траектории, которая позволит готовить принципиально новых специалистов, обладающих сразу четырьмя компетенциями: бактериологов, вирусологов, паразитологов и микологов.

Еще одна серьезная проблема – растущее потребление антибиотиков. Эксперт обратил внимание, что до 2020 г. потребление АБ в нашей стране было на уровне стран Северной Европы, однако с началом пандемии новой коронавирусной инфекции ситуация изменилась в худшую сторону. SARS-CoV-2 – инфекция вирусная, а, следовательно, антибиотики для лечения ее неосложненных форм не требуются. Тем не менее потребление АБ в РФ выросло на 28% за счет их применения на ранних стадиях терапии пациентов с коронавирусной инфекцией.

Причем наиболее значимый рост потребления системных АБ в РФ связан в первую очередь с такими препаратами, как азитромицин и левофлоксацин. Они необходимы для лечения многих инфекций, но, к сожалению, уровень устойчивости к ним в последние годы неуклонно растет. В целом же, согласно классификации ВОЗ (2017–2019 гг.), в России потребление так называемых мониторируемых препаратов превышает использование лекарственных средств из группы доступных.

Отдельно эксперт остановился на теме применения антибиотиков в ветеринарии на примере ситуации в США. В этой стране, где очень жесткий контроль применения АБ в медицине, с «профилактической» целью у животных используется 11,2 млн кг антибиотиков ежегодно, еще 900 кг – с лечебной (суммарно в 10 раз больше, чем у людей).

Качество, биодоступность, технологии

В не меньшей степени специалистов волнует и качество АМП. Эксперт привел данные исследования оригинальных и дженерических препаратов, а именно результаты сравнения оригинального карбопенема с псевдодженериком. Исследование показало, что нерастворимые неорганические примеси при внутривенном введении такого псевдодженерика приводили к блокированию капилляров и ухудшению течения инфекционного заболевания. На фоне снижения выхода на рынок новых АБ лектор призвал коллег учиться разумно использовать препараты, хорошо известные с точки зрения клинической фармакологии, отметив, что не представляет лечение инфекций нижних отделов мочевых путей без использования фосфомицина.

Не менее важна и биодоступность антимикробных препаратов. Именно поэтому пролонгированные лекарственные формы АМП, которые дольше задерживаются в желудочно-кишечном тракте, имеют определенные преимущества, снижая частоту терапевтических неудач.

Лектор акцентировал внимание на использовании технологий с доказанной эффективностью для регулирования устойчивости микроорганизмов. К таким технологиям относится вакцинация, которая способна снизить распространение резистентости путем уменьшения инфекционной заболеваемости и, как следствие, потребления АБ.

Для предотвращения угроз, связанных с распространением резистентности к антимикробным препаратам, в Российской Федерации предпринимается ряд мер, о которых Р.С. Козлов рассказал в заключительной части своего доклада. В их числе информирование населения по вопросам применения АМП и проблемам антимикробной резистентности; совершенствование мер по предупреждению и ограничению распространенности и циркуляции возбудителей с антимикробной резистентностью, а также обеспечение системного мониторинга распространения антимикробной резистентности с помощью уникальной онлайн-платформы – карты антимикробной резистентности России (http://AMRMap.ru), которую специалисты могут использовать в своей клинической практике.

«Мы за любые мероприятия, снижающие резистентность к антимикробным препаратам. Но при этом надо помнить: если не будет эффективных антибиотиков, эффективного лечения инфекций тоже не будет. Нужно сделать все, чтобы этого не допустить», – подытожил свое выступление Р.С. Козлов.

Елена Яковлева

Урология под знаком эволюции

В феврале в Москве, в МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, состоялась VIII научно-практическая конференнция «Лопаткинские чтения». Мероприятие прошло под девизом «Уроки урологии. Эволюция диагностики и лечения урологических заболеваний».

Преемственность и инновации

Открыл конференцию директор Университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, академик РАН, профессор, д.м.н. Армаис Альбертович Камалов. Свое вступительное слово он посвятил выдающемуся ученому, новатору, создателю и руководителю НИИ урологии МЗ РФ, учителю и наставнику нескольких поколений российских урологов, академику РАМН Н.А. Лопаткину.

«Школа Николая Алексеевича Лопаткина продолжает жить, его ученики ведут активную практическую, научную и образовательную деятельность. Память о нем сохраняется в преемственности... Мы должны каждый на своем месте расширить возможности урологии. А она сегодня, как мне кажется, одно из самых технологичных и быстро развивающихся направлений из всех, что существуют в медицине», – отметил А.А. Камалов.

Мероприятие проходило в гибридном формате. Его насыщенная программа включала пленарное заседание, пять научных секций, четыре секции «Эволюция хирургии» с клиническими дискуссиями. Перед многочисленными участниками конференции в зале МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова и в интернете выступили около 20 ведущих российских специалистов в области урологии. В своих докладах они представили инновации в диагностике, хирургическом и медикаментозном лечении урологических заболеваний.

Будущее становится реальностью

«Настоящее и будущее онкоурологии» – так озаглавил свое сообщение в рамках пленарного заседания заместитель директора по научной и инновационной работе НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, президент Российского общества онкоурологов, чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Всеволод Борисович Матвеев.

Одна из важнейших тенденций последних лет в онкоурологии – снижение травматичности, внедрение малоинвазивных методик, таких как трансуретральные операции мочеточника, лоханки, лапароскопические операции (резекция почки), перкутанные операции, робот-ассистированная хирургия. Эти технологии вытесняют традиционную открытую хирургию во многих разделах онкоурологии.

Вторая тенденция, успевшая стать реальностью, – максимальное сохранение функционирующего органа. Сегодня энуклеация опухоли является стандартом лечения, особенно при выполнении малоинвазивных операций, и позволяет существенно уменьшить кровопотерю, достоверно увеличить показатели безрецидивной выживаемости. Робот-ассистированная хирургия также способствовала прогрессу органосохраняющих операций, особенно при раке почки.

Развитие хирургии в онкоурологии движется не только в сторону органосохраняющих и малоинвазивных операций у пациентов с начальными стадиями рака, но и внедрения расширенных и комбинированных хирургических вмешательств у больных с более поздними стадиями злокачественных опухолей.

Еще одна новая тенденция – использование трехмерного наведения с дополненной реальностью для выполнения резекции сложных опухолей почки в ходе лапароскопических и робот-ассистированных вмешательств. Эта прогрессивная методика в эндоскопической хирургии рака почки позволяет более точно идентифицировать очаг внутри паренхимы почки, значительно уменьшить время ишемии, чаще выполнять энуклеацию.

Реальностью сегодня стало и все большее внедрение риск-адаптированных подходов, которые повышают эффективность и снижают побочные эффекты от проводимого лечения.

Отдельно докладчик остановился на адъювантной терапии при лечении онкоурологических заболеваний. Изучение молекулярно-генетических характеристик опухоли, поиск биомаркеров, мишеней для таргетной терапии – основное направление развития клинической онкологии, которое будет доминировать в ближайшие годы.

Завершая выступление, В.Б. Матвеев обрисовал перспективы онкоурологии, подразумевающие более совершенные профилактику и диагностику, персонализированное лечение с использованием нового поколения таргетных препаратов с учетом данных генома и транскриптома пациента, применением искусственного интеллекта для выбора терапии, малоинвазивную органосохраняющую робот-ассистированную или полностью роботическую хирургию.

Лечение острой задержки мочи (ОЗМ) без операции

Заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, ведущий научный сотрудник МИЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, президент Российского общества

по андрологии и новым технологиям, профессор, д.м.н. Алексей Георгиевич Мартов представил доклад «Терапия ОЗМ – варианты, результаты, будущее пациента».

Острая задержка мочи (ОЗМ) – одно из самых серьезных осложнений доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Статистика свидетельствует, что вероятность развития ОЗМ у мужчин пожилого возраста доходит до 73% и в восемь раз превосходит таковую у мужчин среднего возраста. А на ее патогенез может влиять целый комплекс различных факторов – лекарственных, воспалительных, травматических и др.

Докладчик отметил, что раньше распространенной практикой были экстренные операции по поводу ОЗМ, от которых впоследствии отказались из-за высокого риска осложнений. Осложнения сопровождают и троакарную цистостомию. Поэтому внимание урологов привлекает методика восстановления самостоятельного мочеиспускания с помощью известной специалистам консервативной терапии альфа-адреноблокаторами и катетеризации. Этот способ лечения называется trial without catheter (TWOC). Согласно имеющимся данным, при его применении у 28% пациентов мочеиспускание восстанавливается уже после однократной катетеризации, у 51% – после установки катетера на два дня, у 62% – после 7–дневной постоянной катетеризации.

Лектор ознакомил коллег с данными собственного исследования по оценке эффективности этого подхода восстановления мочеиспускания у пациентов с ОЗМ вследствие ДГПЖ. А они, в свою очередь, продемонстрировали, что на результаты TWOC влияют предшествующие симптомы нижних мочевыводящих путей, объем простаты и внутрипузырная протрузия, в то время как количество остаточной мочи и возраст пациентов существенного значения не имеют.

А.Г. Мартов также обратил внимание на работу, в которой сравнивается влияние различных альфа-адреноблокаторов на исходы катетеризации, показавшую превосходство альфузозина над тамсулозином и силодозином. Альфузозин – единственный уроселективный альфа-адреноблокатор, позволяющий сохранить все функции органа. Это доказано рядом работ, мультицентровыми исследованиями. Он в меньшей степени влияет на развитие эякуяторной и эректильной дисфункции, а в ряде работ доказывается, что он может даже улучшать эректильную функцию на 23%.

В заключительной части своего доклада эксперт подчеркнул, что альфузозин позволяет ликвидировать ОЗМ без каких-либо серьезных инвазивных вмешательств.

Тенденции детской урологии

Заместитель директора Российского научного центра рентгенорадиологии, член правления Российского общества урологов, заместитель председателя Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов Андрей Юрьевич Павлов сосредоточился на проблемах детской урологии. А в России самостоятельная специальность детского врача уролога-андролога была закреплена приказом МЗ РФ лишь в 2003 г., после того как двумя годами ранее медицинское сообщество сформировало соответствующую концепцию.

Тем временем социально-демографическая ситуация в стране не может не вызывать тревогу. Только два федеральных округа (Северо-Кавказский и Уральский) имеют положительный прирост населения, в остальных он отрицательный. При этом к 2035 г. прогнозируется прогрессивный спад численности населения в стране. На этом фоне большое значение имеет репродуктивное здоровье наших граждан. А у мужчин за него отвечают урологи, в том числе детские урологи-андрологи.

Между тем в России фиксируется повышение заболеваемости детей первого года жизни по основным классам и группам болезней – на 66%, а числа операций, проведенных в стационаре, – на 60%. В этой связи лектор считает неправильной практику проведения первой диспансеризации у детей в трехлетнем возрасте. По его мнению, к 2015 г. это привело к тому, что андрологическая заболеваемость у детей увеличилась на 30–50%. За первые два квартала 2020 г. по результатам профилактических осмотров подростков акушерами-гинекологами и урологами-андрологами выявлено 76 тыс. больных в возрасте 15–17 лет, половина из них – впервые.

Положение усугубляет дефицит кадров по специальности «Детская урология-андрология», который, по данным МЗ РФ, составляет 74%. Сегодня в лечебно-профилактических учреждениях России работают всего 402 детских уролога-андролога.

С учетом общей тенденции сокращения коечного фонда расчетное число детских уроандрологических коек на 2020 г. составляет 1256. При этом 40% детей с урологическими заболеваниями прооперированы в отделениях для взрослых либо в детских хирургических отделениях, где нет необходимого урологического оборудования. Как следствие, отметил эксперт, с 2012 г. стандарт оснащения детской урологии не обновлялся.

В 2021 г. МЗ РФ утвержден стандарт для детского врача уролога-андролога, который будет действовать шесть лет. За это время, подчеркнул эксперт, нужно сделать все, чтобы эта специальность развивалась эволюционно.

Реконструктивные операции на верхних мочевыводящих путях

Заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заслуженный деятель науки РФ, член CIU, главный редактор газеты «Вестник РОУ», член Президиума Российского общества урологов, академик РАН, д.м.н., профессор Олег Борисович Лоран посвятил свой доклад реконструктивным операциям на верхних мочевыводящих путях и их эволюции от классических к инновационным.

Реконструктивная хирургия – один из самых сложных и разносторонних разделов медицины, требующих специалистов высокого уровня и больших материально-технических затрат. Современные хирурги прибегают к различным вариантам реконструктивных операций на мочеточниках в зависимости от уровня обструкции.

При этом, по словам докладчика, такой вариант пластических операций, как трансуретероуретероанастомоз, используется довольно редко: до 2015 г. в мировой литературе описано всего 63 соответствующих наблюдения. Она требует хорошей прецизионной техники, а показания к ней весьма ограничены.

Для реконструкции тазовых отделов мочеточника используется операция Боари, возрожденная в ГКБ им. С.П. Боткина во времена СССР. Сегодня отечественная хирургия располагает значительным опытом этих операций и данными по их результатам за 20 лет.

В ряду хирургических вмешательств, разработанных в ГКБ им. С.П. Боткина, также комбинация операции Боари и аппендикоуретеропластики, которая, с точки зрения академика О.Б. Лорана, может быть альтернативой кишечной пластике при тотальном поражении мочеточника, а также пластике мочеточника лоскутом из лоханки.

Сегодня все чаще применяются малоинвазивные реконструктивные операции на верхних мочевыводящих путях. К числу их преимуществ докладчик отнес снижение кровопотери, болевого синдрома, меньшие сроки госпитализации, оптимизацию косметических результатов, лучшую визуализацию. Все более популярной и распространенной (при доступности и финансовой целесообразности) становится роботическая техника, которая облегчает диссекцию и наложение интракорпоральных швов.Но и эти операции имеют свои недостатки:

– этиология стриктур мочеточников крайне разнообразна, а наличие лучевой терапии, множественных оперативных вмешательств в анамнезе иногда делает малоинвазивный доступ невозможным или крайне затруднительным;

– реконструктивные операции требуют прецизионной техники (особенно в случае лапароскопии), что обусловливает «длинную кривую» обучения;

Кроме того, к настоящему времени опубликованный опыт малоинвазивной реконструктивной хирургии достаточно ограничен и сводится, в основном, к ретроспективному анализу немногочисленных серий, что не позволяет делать достоверные заключения о преимуществах.

Пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) – самая распространенная реконструктивная операция на верхних мочевыводящих путях. Возможен как трансперитонеальный, так и ретроперитонеальный доступ (в настоящий момент доказанные преимущества того или другого доступа отсутствуют).

Согласно мета-анализу периоперационных результатов, при сравнении лапароскопической и роботической пластики ЛМС роботический доступ имеет определенные преимущества. Выбор метода лечения, как и в случае открытой операции, зависит от локализации и протяженности стриктуры мочеточника.

Опыт роботической реконструкции стриктур мочеточника в четырех европейских центрах показал, что в основном выполняются пиелопластики (значительно меньше анастомозов «конец-в-конец» и реимплантаций). Предпринимаются попытки реконструкции мочеточника с использованием слизистой щеки, но наблюдений пока немного.

Кишечная пластика мочеточников показана для сохранения функции почки, избавления пациента от стента, нефростомы, нефрэктомии. Хотя тотальное замещение мочеточника сегментом подвздошной кишки – методика известная, публикаций на эту тему очень мало. В 2018 г. группой российских авторов опубликован мультицентровой ретроспективный анализ операций по кишечной пластике мочеточника, в результате которых у 40 пациентов полностью интракорпорально замещены 48 мочеточников. В первую очередь, такие операции показаны при лучевых поражениях верхних мочевыводящих путей.

Елена Яковлева

Наследственные формы мочекаменной болезни

В статье представлены шесть генетически обусловленных форм мочекаменной болезни, приведены их этиологические факторы, метаболические и клинические проявления наследственных синдромов и связанного с ними уролитиаза, показаны возможности и трудности лечения цистинурии, ксантинурии, высокой экскреции с мочой 2,8-дигидроксиаденина, гиперурикемии и гиперурикурии при синдроме Леша-Нихана, дистального почечного канальцевого ацидоза, первичной гипероксалурии.

КОНСТАНТИНОВА О.В., АЛЕШИН В.П., АРШИЕВ М.Р., КАСУМОВ Э.Э., МАМОНОВ С.А.
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Все заболевания в зависимости от степени связи с наследственными факторами делятся на три группы.

1. Заболевания, в развитии которых наследственные факторы играют главную роль. Эти заболевания относятся к моногенно-наследуемым, они детерминированы одним главным геном.

2. Мультифакториальные заболевания, возникновение которых определяется не только наследственной предрасположенностью, но и действием факторов внешней среды.

3. Заболевания, возникновение которых определяется внешними факторами. Наследственные факторы здесь играют вспомогательную роль (Вартанян М.Е., Снежневский А.В., 1976).

Мочекаменная болезнь – болезнь обмена веществ, вызванная различными эндогенными и/или экзогенными причинами, нередко носящая наследственный характер, характеризующаяся образованием камней в мочевыводящей системе.

Выявлены мутации и полиморфизмы генов, приводящие к возникновению мочекаменной болезни. Полиморфизмы генов, ассоциированные с уролитиазом, – один из факторов, который в совокупности с другими факторами риска заболевания может являться причиной литогенеза. Мутации генов вызывают генетически детерминированные нарушения обмена камнеобразующих веществ, сопровождающиеся образованием мочевых камней в 21% случаев у детей и в 11% среди взрослых больных уролитиазом (Halbritter J et al, 2015; Филиппова Т.В. и соавт., 2016).

Генная мутация – изменение строения одного гена. Это изменение в последовательности нуклеотидов: выпадение, вставка, замена и т.п.

Существует несколько форм мочекаменной болезни, вызванной мутациями генов:

- цистиновая,
- ксантиновая,
- 2,8-дигидроксиадениновая.

Среди больных:

- мочекислым,
- кальций-фосфатным,
- кальций-оксалатным уролитиазом.

Цистинурия, цистиновые камни

Это редкое генетическое заболевание, встречающееся в 2% случаев, характеризуется снижением почечной реабсорбции цистина, орнитина, аргинина и лизина. Повышенная экскреция цистина с мочой приводит к развитию цистинового уролитиаза. Мутантные гены *SLC3A1* и *SLC7A9* являются причиной цистинурии, системного расстройства. Его частота и спектр мутаций варьируют в разных популяциях (Chuangye Li et al., 2020). Цистиновые камни встречаются у пациентов детского возраста – до 10% случаев, у взрослых пациентов – до 2%. В Азии цистинурия встречается редко (Brian H. Eisner et al., 2020). На распространение цистинурии влияют географическое положение и этническая принадлежность. Средний возраст при первом появлении цистинурии и камней в почках составляет 12–13 лет, у детей – 5,59 года. Из этих пациентов 41,4% были моложе 1 года и 60,5% моложе 5 лет (Prot-Bertoye C. et al., 2015; Edvardsson VO et al., 2013; Watanabe Y. et al., 2019).

Гены *SLC3A1* и *SLC7A9* кодируют две субъединицы транспортера, которые опосредуют почти полную реабсорбцию цистина и других двухосновных аминокислот (орнитина, лизина и аргинина) в проксимальных канальцах почек и кишечнике. Кристаллизация цистина в моче происходит, когда его концентрация превышает 250 мг/л мочи.

Клинические проявления цистинурии заключаются в склонности пациентов к частому образованию цистиновых камней, их рецидивированию, образованию сотни камней в год, артериальной гипертензии, развитию хронической болезни почек (ХБП) в тяжелых случаях (Fattah H. et al., 2014; Prot-Bertoye C. et al., 2015).

Диагноз цистинурии подтверждается при наличии любого из следующих признаков:

а) цистиновый состав камня при определении методом рентгеновской дифракции или инфракрасной спектроскопии;

б) микроскопия мочи, демонстрирующая гексагональные кристаллы в осадке (20–25% случаев);

в) кристаллизация умеренно зависит от pH мочи: (5,0–7,8);

г) суточная экскреция цистина более 80 мг/сут.;

д) окрашивание мочи в фиолетовый цвет при скрининге с помощью качественного теста с цианид-нитропруссидом (Brian H. Eisner et al., 2020; Daudon D., 2015; Knoll, T., et al., 2005).

Клиническое ведение пациентов с цистинурией заключается в следующем.

1. Строгий контроль необходим у пациентов, у которых цистинурия выявлена в раннем возрасте наряду с подтверждающим ее анализом камней и анализом суточной мочи. После диагностики цистинурии рекомендуются образ жизни и диетические рекомендации (поддержание диуреза 3 л/сут. и ограничение пищевого натрия и животного белка).

2. Если немедикаментозные меры не позволяют снизить концентрацию цистина в моче <250 мг/л, следующим шагом является начало щелочной терапии цитратом калия (цитратными смесями) 2 или 3 раза в день для достижения pH мочи в течение суток от 7,0 до 7,5.

3. Если эти меры не приводят к снижению концентрации цистина в моче <250 мг/л или цистиновые камни рецидивируют, рекомендуется рассмотрение возможности начала терапии цистинсвязывающими тиоловыми препаратами. Исследования мочи следует повторять и увеличивать дозы тиола по мере необходимости для создания концентрации, в идеале, >50 мг/л. Рецидивирование камней может также указывать на то, что более высокие дозы являются целесообразными.

4. Для предотвращения рецидива камней необходимо пожизненное наблюдение, включающее систематический анализ суточной мочи и УЗИ почек (Brian H. Eisner et al., 2020).

Наследственные формы уролитиаза, связанные с нарушениями пуринового обмена

Ксантиновые камни. Ксантинурия – очень редкое генетическое нарушение обмена веществ, проявляющееся нарушением превращения ксантина в мочевую кислоту. Ксантинурия имеет большую клиническую вариабельность и только у около половины всех пациентов образуются мочевые камни.

Этиологическими факторами являются мутации генов: *MOCOS* – гена молибден кофактора сульфуразы, *AOX1* – гена альдегидоксидазы 1, *XDH* – гена ксантиндегидрогеназы, *SEPT9* – гена, кодирующего белок септин-9 (J.L. Johnson, 2003; Tao Xua et al., 2020). Биохимическим механизмом развития ксантинурии является нарушение метаболизма пуринов и их превращения в мочевую кислоту из-за дефицита ферментов ксантиндегидрогеназы/ксантиноксидазы (XDH/XO) и альдегидоксидазы 1 (AOX1), обусловленного мутацией генов.

Биохимическими проявлениями ксантинурии являются низкая концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови и моче, высокое содержание ксантина и гипоксантина в моче. Кристаллизация ксантина умеренно зависит от pH мочи: 5.6 (4.8–7.2) (M. Daudon, V. Frochot, 2015). Существует три типа ксантинурии.

Клинически ксантинурия проявляется по-разному, в зависимости от типа. При первом типе отмечаются ксантиновые камни у 50% больных, высокая частота рецидивирования, острая почечная недостаточность, миопатия из-за отложения ксантина в тканях, аллопуринол метаболизируется. При втором типе встречаются ксантиновые камни у 50% больных, высокая частота рецидивирования, острая почечная недостаточность, миопатия из-за отложения ксантина в тканях, аллопуринол не метаболизируется (дефицит альдегидной активности). При самом тяжелом, третьем, типе наблюдаются тяжелые неврологическое расстройства, нарушения локализации хрусталика и дисморфизм, летальный исход. Лечение ксантинурии заключается в потреблении большого объема жидкости, обеспечивающего оптимальный удельный вес мочи <1,01 и диете с низким содержанием пуринов. Медикаментозное лечение затруднительно (C. Türk, A. Neisius, A. Petrik et al., 2020).

Камни из 2,8-дигидроксиаденина встречаются редко – менее чем в 0,5% случаев. Высокая экскреция с мочой плохо растворимого 2,8-дигидроксиаденина является наследственным аутосомно-рецессивным заболеванием, обусловленным дефицитом фермента

Приведенные в статье наследственные формы мочекаменной болезни встречаются редко. Но пациенты, страдающие ими, относятся к самой тяжелой категории больных уролитиазом. Они нуждаются в постоянном врачебном внимании, в ряде случаев в междисциплинарном подходе, в регулярном контроле их состояния.

аденинфосфорибозилтрансферазы (АФРТ), вызванного мутацией гена *APRT*-гена, кодирующего аденинфосфорибозилтрансферазу (Nozue H. et al., 2011, Edvardsson V.O., et al., 2018).

Клинические проявления: ранний детский возраст, множественные камни, как правило, двустороннее рецидивирующее течение, кристаллурическая нефропатия, ХБП, метаболический ацидоз. До 10% пациентов имеют терминальную стадию хронической почечной недостаточности вследствие несвоевременно поставленного диагноза. До 20% гомозиготных пациентов могут оставаться бессимптомными (Bollee G. et al., 2012, Nasr S.H. et al., 2010).

Диагностика камней из 2,8-дигидроксиаденина заключается в определении указанного химического состава конкрементов или выявлении кристаллурии 2,8-дигидроксиаденина с помощью инфракрасной спектрометрии. Кристаллизация 2,8-дигидроксиаденина практически не зависит от pH мочи: 6,2 (4,8–9,0). Дефицит фермента *АФРТ* можно выявить по уровню аденина в суточной моче.

Лечение больных с указанными камнями состоит в высоком потреблении жидкости, назначении диеты с низким содержанием пуринов и медикаментов: аллопуринола 5–10 мг/кг/сут. или фебуксостата 80 мг/сут. (длительные курсы под лабораторным контролем крови и мочи) (Gurinder Kumar, Rami Raad AlAni, 2018, Edvardsson, V.O. et al., 2018).

Наследственная форма у больных мочекислым уролитиазом

Синдром Леша-Нихана (Lesch-Nyhan) – очень редкое, сцепленное с мужским полом генетическое рецессивное заболевание, вызванное врожденным нарушением метаболизма нуклеотидов. Этиологическим фактором является мутация гена *HPRT1*, кодирующего гипоксантин-гуанинфосфорибозилтрансферазу, приводящая к дефициту этого фермента (ГГФРТ) (Natasha Ng et al., 2018).

Биохимические признаки заключаются в повышении сывороточной концентрации мочевой кислоты почти в два раза и ее почечной суточной экскреции более чем в два раза по сравнению с референсными значениями.

Клинические особенности синдрома Леша-Нихана: манифестация в детском возрасте, неврологические проявления (отличительный нейроповеденческий фенотип, характеризующийся дистонией и поведенческими симптомами, связанными с членовредительством, когнитивными расстройствами), повышение свертываемости крови, мегалобластная или микроцитарная анемия, отложение кристаллов мочевой кислоты в суставах (подагра), нефрокальциноз, множественные мелкие камни, коралловидные камни, наличие камневыделителей, возможно ежедневное отхождение песка, ХБП (Natasha Ng et al., 2018),

Лечение гиперурикемии и гиперурикурии при синдроме Леша-Нихана является клинической проблемой, оно не всегда бывает эффективным. Рекомендуют потребление жидкости в объеме 1,5–2 л/сут. (дети в возрасте до 5 лет); диету, ограничивающую употребление пуринов, кальция, поваренной соли; аллопуринол два-три раза/сут.: общая суточная доза 6–10 (3–8) мг/кг/сут. (проводится оценка экскреции мочевой кислоты, ксантина, гипоксантина и оксипурина с мочой для определения точной дозы аллопуринола).

Наследственный почечный канальцевый ацидоз. Кальций-фосфатные камни

Почечный канальцевый ацидоз (ПКА) – заболевание, вызванное нарушением функции почечных канальцев в регуляции кислотно-основного равновесия, обусловленного тяжелым нарушением транспорта водорода и бикарбонатов, при наличии нормальной или умеренуно нарушенной скорости клубочковой фильтрации (Maxwell A.P., et al., 2007, Santos F. et. al., 2015). Существует четыре типа ПКА. Почечный канальцевый ацидоз может быть полным и неполным.

Причинами наследственного ПКА являются мутации генов: *SLC4A1* (обмен Cl и бикарбонатов), *ATP6V1B1, ATP6V0A4* (секреция H+ ионов). Большинство случаев дистального почечного канальцевого ацидоза (дПКА) являются результатом мутаций генов *ATP6VOA4* и *ATPV6V1B1*, кодирующих белковые субъединицы фермента H+-АТФазы, ответственной за секрецию ионов водорода (H+) в мочу в собирательных трубках. Образование камней в почках наиболее вероятно у пациентов с дистальным типом ПКА (тип I). Дистальный ПКА (дПКА) характеризуется неспособностью собирательных трубочек максимально подкислять мочу и снижением экскреции с мочой аммония (NH4+). Это нарушение отмечается у 35% пациентов с кальций-фосфатными камнями (Marta Alonso-Varela et al., 2020, Soriano JR., 2002). Они представлены карбонатапатитами и брушитами, но превалирующим химическим составом мочевых камней является карбонатапатит.

Метаболические признаки дистального ПКА: гиперкальциурия, pH мочи >5,8 в течение суток, гипокалиемия, гипоцитратурия или нормоцитратурия, снижение содержания в моче белка Тамма–Хорсфалла и уровня бикарбонатов в сыворотке крови (Strohmaier W.L., 1990).

Клинические проявления неполного дПКА у детей: медуллярная губчатая почка (аутосомно-доминантное наследование), нефрокальциноз, мочекаменная болезнь, отягощенный семейный анамнез по гиперкальциурии или уролитиазу, рахит, боль в костях, врожденные аномалии органов мочевой системы, задержка в физическом развитии (отставание в росте).

Диагностику ПКА I проводят с помощью генетического обследования на предмет выявления мутаций выше указанных генов или посредством пробы с хлористым аммонием (Избранные вопросы мочекаменной болезни. Уч.-метод. пособие под ред. акад. РАН А.Д. Каприна). Существуют скрининговые тесты (например, с фуросемидом), но они предназначены не для диагностики ПКА I, а для отбора пациентов для осуществления выше названной нагрузочной пробы с хлоридом аммония.

Направленность лечения кальций-фосфатных камней при наследственном ПКА I заключается в том, что основной целью консервативного лечения ПКА I является восстановление нормального кислотно-щелочного равновесия. Несмотря на щелочную pH мочи при ПКА, подщелачивание с использованием щелочных цитратов или бикарбоната натрия имеет важное значение для нормализации метаболических изменений (внутриклеточного ацидоза, нарушений почечной суточной экскреции литогенных веществ), ведущих к камнеобразованию. В мировой урологической практике применяют цитратные смеси 9–12 г/сут. в два-три приема или бикарбонат натрия 4,5 г/сут. в три приема, при гиперкальциурии цитратные смеси (бикарбонат натрия) можно сочетать с тиазидами. В некоторых случаях при брушитовых камнях в качестве альтернативного лечения можно назначать тиазиды (Bergsland K.J. et al., 2013).

Первичная гипероксалурия. Кальций-оксалатные камни

Первичная гипероксалурия бывает трех типов (I, II, III). Все три типа – очень редкие генетические формы оксалурии. Обычно вызывают ТПН из-за нефрокальциноза в раннем детском возрасте и осложнений, связанных с мочевыми камнями. Этиологическими факторами являются: тип I – мутация гена *AGXT*, тип II – мутация гена *GHHPR*, тип III – мутация гена *HOGA1* (G. Gambaro et al., 2018).

Клинические проявления первичной гипероксалурии – мочекаменная болезнь, которая встречается у 90% пациентов на момент установления диагноза. Болезнь имеет вариабельную экспрессию, причем у некоторых гомозигот она проявляется только во взрослом возрасте, с единичным камнем и нормальной функцией почек или развивается ТПН после 50 лет. При первичной гипероксалурии кристаллурия наблюдается редко. Первичная гипероксалурия I типа является наиболее тяжелой формой и отмечается чаще других. Особенностями ее течения считают манифестацию в среднем возрасте 5 лет (интервал – с первого месяца жизни до 60 лет), первые проявления до 10 лет – у 65% , до 20 лет – у 85% пациентов, развитие признаков уремии (слабости, вялости, тошноты, рвоты, бледности) при манифестации заболевания в первые месяцы жизни человека, нефрокальциноз или системный оксалоз, ХБП более чем у 50% больных в возрасте 25 лет, необходимость заместительной почечной терапии (диализ/трансплантация почки) к 15 годам – у 28% пациентов, средний возраст летального исхода – 21 год (Т.В. Филлипова и соавт., 2018, G. Gambaro et al., 2018).

Диагностика первичной гипероксалурии включает генетическое обследование на предмет выявления мутаций генов, а также биохимическое исследование мочи для определения уровня содержания оксалатов: экскреция оксалатов >0,5 ммоль/сут. у взрослых (> 0,37 ммоль/1,73 м^2/сут. у детей) подтверждает гипероксалурию. При первичной гипероксалурии – экскреция оксалатов, в основном, >1 ммоль/сут.

Лечение первичной гипероксалурии – трудный процесс. Оно включает назначение потребления жидкости до 3,5–4,0 л/сут. взрослым (детям 1,5 л/м^2 площади поверхности тела); пиридоксина (витамина B6, эфф. 30%) в начальной дозе 5мг/кг/сут., максимум 20 мг/кг/сут.; щелочного цитрата 9–12 г/сут. взрослым, 0,1–0,15 г/кг/сут. детям; магния 200–400 мг/сут. (нельзя в случае почечной недостаточности) (C. Türk et al., 2021). Перспективами лечения являются заместительная ферментная терапия, применение оксалат-деградирующих препаратов, генная терапия, клеточная терапия (трансплантация гепатоцитов).

Приведенные в статье наследственные формы мочекаменной болезни встречаются редко. Но пациенты, страдающие ими, относятся к самой тяжелой категории больных уролитиазом. Они нуждаются в постоянном врачебном внимании, в ряде случаев в междисциплинарном подходе, в регулярном контроле их состояния.

Рецидивирующий цистит: на пути к консенсусу

В рамках XVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2022» знаниями и опытом поделились ведущие медицинские специалисты. О международной программе повышения осведомленности о рецидивирующем цистите (RECAP) коллегам рассказала руководитель группы инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал НМИЦ радиологии, председатель МОО «Рациональная фармакотерапия в урологии», председатель Московского общества урологов, член правления Европейской секции по инфекциям в урологии Европейской урологической ассоциации, профессор, д.м.н. Тамара Сергеевна Перепанова.

Рабочий инструмент для специалистов

Речь идет о программе, в создании которой приняли участие 12 международных экспертов, включая профессора Т.С. Перепанову. Это своего рода рабочий инструмент, обобщающий последние данные по диагностике, лечению и профилактике рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей (ИМП). По словам лектора, так как по этому заболеванию у специалистов все еще нет консенсуса, возникла необходимость в устранении пробелов в его восприятии врачами и пациентами. Между тем статистика не радует. В США 3 млн пациентов с ИМП лечат антибиотиками (АБ). В Европе более 80% больных ИМП хоть однажды получали АБ, свыше 53% вынуждены менять антимикробные препараты из-за их неэффективности. Женщины страдают рецидивирующим циститом в 50 раз чаще, чем мужчины, что не только наносит вред их здоровью, но и негативно влияет на качество жизни. Примерно 30% из тех, кто испытал хоть один раз неосложненную ИМП, будут сталкиваться с ее рецидивами на протяжении всей жизни. Причем в пожилом возрасте, когда и мужчины, и женщины в равной степени подвержены рецидивирующей ИМП, данная инфекция может спровоцировать недержание мочи, быстрое ухудшение общего состояния здоровья и даже спутанность сознания. Недооценивать данное заболевание нельзя. При этом, согласно опросам, многие пациенты готовы для предотвращения рецидивов цистита к неантибактериальным профилактическим мерам (приему клюквенного морса, иммуностимуляторов). Во всем мире уже 74% женщин прибегают к ним, прежде чем обратиться к врачу. Но если для пациентов даже один рецидив цистита воспринимается как катастрофа, то врачи рассматривают рецидивы как отдельные случаи заболевания. Более того, они не советуют начинать профилактику, пока пациенты не испытали четырех-пяти рецидивов. Ситуацию красноречиво иллюстрируют данные анонимного самоуправляемого интернет-исследования GESPRIT, которое проводилось в нескольких странах Европы, включая Россию. В нем приняли участие 2 тыс. женщин с острой и рецидивирующей ИМП. В результате выяснилось, что 34% пациенток страдали циститом часто или очень часто после полового акта, а 57% заявили, что цистит негативно повлиял на их интимные отношения. Кроме того, пациентки отмечали, что из-за цистита их повседневная деятельность была ограничена. Женщины в пременопаузе испытывали социальную неполноценность, а пациентки, лечение которых оказалось неэффективным из-за антимикробной резистентности, пожаловались, что из-за цистита им пришлось долгое время соблюдать постельный режим. Также было выявлено, что внезапная и непредсказуемая природа болезненных рецидивов часто вызывает у пациентов тревожность, может привести к чувству собственной неполноценности и клиническим симптомам депрессии. У 81% таких женщин, независимо от наличия в данный момент у них острой инфекции, показатели психического здоровья оказались ниже среднего. У 71% больных с рецидивирующей ИМП была выявлена некоторая степень депрессии.

В числе наиболее распространенных симптомов, на которые жалуются пациенты с ИМП, помимо частых императивных позывов, боли, дизурии, отмечается астения (30%). При этом статистика свидетельствует, что неантимикробную профилактику треть врачей во всем мире назначает лишь после 10 рецидивов цистита в год (20% после четырех-шести), занимая, по сути, выжидательную позицию. Тем временем рецидивирующая ИМП оказывает негативное психологическое воздействие на пациентов. У пациентов, которые испытывают более трех эпизодов ИМП в год, психологические нагрузки, связанные с тревогой, часто недооцениваются. Данные исследования, проведенного в 151 центре в семи странах: Египте, Германии, Ливане, Перу, Польше, Португалии и Швейцарии, согласно которому 62% пациентов с рецидивирующей ИМП показали некоторую степень депрессии. У них в 10 раз чаще выявлялись психологические симптомы по сравнению с нормальной популяцией.

Стрессовое недержание мочи (при смехе, кашле, повышении внутрибрюшного давления) у 25% женщин также ассоциируется с рецидивирующей инфекцией нижних мочевыводящих путей. Хотя эту связь, по мнению Т.С. Перепановой, следует изучать путем дальнейших клинических исследований.

В основе клинических рекомендаций доказательная база

Говоря о клинических рекомендациях по лечению рецидивирующей ИМП, Т.С. Перепанова отметила систематический подход, основанный на доказательных данных, применяемый при создании международных руководств.

Однако имеются некоторые различия между российскими и международными руководствами. Так, российские клинические рекомендации исключают антибактериальную профилактику в субингибирующих дозах, которую рекомендуют при циститах некоторые международные гайдлайны, поскольку это ведет к селекции резистентных штаммов и формированию биопленок.

Противоречивы доказательства эффективности таких видов профилактики, как Д-манноза, пробиотики, лактобактерии, клюква, аскорбиновая кислота и соли метенамина, что пока не позволяет рекомендовать их для профилактики рецидивов ИМП. Обращено внимание на то, что неантибактериальные методы профилактики ИМП не следует интерпретировать в качестве методов лечения. Это приводит к ложным ожиданиям эффекта от продуктов клюквы или ОМ-89 при лечении острой инфекции.

Профилактика – это не лечение, а антибактериальная профилактика не должна применяться в качестве первой линии. Составители как международных, так и российских клинических рекомендаций едины во мнении о необходимости консультирования пациентов о факторах риска (небольшое потребление жидкости в сутки, обычное и посткоитальное задержанное мочеиспускание), которых следует избегать. Среди методов неантимикробной профилактики наивысшей степенью доказательности обладает иммунноактивная профилактика, в частности препаратом ОМ-89-1А.

Гормонозаместительная вагинальная терапия у женщин в постменопаузе, имеющая в российских рекомендациях уровень В-1, в международных рассматривается как слабая. Для использования пробиотиков и препаратов клюквы, подчеркнула Т.С. Перепанова, эксперты никаких рекомендаций не дают, кроме их дальнейшего исследования. Антимикробные препараты в качестве методов профилактики рецидивов должны предлагаться пациентам только после того, как все меры неантимикробной профилактики не увенчались успехом.

В заключительной части своего выступления Т.С. Перепанова перечислила текущие пробелы в лечении цистита. По-прежнему ощущается нехватка знаний и данных в некоторых областях, которые необходимо учитывать при осуществлении мер, не связанных с антимикробными средствами, а именно:

- долгосрочное влияние антимикробных методов лечения;
- эффективность и безопасность неантимикробного лечения беременных женщин;
- влияние лечения неантимикробными препаратами на пациентов с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, урогенитальные патологические состояния и др.);
- уровень внедрения национальных руководств во всех странах.

В целом же необходимо просвещать пациентов, повышать осведомленность врачей и избегать злоупотребления антибиотиками.

Елена Яковлева

Альтернативные стратегии в лечении инфекций мочевыводящих путей

На XVI Всероссийской научно-практической конференция с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2022» прозвучали доклады самых авторитетных отечественных и зарубежных экспертов. В рамках мероприятия перед российскими коллегами с сообщением «Микробиом мочи» выступил профессор, директор Института медицинской микробиологии и гигиены при Университете Регенсбурга (Германия) Андре Гесснер (André Gessner).

Микробиом человека как второй геном

По словам лектора, последние 10 лет институт, который он возглавляет, занимается исследованиями микробиома человека на фоне роста устойчивости к противомикробным препаратам, который наблюдается во всем мире. Эта проблема подталкивает ученых к поиску альтернативных стратегий для лечения инфекций в будущем. Увеличение показателей глобальной резистентности бактерий к антимикробным препаратам (АМП), конечно же, является результатом повсеместного увеличения использования антибиотиков (АБ). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) прогнозирует, что, если этот сценарий не удастся изменить в ближайшем будущем от бактериальных инфекций, устойчивых к АМП, ежегодно будет погибать до 10 млн человек – больше, чем от онкологических заболеваний и ДТП вместе взятых. Однако в последние десятилетия на фармацевтическом рынке появилось не так много новых АБ. Все это, по мнению эксперта, говорит о том, что настало время обратить пристальное внимание на вредное краткосрочное и долгосрочное воздействии АБ на человеческий микробиом.

Известно, что большинство бактерий невозможно вырастить in vitro в лабораториях. Поэтому проанализировать микробиом человека можно лишь путем секвенирования генов бактерий. В этих целях в 2007 г. прошло исследование с участием 300 здоровых людей обоего пола, у которых периодически собирались образцы микробиома. В результате, по выражению эксперта, «был открыт целый континент», состоящий из множества бактерий, о которых специалисты прежде не знали. Тем временем исследования продолжаются. Только в США на изучение микробиома человека потрачено около 1 млрд долл. Эти научные изыскания могут стать основой для последующей разработки новых терапевтических и диагностических средств. В России работы на данном перспективном направлении осуществляет совместное предприятие с участием зарубежной компании. В целом же, отметил лектор, эта область знания развивается очень быстрыми темпами.

Уже сегодня удалось выяснить, что число видов бактерий в микробиоме человека, которое вначале оценивалось в 1500, на самом деле, гораздо больше. В настоящее время удалось обнаружить 4–5 тыс. различных видов бактерий, при том, что в человеческий микробиом входят и другие микроорганизмы, к примеру грибки, которых только в ротовой полости человека не менее 70 видов. А ведь есть еще и простейшие, и вирусы. Все эти микроорганизмы образуют человеческий микробиом, контактируя друг с другом и клетками нашего тела каждую секунду. Причем их общий геном гораздо больше (по крайней мере, в 100 раз!), чем геном человека. Это означает, что на хромосомах человека закодировано менее 1% генетической информации его организма, вся остальная сосредоточена в микроорганизмах, составляющих его микробиом. Поэтому, по словам профессора, термин «второй геном» для определения человеческого микробиома является вполне оправданным.

Индивидуальность, устойчивость, пластичность

Ключом к новым знаниям стала технология секвенирования следующего поколения (NGS). Еще больше возможностей предоставляет третье поколение секвенирования, которое начинают осваивать исследователи, в том числе института медицинской микробиологии и гигиены при университете Регенсбурга. Как следствие, в научных изданиях растет число публикаций на тему микробиома человека — более 90 тыс. за последние годы. Причем большинство из них посвящено микробиому кишечника (или «забытого органа»), который действительно впечатляет. При общем весе кишечника в 1,5 кг 30% от его массы составляют микробы, которые важны для синтеза жизненно важных витаминов и аминокислот, а также защиты организма от патогенов. А самое главное, микробы и ферменты из кишечника вырабатывают большую часть метаболитов плазмы в крови человека.

«Микроорганизмы кишечника превращают все вещества нашего питания в новые органические молекулы, которые мы называем «метаболом» и которые потом, через эпителиальный барьер кишечника и кровоток, достигают каждого отдельного органа и клетки, оказывая влияние на многие процессы в организме», — так эксперт описал сложную работу микробима кишечника.

Профессор А. Гесснер (A. Gessner): «Подумайте дважды, прежде чем назначать антибиотики при инфекциях мочевыводящих путей».

Профессор довел до сведения коллег, что микробиом человека имеет индивидуальную стабильность, пояснив эту мысль на примере наблюдения за двумя молодыми мужчинами, ведущими схожий образ жизни. Продолжавшийся в течение года эксперимент показал, что, несмотря на одинаковые питание, индекс массы тела и другие показатели, микробиом у этих людей оказался совершенно разный. Кроме того, исследование показало, что человеческий микробиом может меняться при переезде и переходе на другую диету, адаптируясь к новым условиям, а затем столь же быстро восстанавливаться при возвращении в привычные условия и к прежнему питанию. И эти данные свидетельствуют в пользу пластичности и устойчивости микробиома.

Нет – чрезмерному использованию антибиотиков

Исследования говорят о связи микробиома мочевыводящих путей со всеми видами урологических заболеваний. Дисбиоз влагалища, мочевого пузыря и желудочно-кишечного тракта может способствовать развитию инфекций мочевыводящих путей (ИМП), рака мочевого пузыря и предстательной железы. Тем временем появляется все больше публикаций, которые говорят, что нарушения в микробиоме могут быть ассоциированы с целым рядом заболеваний: сердечно-сосудистых, метаболических, неврологических, психиатрических и т.д. Неслучайно ведущей темой исследований является связь ожирения с микробиомом, которое, оказывается, можно «пересадить» вместе с кишечными бактериями, что доказано медицинскими экспериментами. И это вселяет надежду, что в будущем ожирение и сахарный диабет удастся лечить посредством изменения дисбиотического генома кишечника. Доказано также, что микробы кишечника имеют решающее значение в развитии инфаркта и инсульта. В то время как фактором риска развития атеросклероза является жирная пища. К сожалению, статистика этих заболеваний постоянно растет, что, по мнению докладчика, обусловлено увеличением случаев дисбактериоза в человеческой популяции. А подобная тенденция, в свою очередь, связана с особенностями современного образа жизни. Именно поэтому АБ вредны для здорового микробиома. Их чрезмерное использование приводит к селекции антибиотикорезистентных бактерий, снижению устойчивости организма к бактериальным и вирусным инфекциям, развитию опосредованных заболеваний и воспалительных состояний и, наконец, к настоящей эпидемии метаболических заболеваний, таких как сахарный диабет и ожирение.

У антибиотиков существуют альтернативы, уверен эксперт. Лектор сослался на данные контролируемых клинических исследований, которые показали, что высококачественные растительные экстракты способны эффективно лечить ИМП. А также представил свое видение долгосрочной стратегии по предотвращению избыточного использования АБ, вызывающих антибиотикорезистентность и повреждение человеческого микробиома. Во-первых, она предусматривает такие профилактические меры распространения инфекций, как гигиена и вакцинация, во-вторых, тщательную диагностику инфекций на предмет выявления ее возбудителей (бактериальных или вирусных) и, наконец, терапию, основанную на доказательствах, с использованием альтернативных методов, которые защищают микробиом и не вызывают резких изменений, которые возникают при применении АБ.

В завершение своего выступления профессор обратился к коллегам с напутствием:

«Подумайте дважды, прежде чем назначать антибиотики при инфекциях мочевыводящих путей. Помните, что в таких случаях фитотерапия может стать хорошей альтернативой, основанной на доказательствах».

Елена Яковлева

Мужская фертильность и вирусы

XVI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2022» не обошла вниманием вопросы репродуктивного здоровья мужчин. В рамках мероприятия с докладом «Влияние вирусных инфекций и их лечения на мужскую фертильность» перед интернет-аудиторией выступил доцент по эндокринологии кафедры андрологии и репродуктивной медицины медицинского факультета Университета Падуи (Италия) Андреа Гаролла (Andrea Garolla).

Профессор А. Гаролла (A. Garolla): «Согласно документам Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE), вирусами, потенциально влияющими на репродуктивное здоровье мужчин, являются вирусы гепатита B и C, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус Зика и SARS–CoV–2».

Геном под натиском инфекций

Согласно документам Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE), потенциально влияющими на репродуктивное здоровье мужчин являются вирусы гепатита B и C, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус Зика и SARS–CoV–2. Они могут привести к нарушению функции яичек, изменению параметров спермы и передачи половых признаков. При этом каждый из этих вирусов имеет свои особенности.

Исследования свидетельствуют, что вирус гепатита B способен снижать число сперматозоидов, их подвижность, морфологию, проходить через барьер между кровью и яичками (кровь/тетрис), проникать в мужские половые клетки и интегрироваться в их геном. Этот вирус достаточно активно распространяется половым способом и может привести к значительной фрагментации ДНК спермы и, как следствие, нарушению репродуктивной функции. Сославшись на публикации в научных изданиях, докладчик отметил, что в парах, в которых мужчина инфицирован вирусом гепатита B, уменьшается частота клинических беременностей и живорождений. Однако современные возможности лечения и широкая вакцинация позволяют изменить ситуацию в лучшую сторону.

В отличие от вируса гепатита B, вирус гепатита C способен связывать сперматозоиды, но не способен в них проникать. Поэтому вирус гепатита C чаще передается через кровь, чем половым способом. Он может стать причиной гормональных изменений и приводить к гипогонодальному гипогонадизму со сниженным уровнем тестостерона и эстрадиола в плазме, а также вызывать апоптоз. В свою очередь, апоптоз может стать причиной повышенной фрагментации ДНК спермы. Вместе с тем развитие медицинских технологий и совершенствование терапии для лечения таких больных позволяют нивелировать нежелательное влияние вируса гепатита C на мужское репродуктивное здоровье. В частности, согласно результатам опубликованной в 2019 г. итальянскими исследователями работы, после лечения у таких пациентов не выявлено никаких отличий от контрольной группы в части имплантации эмбриона, частоты беременности, выкидышей и живорождений.

Известно, что вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) обладает способностью нарушать подвижность и морфологию сперматозоидов, но сегодня все еще недостаточно данных о его влиянии на апоптоз, фрагментацию ДНК спермы и анеуплоидию. В этой связи профессор привел данные публикации, в которой сообщается, что ВИЧ присутствует в эякуляте инфицированных пациентов и может прикрепляться к сперматозоидам, связывая их и впоследствии проникая внутрь эмбриона. Что касается лечения пациентов с ВИЧ, то исследования показывают, что антиретровирусная терапия способна улучшать параметры спермы, но в то же время приводить к нежелательным последствиям в виде гормональных изменений. У пациентов отмечаются длительное повышение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ), а также снижение уровня тестостерона в плазме после инфекции и высокоактивной антиретровирусной терапии. Следствием этого может стать гипогонодальный гипогонадизм. При использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у пациентов, инфицированных ВИЧ, решающее значение имеет уровень вирусной нагрузки. Если он низкий, влияния на частоту имплантации эмбриона, наступления беременности, выкидышей и живорождений не отмечается.

Проблема требует дальнейшего изучения

ВПЧ очень распространен среди мужчин, как и в человеческой популяции в целом (доходит до 78%). В частности, у 5% пациентов выявляются генитальные бородавки, у 7% – положительные генитальные соскобы, у 38% – ВПЧ-ДНК, у более 27% – антитела к ВПЧ. Присутствие ВПЧ в семенной жидкости снижает прогрессивную подвижность сперматозоидов, а само связывание вируса со сперматозоидом труднопреодолимо. ВПЧ у мужчин не только уменьшает частоту спонтанных беременностей в парах и ухудшает их исходы, но и негативным образом отражается на результатах ВРТ. В этой связи докладчик привел в пример ситуацию с банком спермы в Падуе, где хранится порядка 7 тыс. образцов, собранных у пациентов с бесплодием и пациентов, которым планировалось проведение химиотерапии. В 6,1% из них обнаружен ВПЧ высокого и низкого риска, что не может не вызывать опасения по поводу использования этой спермы для ВРТ. В свою очередь, бельгийские исследования свидетельствуют, что присутствие ВПЧ в различных банках спермы может доходить до 16,7%. В борьбе с этой проблемой важную роль играет профилактическая вакцинация от ВПЧ, эффективная и у инфицированных мужчин. Она позволяет улучшить параметры спермы, увеличить частоту наступления беременности и родов в парах, уменьшить количество выкидышей. Существует также способ удаления ВПЧ из спермы с помощью ферментов, незначительно снижая подвижность сперматозоидов, но не нарушая их ДНК.

В целом же докладчик предложил следующий алгоритм: в молодых парах проводить вакцинацию от ВПЧ, в пожилых парах для сокращения времени наступления беременности удалять ВПЧ из спермы с помощью ферментов, чтобы затем использовать ВРТ. А ESHRE призывает учитывать наличие ВПЧ у пар, проходящих процедуру ВРТ (у обоих партнеров).

Наличие у мужчины такой инфекции, как вирус Зика, может привести к внутриутробному инфицированию, микроцефалии и гибели плода. Хотя эта инфекция эндемична для Африки и Юго-Восточной Азии, встречается она и в других частях мира. Так, в Европе с 2016 по 2021 г. выявлен 71 случай заражения вирусом Зика. Поэтому настороженность в отношении этой инфекции вполне обоснована. Хорошо известно, что вирус Зика способен поражать яички и другие мужские половые органы, сохраняться в сперме и передаваться во время сексуальных контактов, при том что сам пациент внешне может выглядеть вполне здоровым. Исследования показывают, что вирус Зика может сохраняться в сперме до 370 дней от начала заболевания, но у большинства людей – в течение 40 дней. Его можно не обнаружить в слюне и моче, но он способен сохраняться в семенниках и передаваться через сперму, даже после выведения из крови. Поэтому тестирование на вирус Зика нужно производить мужчинам с подтвержденной инфекцией, желающим завести ребенка.

В отношении влияния на репродуктивную систему мужчин вируса SARS-CoV-2 у исследователей пока не так много данных. Однако уже имеющиеся вызывают опасения, что мужские детородные органы могут стать его мишенью. Кроме того, известно, что мужчины более подвержены этому вирусу из-за тестостерона. Вместе с тем докладчик развеял опасения, что вакцинация от SARS-CoV-2 может привести к бесплодию у мужчин.

В заключительной части своего выступления профессор отметил противоречивость имеющихся в распоряжении ESHRE данных о влиянии вирусных инфекций на репродукцию и акцентировал внимание аудитории на следующих выводах.

– Многие вирусы могут быть обнаружены в сперме и, следовательно, передаваться половым путем.

– Некоторые вирусы (гепатита B и C, вирус Зика) могут нарушать функцию яичек через прямое воздействие на сперматогенные клетки, клетки Сертоли и Лейдинга.

– Антиретровирусные препараты, воспаление и интенсивный уход могут нарушить функцию яичек и гормонов.

– Большинство вирусных инфекций приводит к изменениям параметров спермы, способным снизить потенциал мужской фертильности.

– ВПЧ, по-видимому, является единственным вирусом, оказывающим пагубное влияние на результаты вспомогательной медицинской репродукции.

Елена Яковлева

ИППП: что нужно знать урологу

Программа XVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2022» включала вопросы, интересные самому широкому кругу медицинских специалистов. С докладом на мероприятии выступил главный научный сотрудник МНПЦДК ДЗМ, член международных академий дерматовенерологии, старший советник Международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем (IUSTI), профессор, д.м.н. **Михаил Александрович Гомберг**.

Самые распространенные инфекции

К инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), в РФ относятся сифилис, гонорея, трихомониаз, аногенитальные бородавки, генитальный герпес, хламидиии. Эти заболевания могут лечить не только дерматовенерологи, но и другие специалисты, при условии строгого соблюдения прописанного МЗ РФ регламента ведения таких пациентов, включая заполнение соответствующих регистрационных документов, а также обследование и лечение сексуальных контактов таких пациентов.

Согласно последним статистическим данным, чаще всего в России регистрируется трихомониаз: в 2019 г. – 55 тыс. случаев, в 2020 г. – около 40 тыс. Однако докладчик сомневается в объективности этих цифр и высказывает предположение, что столь низкие показатели связаны с тем, что врачи других специальностей не всегда правильно фиксируют ИППП, включая трихомониаз. Для сравнения: данные американского Центра по контролю заболеваемости показывают, что в США за тот же период выявлено около 4 млн случаев трихомониаза. Причем распространенность этой ИППП в США среди женщин до 60 лет имеет охват свыше 2%, среди мужчин – 0,5%. Почти в половине случаев трихомониаз у мужчин не сопровождается симптоматикой, в то время как у женщин, несмотря на то, что основные клинические проявления протекают в виде выделений из влагалища, поражение уретры – достаточно частое явление (90%), как правило, бессимптомное. При этом лишь в уретре у женщин инфекционный процесс локализуется менее чем в 5% случаев. В числе факторов риска заражения трихомониазом новый половой партнер или несколько половых партнеров в одно время, любая ИППП в анамнезе, сексуальный контакт с партнером, у которого есть ИППП, асоциальный образ жизни, отсутствие барьерных методов защиты и др. Инкубационный период при трихомониазе может быть достаточно длительным, поэтому при диагностике он часто остается незамеченным. Диагноз при выявлении влагалищной трихомонады должен выставляться независимо от наличия клинических проявлений заболевания, а лечить необходимо обоих партнеров. Современная диагностика трихомониаза подразумевает использование методики амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), которые обладают высокой чувствительностью и специфичностью. Что касается лечения, то в соответствии с рекомендациями основным препаратом для системной терапии данного заболевания являются 5-нитроимидазолы.

По статистике заболеваемость гонореей в России – менее 10 случаев на 100 тыс. в 2019 г. Но во всем мире растет резистентность гонококков к основной группе антибиотиков для лечения этого заболевания – цефалоспоринам. Поэтому в Европе и США рекомендовано лечение сразу двумя антибиотиками: цефтриаксоном и азитромицином. Поскольку Россию эта проблема пока не захватила (но ситуацию нужно отслеживать), стандартом терапии по-прежнему остается применение цефтриаксона. В качестве альтернативы также рассматривается сочетание цефалоспорина с азитромицином. Гонорея часто сочетается с хламидийной инфекцией (ХИ) – самой распространенной из бактериальных инфекций в мире. Если в РФ на 100 тыс. населения регистрируется лишь 25 случаев ХИ за последний год, то в Европе – 184. Это, подчеркивает эксперт, наводит на мысли о недостатках обследования жителей России на данную ИППП.

Диагностика ХИ должна осуществляться только методами МАНК, позволяющими выявить инфицирование уже через один-три дня, не дожидаясь окончания инкубационного периода. Все препараты для лечения ХИ перечислены в европейских рекомендациях, однако участились случаи неэффективности ее терапии азитромицином в дозе 1,0 г однократно, а также при наличии сопутствующих инфекций, в частности, единственного абсолютного патогена из этого семейства микроорганизмов *M. genitalium*. Лучшим способом выявления является молекулярная диагностика, а лечение сопряжено со сложностями из-за высокого роста устойчивости *M. genitalium* ко всем группам антибиотиков. Считается, что начинать терапию нужно с тетрациклинов (пусть и не очень эффективных), параллельно определяя наличие устойчивости к макролидам. Если ее нет, следует назначить курс азитромицина, а если есть, то назначать фторхинолоновый антибиотик моксифлоксацин. Также возможно длительное лечение тетрациклинами.

В отношении остальных микоплазм (*Mycoplasma hominis, Ureaplasma parvum, Ureaplasma urealiticum)*, считает М.А. Гомберг, следует руководствоваться тем, имеются ли клинические проявления и исключены ли абсолютные патогены, способные их вызвать. Сегодня не доказано, что от обследования и последующего лечения пациентов больше пользы, чем вреда. Поскольку бессимптомное носительство этих бактерий встречается часто и в большинстве случаев не приводит к развитию болезни. *U. urealiticum* ассоциирована с уретритом у мужчин, но лишь при высокой концентрации этого возбудителя. Обследуя мужчин с уретритом, стоит сначала исключить традиционные ИППП. При обнаружении *U. urealiticum* лечение назначать только при высокой концентрации микроорганизма. У женщин с симптомами при выявлении *U. urealiticum* необходимо прежде всего исключить наличие бактериального вагиноза (БВ), который и следует лечить.

Бактериальный вагиноз: чья проблема

Докладчиком был поднят вопрос: могут ли бактерии, ассоциированные с БВ, повлиять на урогенитальный биотоп мужчин? В связи с этим эксперт привел результаты собственного исследования. Эта работа показала, что БВ у женщин, партнерам которых поставлен диагноз «баланопостит» и/или «уретрит», отмечался в три-пять раз чаще, чем в контрольной группе. Причем частота выявляемости *Gardnerella vaginalis и Atopobium vaginae* в урогенитальном биотопе мужской уретры коррелировалась с частотой воспаления обнаружения признаков НГУ у мужчин. Полученные данные свидетельствуют в пользу возможности передачи половым путем *G. vaginalis* и др. микроорганизмов, ассоциированных с БВ.

Эти результаты были представлены на одном из конгрессов IUSTI, где получили высокую оценку специалистов. Следующим этапом исследования стало определение всех групп микроорганизмов, способных вызвать уретрит у мужчин: ИППП, вирусов, дрожжевых грибов, генитальных микоплазм, бактерий, ассоциированных с БВ, аэробных микроорганизмов. В итоге выяснилось, что выявление аэробной флоры как при наличии уретрита, так и при его отсутствии примерно сопоставимо. В то время как разного вида *G. vaginalis* (особенно генотип 4) и *A. vaginae* чаще всего ассоциированы с уретритом.

Как известно, для лечения негонококковых уретритов (НГУ) у мужчин стандартом терапии является доксициклин. У женщин препараты выбора при лечении БВ – метронидазол и клиндамицин. При этом метронидазол совершенно неэффективен в отношении *A. vaginae*. В такой ситуации не стоит забывать о нитрофурановых препаратах. Один из них – нифурател – имеет прямые показания к лечению инфекции мочевыводящих путей. Этот препарат, имеющий лекарственные формы как для системной терапии, так и для интравагинальной, показал свою эффективность в лечении БВ, и, что очень важно, к нему редко развивается лекарственная устойчивость.

Как лечить уретрит у мужчин, вызванный бактериями, ассоциированными с БВ, если вопреки существующим правилам не использовать доксициклин, который мало эффективен при анаэробной инфекции, особенно при необходимости строгого соблюдения государственной программы «Стратегия предупреждения антимикробной резистентности». К нитрофурановым препаратам резистентность развивается реже, чем к метронидазолу. Кроме того, их можно использовать в разных лекарственных формах (как перорально, так и интравагинально). В этой ситуации выбор нитрофуранового препарата выглядит предпочтительным. Результатом исследований стал алгоритм ведения пациентов с НГУ, отраженный в Методических рекомендациях, утвержденных Департаментом здравоохранения г. Москвы в 2021 г. Если у мужчин выявляют НГУ, но при этом анаэробных микроорганизмов не выявляют, то им в соответствии с клиническими рекомендациями назначают доксициклин. А при наличии у них *G. vaginalis* и *A. vaginae* оптимальным выбором является назначение нифуратела, который также показан и половым партнершам таких мужчин при выявлении у них бактериального вагиноза.

В заключительной части своего выступления докладчик поделился соображениями, как правильно называть уретрит у мужчин, ассоциированный с БВ у их половых партнерш-женщин. И, отталкиваясь от термина «аэробный вагинит», предложил название «анаэробный уретрит».

Елена Яковлева

Мужской фактор бездетного брака

В числе важных тем на XVI Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии» рассматривались вопросы репродуктивного здоровья. С докладом перед многочисленной аудиторией выступил уролог-андролог, д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии ФФМ и руководитель Клиники мужского здоровья МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, ведущий научный сотрудник НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова **Владимир Александрович Божедомов**.

Негативная динамика

Докладчик отметил, что мужским фактором объясняется примерно половина случаев бездетного брака. При этом в 30% бездетность обусловлена исключительно мужским фактором, еще в 20% – сочетанным. Распространенность мужского фактора бесплодия во всем мире растет. В настоящее время принято положение, что если пара пытается зачать ребенка в течение года, но беременность не наступает, специалисты имеют право ставить диагноз «бесплодный брак».

Многие годы при обсуждении мужского фактора бездетного брака поднимается вопрос качества спермы. Израильские исследователи проанализировали спермограммы мужчин в разных странах по такому показателю, как концентрация сперматозоидов. Выяснилось, что за последние 40 лет количество сперматозоидов в эякуляте снизилось в два раза, и эта негативная динамика продолжается. В числе ее причин называют загрязнение окружающей среды, неправильное питание и распространенность ожирения, длительное использование подгузников у младенцев мужского пола, по сути, стимулирующее крипторхизм, назначение препаратов прогестерона и то, что мальчики сегодня рождаются более феминными, чем раньше.

Бесплодие – симптом множества патологических состояний, затрагивающих как половую, так и другие системы организма (эндокринную, нервную, кровеносную, иммунную). Нарушения могут возникать на разных уровнях – при формировании половых органов, сперматогенезе, созревании сперматозоидов в придатках, их транспорте в репродуктивном тракте и эякуляции, проникновении через цервикальную слизь, капацитации, акросомной реакции и оплодотворении яйцеклетки. Согласно Европейским гайдлайнам, причинами мужского бесплодия чаще всего являются идиопатические нарушения — почти 30% случаев, варикоцеле — 15%, антиспермальные антитела — 4% (по мнению лектора, 12–15%) и др. Вместе с тем идиопатические формы чаще всего имеют генетические причины. Современные методы полного картирования генома показали, что порядка 1,2 тыс. генов так или иначе влияют на процесс формирования сперматозоидов. Часть из них касаются нарушений, связанных с работой гипофиза, гипоталамуса (претекстикулярный уровень), часть – нарушений сперматогенеза и созревания сперматозоида. Но в рутинную практику такие методы пока не внедрены.

Причины и следствия

Причины мужского бесплодия, возникающие на этапе созревания сперматозоидов, часто обусловлены действием активной формы кислорода – оксидативным стрессом. Эти радикалы действуют на ДНК сперматозоидов, вызывая их окисление и дальнейшую фрагментацию, а именно последняя отвечает за развитие замершей беременности и врожденных аномалий у детей. К подобным последствиям могут привести и повреждения хроматина сперматозоидов, в том числе нарушения протаминации – соотношения между белками гистонами и протаминами в сперматозоидах. Поэтому в последнем гайдлайне ВОЗ по исследованию спермы 2021 г. методы оценки и фрагментации ДНК, оксидативного стресса, нарушения протаминации рекомендованы для обследования мужчин из бесплодных пар. Что может спровоцировать оксидативный стресс, повреждение ДНК, нарушение протаминации? С одной стороны, это генетические факторы, которые, к сожалению, скорректировать очень сложно. С другой стороны, внешние: варикоцеле, крипторхизм, системные и локальные воспалительные заболевания, простатит, неправильное питание, избыточный вес, курение, алкоголь, а также возраст (у мужчин старше 40 лет начинают нарастать генетические нарушения, повышается фрагментация ДНК). Такое понятие, как «оксидативный стресс», присутствует в рекомендациях ВОЗ уже несколько десятилетий, но его до сих пор относят к категории идиопатического бесплодия. Недавно появилось предложение ввести отдельный клинически важный диагноз «мужское бесплодие, связанное с оксидативным стрессом», или MOSI. В.А. Божедомов привел данные исследований, подтверждающих негативное воздействие оксидативного стресса на мужскую фертильность. В частности, испытания, проведенные в лаборатории ВРТ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, показали, что, если фрагментация ДНК превышает 26,8%, то любые методы отбора сперматозоидов бессильны. В таких случаях, по мнению авторов исследования, нужно использовать донорские. Вместе с тем плохое качество спермы может быть причиной не только отсутствия беременности, но и невынашивания беременности в 30–40% случаев. В этой связи в руководстве ESHRE (Европейское общество репродукции человека и эмбриологии) появился раздел «Мужской фактор невынашивании беременности». Проверку на фрагментацию ДНК рекомендуется проводить уже после первой неудачной беременности. Плохое качество спермы также является биомаркером риска индивидуального и семейного рака, различных метаболических нарушений и уменьшения продолжительности жизни.

> ***Мужским фактором объясняется примерно половина случаев бездетного брака. При этом в 30% бездетность обусловлена исключительно мужским фактором, еще в 20% – сочетанным.***

Формула зачатия

Существуют различные методы лечения мужского бесплодия: варикоцелэктомия, стимулирующая терапия, ЭКО. Что касается последнего, то его эффективность составляет около 30% по такому показателю, как беременность, и 20% – по родам. В среднем, для того чтобы родился один ребенок, нужно провести восемь попыток ЭКО/ ИКСИ. На этом фоне этиопатогенетическое лечение мужского бесплодия с клинико-экономической точки зрения выглядит целесообразнее, при ожидаемой эффективности в 35–40% в год. Лектор рассказал об алгоритме ведения мужчин из бездетных пар, позволяющем определить порядок действий в зависимости от диагноза, а также о возможностях варикоцелэктомии по результатам исследования, которое позволило определить своего рода «формулу зачатия». Проведя многофакторный анализ, исследователи выяснили, что индикатор реальной фертильности мужчины в первую очередь зависит от возраста, продолжительности бесплодия и исходного количества прогрессивно подвижных сперматозоидов в эякуляте. Если эта величина исходно меньше 22,5 млн, прогноз на зачатие низкий. При значении дискриминантной функции 0,33 вероятность зачатия – менее 50%. Таким образом, уже через три месяца после варикоцелэктомии можно сказать, стоит ли ждать спонтанной беременности в течение года, или, не теряя времени, включать пару в программу вспомогательных репродуктивных технологий.

В отношении лекарственного лечения лектор сослался на написанный им раздел по мужскому бесплодию в руководстве «Андрология. Фармакотерапия без ошибок» под ред. академика А.А. Камалова. Докладчик отметил, что назначение препаратов лютеинизирующего гормона (ЛГ) абсолютно неоправдано, так как в большинстве случаев олигозооспермии уровень тестостерона в периферической крови и яичках не только не понижен, а, наоборот, повышен. В то время как препараты фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) эффективны и повышают шанс на беременность и живорождение. Их следует назначать, если уровень ФСГ у пациента ниже нормы или, по крайней мере, не превышает верхнюю границу нормы. Выразив сожаление, что некоторые специалисты все еще назначают андрогены для лечения мужского бесплодия, докладчик подчеркнул, что этого нельзя делать никогда и ни при каких обстоятельствах. Поскольку при таком лечении ситуация только усугубится. В свою очередь, антиэстрогенные препараты хорошо себя зарекомендовали повышением продукции ЛГ и ФСГ, стимулирующем сперматогенез. Но при их назначении требуется подбор дозы в зависимости от уровня ФСГ. Говоря о большой группе антиоксидантов, лектор сообщил, что некоторые препараты и нутриенты показали свою эффективность в аспекте улучшения качества спермы, но нужны доказательства, что это приводит к увеличению вероятности рождения живых детей.

Завершая свое выступление, В.А. Божедомов констатировал, что в целом результаты лечения мужского бесплодия упираются в возможности его диагностики.

Елена Яковлева

Систематический обзор и метаанализ факторов риска и вариантов лечения эмфизематозного пиелонефрита

Для оценки факторов риска и влияния лечения на исходы эмфизематозного пиелонефрита (ЭПН) был проведен поиск в базе данных всех исследований на английском языке, проведенных с 1980 по 2020 г., в которых участвовали более 12 пациентов с ЭПН. Было найдено 37 обсервационных исследований, в том числе 32 ретроспективных и 5 проспективных. В исследованиях сообщалось о 1146 пациентах, из которых 790 (68,9%) – женщины, 946 (82,5%) страдали диабетом. Кроме того, у 184 (16,1%) больных выявлены конкременты, у 235 (20,5%) – обструктивная уропатия. Наиболее частыми клиническими симптомами были лихорадка, боль в боку, тахикардия и пиурия, наиболее часто выделяемыми микроорганизмами – *E. coli, Klebsiella pneumoniae* и *Proteus.*

Спутанность сознания, шок, тромбоцитопения, сепсис, экстренная нефрэктомия и гипонатриемия были в значительной степени ассоциированы со смертностью. В частности, спутанность сознания и гипонатриемия были связаны с семикратным увеличением риска смертности. Не было доказательств того, что диабет, камни, обструктивная уропатия, острое повреждение почек или протеинурия были связаны с более высокой смертностью. Умерли 143 (12,5%) из 1146 пациентов, в том числе 26%, пациентов, перенесших неотложную нефрэктомию, 9,7% получавших только лекарственную терапию, и 10% – лекарственную терапию в сочетании с минимально инвазивными методами лечения. Однако среди пациентов, у которых лекарственное и минимально инвазивное лечение оказалось неуспешным и которые нуждались в экстренной нефрэктомии, смертность превышала 27%.

Авторы пришли к заключению, что факторами риска летальности при эмфизематозном пиелонефрите являются шок, тромбоцитопения, спутанность сознания, гипонатриемия и экстренная нефрэктомия. Начальной стратегией лечения эмфизематозного пиелонефрита должно быть консервативное и минимальное инвазивное лечение, поскольку они сопряжены с меньшим риском смертности. Наличие факторов риска может помочь определить подгруппы пациентов, которым требуется агрессивное лечение и минимально инвазивная терапия или ранняя нефрэктомия.

Источник: Desai R, Batura D. A systematic review and meta-analysis of risk factors and treatment choices in emphysematous pyelonephritis. Int Urol Nephrol. 2022 Apr;54(4):717–736.

Роль пробиотиков при рецидивирующих инфекциях мочевыводящих путей в XXI веке: систематический обзор литературы

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются распространенной проблемой, особенно у женщин. Рецидивирующие ИМП (РИМП) трудно поддаются лечению, и, хотя профилактическое назначение антибиотиков может быть эффективной стратегией, они вызывают побочные эффекты и ухудшают уровень антибиотикорезистентности. Для оценки роли пробиотиков в лечении ИМП был проведен систематический обзор. Были отобраны все статьи на английском языке, сообщающие о рандомизированных исследованиях и когортных исследования. Исследования с участием детей (<18 лет) и пациентов с нейрогенным мочевым пузырем были исключены.

Критериям включения соответствовали девять статей (772 пациента, средний возраст – 34,2 года), в которых использовались различные пробиотики. В двух исследованиях сделано заключение о том, что пробиотики могут снижать риск РИМП; однако в остальных получены неубедительные результаты. Ключевым преимуществом пробиотиков было ограниченное число побочных эффектов и хорошая переносимость, что позволяет обеспечить приверженность пациентов этой стратегии лечения.

На основании ограниченного количестве клинических данных пробиотики могут рассматриваться в качестве потенциальной опции для снижения частоты РИМП, хотя для определения их официального места в алгоритме лечения необходимы дальнейшие рандомизированные исследования.

Источник: New FJ, Theivendrampillai S, Julliebø-Jones P, Somani B. Role of Probiotics for Recurrent UTIs in the Twenty-First Century: a Systematic Review of Literature. Curr Urol Rep. 2022 Feb;23(2):19–28. doi: 10.1007/s11934-022-01085-x.

ПОДПИСКА

КЛИНИЧЕСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!
Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Стоимость подписки на 2022:
Годовая подписка **1 452 руб.**
Первое полугодие **792 руб.**

Оформить подписку Вы можете на сайте **www.bionika-media.ru**
или обратившись по телефону: **8(495) 786-25-41**
и по e-mail: **podpiska@bionika.ru**

Наши менеджеры помогут подобрать вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

В каталоге «Почта России»
ПА801 Полугодовая

В объединенном каталоге «Пресса России»
83960 Полугодовая

И в альтернативных подписных агентствах:
ООО «Урал Пресс» http://www.ural-press.ru
ООО «СЗА ПРЕССИНФОРМ» http://pinform.spb.ru/

16+ Реклама

bionika media — КЛИНИЧЕСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ

МОО «МУЖСКОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ»
ПРОВОДИТ

XVIII КОНГРЕСС
«МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»
27–29 апреля 2022 года

При поддержке:
Администрации Мэрии города Сочи
Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова
Медицинского научно-образовательного центра МГУ
Российского общества урологов
Общественных медицинских организаций стран СНГ

Дорогие коллеги, друзья, дамы и господа!

Приглашаем Вас принять участие в очередном XVIII конгрессе «Мужское здоровье» с международным участием, который состоится 27–29 апреля 2022 года в городе Сочи.
В рамках научной программы конгресса планируется проведение симпозиумов, круглых столов, лекций, школ, дискуссий и других мероприятий. Планируется выступление экспертов мирового уровня, в том числе ученых из стран ближнего и дальнего зарубежья.
Темы конгресса, по традиции посвящены диагностике, лечению и профилактике заболеваний мужских репродуктивных органов.
Программа планируется весьма насыщенной и плодотворной, а специалисты обменяются опытом лечения заболеваний у мужчин и получат приятные впечатления о нашей встрече.

С дополнительной информацией можно ознакомиться на сайте Конгресса www.rusmh.org

Реклама 16+

Ренессанс феназопиридина

М.И. ДАВИДОВ, председатель Пермского регионального отделения РОУ, доцент Пермского государственного медицинского университета, Россия

В России частота острого цистита у женщин достигает 24–36 млн случаев в год [1]. Можно представить, какой объем работы выпадает на практических урологов России, число которых около 5 тыс.

Серьезной проблемой антибактериальной терапии острого цистита является сохранение симптомов заболевания в течение нескольких суток от начала лечения. Даже несмотря на происходящий успешный процесс уничтожения микроорганизмов, воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря еще какое-то время продолжается, и симптомы заболевания сохраняются несколько дней. Особенно беспокоят больных болевые ощущения и рези при мочеиспускании, сохранение которых ухудшает качество жизни проходящих лечение больных, подрывает доверие к врачу и назначенному лечению.

Мы, урологи, основное внимание уделяем антибактериальному лечению острого цистита, забывая о симптоматической терапии. Между тем никто из нас не должен забывать, что в первые 24–48 часов заболевания такая больная через каждые одну-две минуты [2] испытывает сильнейший позыв и буквально со слезами на глазах, с невыносимой мучительной болью совершает акт мочеиспускания. Не только об уничтожении патогена, но и ликвидации боли и дизурии должен заботиться врач, который лечит пациента с циститом.

«Новое – это хорошо забытое старое» – так говорят наши учителя П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь и другие.

Наблюдаемая общемировая тенденция к снижению эффективности антибиотиков приковала внимание ученых к полузабытым лекарственным средствам, которые использовались в доантибиотическую эру для лечения воспаления мочевого пузыря. Из них в первую очередь заслуживает внимания феназопиридин. Это азо-краситель (моногидрохлорид 3-фенилазо-2,6-диаминопиридина), который в 1914 г. синтезировал Bernard Joos.

Почти сразу после синтеза этот краситель стал использоваться в качестве антисептика при инфекциях мочевыводящих путей. К 1934 г. в научной литературе был обобщен опыт использования этого препарата у 3 тыс. пациентов [3]. При монотерапии острого цистита феназопиридином выздоровление (исчезновение симптомов и нормализация общего анализа мочи) наблюдали у 55,1%, при использовании его в комплексной терапии – у 90% [4,5].

Открытие антибиотиков отодвинуло использование феназопиридина на задний план.

В последнее время интерес к препарату возрос по трем причинам – это снижение эффективности антибиотиков вследствие увеличения числа резистентных штаммов бактерий, открытие новых фактов в механизме действия феназопиридина, выдвижение концепции использования уроанальгетиков – препаратов, оказывающих местное анальгетическое действие на структуры мочевыводящих путей. Доказано, что феназопиридин и является таким селективным уроанальгетиком [6].

В США начался бум по использованию феназопиридина – за один год выписывается более 700 тыс. рецептов на этот препарат [7]. В России с 2019 г. начал использоваться препарат феназопиридина с названием Феназалгин.

Урологи Пермского края применили препарат Феназалгин при остром цистите у 3229 больных. Выздоровление (исчезновение симптомов, лейкоцитурии, бактериурии и восстановление трудоспособности) при комплексной терапии с антибиотиком первой линии достигнуто у 3132 (97%) больных.

В 2020–2021 гг. в пяти поликлиниках Пермского края нами совместно с М.Н. Мельциной, Н.Е. Буновой, А.М. Метелкиным и О.Р. Пруссаковым проведено многоцентровое исследование эффективности и безопасности комбинированной терапии (Феназалгином и фосфомицином) острого неосложненного цистита у женщин трудоспособного возраста. В исследование были включены 152 женщины, которые при первом визите были рандомизированы на две группы. Первую (основную) группу составили 76 женщин, которые перорально получали исследуемый препарат феназопиридин (Феназалгин) в дозе по 200 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение двух суток (суммарная доза 1200 мг) и антибиотик фосфомицина трометамол (Монурал) в дозе 3 г однократно. Вторую группу (сравнения) составили 76 женщин, которые перорально получали препарат дротаверин (Но-шпа) в дозе по 80 мг (2 таблетки) 3 раза в день в течение двух суток и 3 г фосфомицина трометамол (Монурал) однократно. Результаты исследования оценивали по стандартной 10-балльной Visual Analogue Scale – Визуальной аналоговой шкале боли, шкале симптомов острого цистита (ACSS) [8], общему анализу мочи микроскопией. Бактериологическое исследование средней порции пузырной мочи включало посев биоматериала на искусственные питательные среды, выделение чистой культуры возбудителя и ее количественную оценку в КоЕ/мл.

Основные результаты исследования представлены на рисунках 1–3.

У всех больных основной группы отмечено значительное снижение выраженности боли. Пациенты начинали чувствовать уменьшение боли уже через 20 мин после приема препарата Феназалгин. В дальнейшем у больных исчезали боль и дискомфорт в надлобковой области, внизу живота; боль, резь и жжение во время мочеиспускания.

В основной группе исходный показатель по шкале ВАШ при первом визите составлял 7,2 балла, что означает «очень сильная боль». Однако уже через 6 ч боль снижалась до уровня 3,7 балла, т. е. на 48% по сравнению с исходным уровнем. Через 24 ч показатель степени боли составлял лишь 0,4 балла, снизившись на 94,5% по сравнению с исходным уровнем до лечения, или в 18 раз. При этом 69,7% больных к этому сроку уже не чувствовали никакой боли. А через 48 ч все 76 (100%) больных основной группы указали на отметку «0» в анкете ВАШ, что документально свидетельствовало об отсутствии у них болевых ощущений. На рисунке 1 представлена динамика выраженности боли, регистрируемая шкалой ВАШ. Во все временные промежутки (6, 12, 24 и 48 ч) обнаружен более выраженный анальгетический эффект в основной группе, где больные для купирования боли использовали Феназалгин, по сравнению с больными второй группы, где использовался дротаверин.

Основным современным способом оценки выраженности клинических симптомов острого цистита и результатов лечения этого заболевания является шкала ACSS. Цифровые показатели уровня всех пяти характерных симптомов заболевания в процессе лечения снижались, и это снижение достоверно ($p<0,001$ по большинству показателей) выраженнее в первой группе, где больные принимали наряду с антибиотиком фосфомицином Феназалгин. При этом в основной группе значительно уменьшалась выраженность симптомов, как связанных с болью, так и связанных с частотой мочеиспускания.

В исследовании показано, что действие феназопиридина не ограничивается уроселективным обезболивающим эффектом, препарат имеет выраженное влияние на симптомы нижних мочевыводящих пу-

Рис. 1. Динамика выраженности боли по визуальной аналоговой шкале, баллы.
0 – исходно, далее – часы от начала лечения.

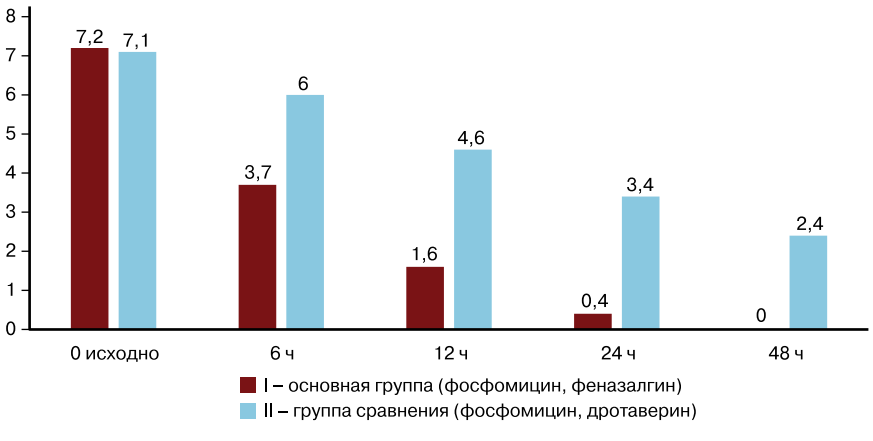
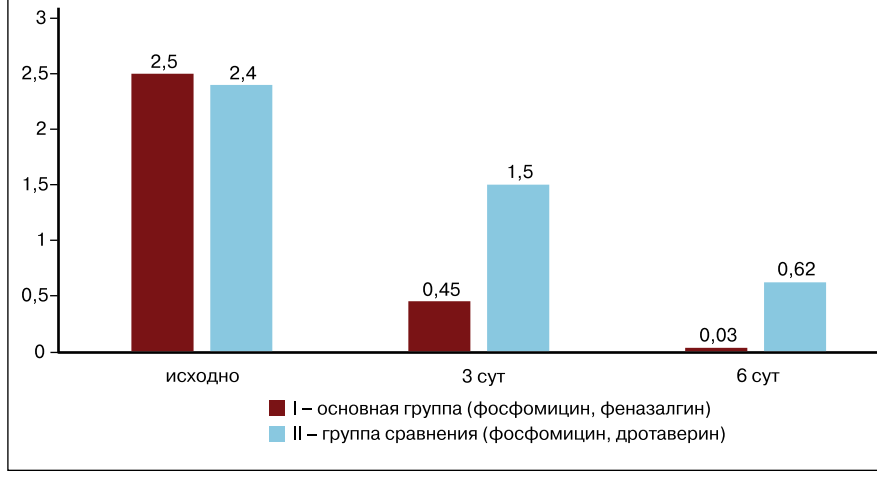


Рис. 2. Динамика симптома №2 шкалы ACSS («сильные и неудержимые позывы на мочеиспускание»), баллы



тей, не связанные с чувством боли, – отчетливо выявляется тормозящее действие Феназалгина на учащенное мочеиспускание и сильные неудержимые позывы на мочеиспускание, которые в шкале ACSS обозначены, соответственно, как симптомы № 1 и № 2. По сравнению с контрольной группой эти симптомы у больных основной группы исчезали раньше. Представленная на рисунке 2 динамика симптома № 2 шкалы ACSS («сильные и неудержимые позывы на мочеиспускание») подтверждает это.

Как видно на рисунке 3, сумма баллов характерных симптомов цистита по шкале ACSS в основной группе значительно снижается, как по сравнению с исходным уровнем, так и по сравнению с контрольной группой, где Феназалгин не использовался. Кривая диаграммы первой группы показывает, что особенно выражен темп уменьшения симптоматики в течение первых трех суток от начала лечения, когда бактериостатический эффект фосфомицина в полной мере еще не реализован, но больной регулярно принимает Феназалгин, оказывающий положительный эффект, механизм которого требует дополнительного изучения.

В основной группе отмечена более выраженная и быстрая нормализация анализа мочи с исчезновением лейкоцитурии. Через трое суток лечения антибиотиком фосфомицином с добавлением Феназалгина число лейкоцитов в поле зрения микроскопа в среднем составило 10,2±2,5, а через шесть суток – 2,3±0,5, что достоверно ($p<0,05$) меньше, чем в группе сравнения.

При комплексном лечении острого неосложненного цистита фосфомицином и Феназалгином клиническая эффективность (выздоровление) составила 97,4%, бактериологическая эффективность – 96,9%. Под клинической эффективностью мы понимали выздоровление с исчезновением симптомов заболевания, лейкоцитурии и восстановление трудоспособности.

Результаты лечения острого цистита влияли на реабилитацию больных и сроки временной нетрудоспособности. В основной группе больные пребывали на листе нетрудоспособности в среднем 5,1±0,6 дня, что достоверно ($p<0,05$) меньше, чем в группе сравнения (7,3±0,7 дня). Таким образом, сроки нетрудоспособности сократились на 30,1%. Более быстрое восстановление трудоспособности у больных основной группы связано с тем, что боль и дизурия у них исчезали раньше, чем у больных второй группы.

Побочные эффекты Феназалгина выявлены у одной (1,3%) больной в виде умеренной тошноты, что, однако, не привело к отказу ее от дальнейшего приема препарата.

На яркое окрашивание мочи в красно-оранжевый цвет обратили внимание 14,5% больных, однако это не является побочным эффектом терапии [6]. Кроме тошноты, других нежелательных явлений приема каждым пациентом 1200 мг Феназалгина не зафиксировано. По контрольным анализам крови не выявлено изменений количества эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов крови.

Проведенное исследование показало, что препарат феназопиридина Феназалгин в суммарной дозе 1200 мг, принятой в течение двух суток, является эффективным и хорошо переносимым средством для симптоматической терапии больных острым неосложненным циститом и может рекомендоваться в качестве важного дополнительного средства к этиотропной антибактериальной терапии. Феназалгин обладает выраженным селективным уроанальгетическим и антидизурическим эффектом. Комбинация антибиотика первой линии фосфомицина и уроанальгетика Феназалгина улучшает результаты лечения острого неосложненного цистита у женщин, имеет клиническую эффективность (выздоровление) 97,4% и бактериологическую эффективность 96,9%, значительно быстрее и эффективнее ликвидирует боль и другие симптомы заболевания, на 30,1% сокращает сроки временной нетрудоспособности.

Феназопиридин сейчас привлекает внимание многих ученых мира. Выраженный избирательный (на нижние мочевыводящие пути) обезболивающий эффект феназопиридина привел к тому, что этот препарат нередко называют уроанальгетиком, т.е. относят к классу лекарственных средств, оказывающих селективное анальгетическое действие на нижние мочевыводящие пути [6].

Каков же механизм селективного обезболивающего действия феназопиридина на мочевой пузырь? Ответ на этот вопрос безуспешно пытались найти многие, и в 2010 г. основной механизм раскрыла группа ученых во главе с Наоки Аизава [9]. На подопытных крысах женского пола была проведена оценка влияния феназопиридина на активность афферентной иннервации путем прямого измерения скорости проведения нервного импульса по Aδ- и C-волокнам мочевого пузыря. Было установлено, что внутривенное введение феназопиридина дозозависимо снижало активность Aδ-волокон, но не оказывало влияния на C-волокна. Таким образом, феназопиридин реализует свои клинические эффекты в результате прямого ингибирующего действия на интрамуральные афферентные Aδ-волокна, обеспечивающие чувствительность мочевого пузыря. Aδ-волокна служат для приема и передачи информации, связанной с острой и сильной болью.

Помимо влияния на интрамуральные афферентные Aδ-волокна, ученые предполагают другие механизмы положительного действия феназопиридина при цистите [10].

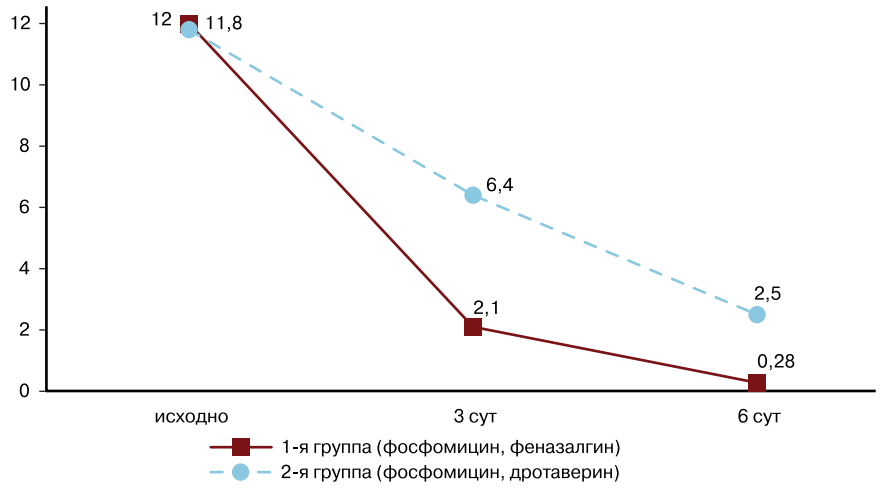
Известно, что феназопиридин и его метаболиты быстро выводятся из организма почками. При приеме суточной дозы в 600 мг препарата 90% элиминируются в течение суток, причем 41% в неизмененном виде (в качестве азо-красителя) и 49% в виде метаболита [11]. Выделяясь в большой концентрации с мочой, феназопиридин и его метаболиты достигают воспаленной стенки мочевого пузыря и могут действовать местно, противовоспалительно [12]. Известно, что феназопиридин блокирует циклооксигеназу в уротелии [13].

На заре появления феназопиридина предполагался его умеренный бактерицидный эффект в отношении кишечной палочки, стафилококка и стрептококка. Это объяснялось антисептическим эффектом, свойственным всем азо-красителям [3, 4. 5]. После открытия антибиотиков, последние вытеснили феназопиридин как средство лечения инфекций мочевыводящих путей. Однако есть основания предполагать, что феназопиридин в большой концентрации, выделяясь с мочой, губительно действует на бактерии, вирусы и простейшие, находящиеся на слизистой мочевого пузыря и в его полости. Но это требует основательных современных исследований микробиологов.

Феназопиридин все шире используется в мире, причем не только при остром цистите и неосложненной инфекции мочевыводящих путей, но и при интерстициальном и лучевом цистите, цистоскопии, катетеризации мочевого пузыря, установке стента, бужировании уретры [6, 10, 12, 13–18].

Таким образом, следует признать, что в начале XXI столетия в мире наблюдается подлинный ренессанс феназопиридина – средства, синтезированного и впервые примененного в медицине более века назад.

Рис. 3. Динамика суммы баллов характерных симптомов цистита по шкале ACSS (Typical)
По оси ординат – сумма баллов характерных симптомов цистита по шкале ACSS, по оси абсцисс – сутки от начала лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев А.В., Касян Г.Р., Спивак Л.Г. Цистит. Урология. 2017; 1 (Приложение 1): 34–44.
2. Руководство по урологии. Под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Медицина, 1998. С. 359–373.
3. Цит.: Wander H.J. Phenazopyridine hydrochloride poisoning. Report of case and review of literature. Am J Dis Child 1965; 110: 105–107.
4. Kirwin T.J., Lowsley A.S., Menning J. The effect of Pyridium in certain urogenital infections. Am J Surg 1943; 62: 330–335.
5. Trickett P.C. Ancillary use of phenazopyridine (Pyridium) in urinary tract infections. CUIT Ther Res 1970; 12: 441–445.
6. Pergialiotis V., Arnos P., Mavros M.N., Pitsouni E., Athanasiou S., Falagas M.E. Urinary tract analgesics for the treatment of patients with acute cystitis: where is the clinical evidence? Expert Rev Anti Infect Ther 2012; 10 (8): 875–879.
7. https:/clincalc.com/drugstats/drugs/phenazopyridine.
8. Alidjanov J.F., Abdufattaev U.A., Makhsudov S.A., Pilatz A., Akilov F.A., Naber K.G., Wagenlehner F.M. New self-reporting questionnaire to assess urinary tract infections and differential diagnosis: acute cystitis symptom score. Urol Int. 2014;92 (2): 230–236.
9. Aizawa N., Wyndaele J.J. Effects of phenazopyridine on rat bladder primary afferent activity, and comparison with lidocaine and acetaminophen. Neurourol. Urodynam 2010; 29 (8): 1445–1450.
10. Deepalatha C., Deshpande N.A comparative study of phenazopyridine (pyridium) and cystone as short-term analgesic in uncomplicated urinary tract infection. Int J Pharm Sci 2011; 3 (2): 224–226.
11. Thomas B.H., Whitehouse L.W., Solomonraj G., Paul C.J. Excretion of phenazopyridine and its metabolites in the urine of humans, rats, mice and guinea pigs. J Pharm Sci 1990; 79 (4): 321–325.
12. Gupta O.P., Aggarwal K.K. Role of Phenazopyridine in Urinary Tract Infections. Indian J. Clinical Practice. 2012, 22 (9): 437–441.
13. Спивак Л.Г. Эволюция лечения дизурии. Дайджест урологии. 2021. Вып. 3. С. 2–7.
14. Зайцев А.В. Управление болью. Дайджест урологии. 2021. Вып. 3. С. 8–12.
15. Раснер П.И. Дизурия – изменения в подходах. Дайджест урологии. 2021. Вып. 3. С. 19–23.
16. Винаров А.З., Спивак Л.Г. Современные возможности симптоматической терапии дизурии. Урология. 2019; 2: 97–102.
17. Петров С.Б., Слесаревская М.Н., Чибиров К.Х., Топузов М.Э., Каган О.Ф., Воронова Е.Н. Эффективность и безопасность феназопиридина в лечении неосложненной инфекции нижних мочевыводящих путей: результаты многоцентрового рандомизированного плацебо-контролируемого клинического исследования. Урология 2020; 3: 15–21.
18. Цуканов А.Ю., Макушин Д.Г., Мирзакадиев А.А., Золотов И.А. Влияние феназопиридина на самочувствие пациенток во время и после цистоскопии. Урология. 2020; 4: 50–54.

ПРИЛОЖЕНИЕ к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 08 июля 2021 г. № 736н

Стандарт медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)

Возрастная категория пациента: взрослые
Пол пациента: любой
Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь
Условия оказания медицинской помощи: стационарно, амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи: плановая
Фаза течения заболевания (состояния): вне зависимости от фазы
Стадия и (или) степень тяжести заболевания (состояния): вне зависимости
Осложнения: вне зависимости
Средняя продолжительность лечения законченного случая (количество дней): 365
Нозологические единицы (код по МКБ X [1]):

№ 20
Камни почки и мочеточника

1. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОСТОЯНИЯ			
1.1. Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	**Наименование медицинской услуги**	**Усредненный показатель частоты предо-ставления [2]**	**Усредненный Показатель кратности применения**
B01.025.001	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный	0,038	1
B01.040.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный	0,0075	1
B01.053.001	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный	1	1
B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	0,038	1
1.2. Лабораторные методы исследования			
A09.05.058	Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	0,75	1
A09.28.018	Анализ минерального состава мочевых камней	0,78	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	0,24	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	0,25	1
1.3. Инструментальные методы исследования			
A04.28.002.001	Ультразвуковое исследование почек	0,75	1
A06.20.002.002	Спиральная компьютерная томогра-фия органов малого таза у женщин с внутривенным болюсным контрастированием	0,079	1
A06.21.003.002	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин с внутривенным болюсным контрастированием	0,079	1
A06.28.009	Компьютерная томография почек и надпочечников	0,15	1
A06.28.009.001	Компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием	0,16	1
A06.28.009.002	Спиральная компьютерная томография почек и надпочечников	0,04	1
A06.28.013	Обзорная урография (рентгеногра-фия мочевыделительной системы)	0,75	1
2. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОСТОЯНИЯ И КОНТРОЛЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ			
2.1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
B01.003.003	Суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом	0,0022	1
B01.005.001	Прием (осмотр, консультация) вра-ча-гематолога первичный	0,00084	1
B01.015.001	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	0,0017	1
B01.025.002	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога повторный	0,012	1
B01.040.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога повторный	0,0025	1
B01.051.001	Прием (осмотр, консультация) врача-трансфузиолога первичный	0,00084	1
B01.053.002	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный	0,7	3
B01.053.006	Ежедневный осмотр врачом-урологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	0,32	6
B01.057.002	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга повторный	0,00081	1
B01.058.002	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	0,012	1
2.2. Лабораторные методы исследования			
A09.05.058	Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	0,25	1
A09.28.018	Анализ минерального состава мочевых камней	0,41	1
A26.28.003	Микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	0,3	1
A26.30.004	Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам	0,3	1
B03.005.006	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	0,32	1
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	0,41	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	0,67	1
B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	0,42	1
2.3. Инструментальные методы исследования			
A04.28.002	Ультразвуковое исследование моче-выводящих путей	0,72	1
A04.28.002.001	Ультразвуковое исследование почек	0,97	1
A06.20.002.001	Спиральная компьютерная томогра-фия органов малого таза у женщин	0,033	1
A06.20.002.002	Спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин с внутривенным болюсным контрастированием	0,05	1
A06.21.003.001	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин	0,033	1
A06.21.003.002	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин с внутривенным болюсным контрастированием	0,05	1
A06.28.002	Внутривенная урография	0,13	1
A06.28.009	Компьютерная томография почек и надпочечников	0,065	1
A06.28.009.001	Компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием	0,13	1
A06.28.009.002	Спиральная компьютерная томография почек и надпочечников	0,034	1
A06.28.013	Обзорная урография (рентгеногра-фия мочевыделительной системы)	0,93	1
A06.30.005.004	Спиральная компьютерная томогра-фия органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	0,051	1

2.4. Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения

A11.28.011	Чрескожная пункционная нефростомия	0,022	1
A11.28.012	Установка стента в мочевыводящие пути	0,09	1
A16.12.051.021	Селективная и суперселективная эмболизация почечных сосудов	0,0016	1
A16.28.004.001	Лапароскопическая нефрэктомия	0,00012	1
A16.28.015	Уретеролитотомия	0,00095	1
A16.28.015.001	Уретеролитотомия лапароскопическая	0,0057	1
A16.28.049	Перкутанная нефролитотрипсия с литоэкстракцией (нефролитолапаксия)	0,081	1
A16.28.050	Трансуретральная эндоскопическая уретеролитотрипсия	0,0074	1
A16.28.050.001	Трансуретральная эндоскопическая уретеролитотрипсия лазерная	0,096	1
A16.28.051	Установка катетера в верхние мочевыводяшие пути	0,045	1
A16.28.054	Трансуретральная уретеролитоэкстракция	0,044	1
A16.28.055.001	Пиелонефролитотомия с использованием видеоэндоскопических технологий	0,0005	1
A16.28.056	Нефролитотомия	0,00063	1
A16.28.084.002	Трансуретральная пиелокаликолитотрипсия с использованием мочеточникового кожуха	0,0054	1
A16.28.084.003	Трансуретральная фибропиелокаликолитотрипсия	0,011	1
A16.28.092	Антеградная перкутанная уретеролитотрипсия	0,0029	1
A22.28.001	Дистанционная уретеролитотрипсия	0,033	1
A22.28.002	Дистанционная нефролитотрипсия	0,022	1
A22.28.011	Дистанционная пиелолитотрипсия	0,0094	1

3. ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, С УКАЗАНИЕМ СРЕДНИХ СУТОЧНЫХ И КУРСОВЫХ ДОЗ

Код	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата [3]	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД [4]	СКД [5]
J01DD	Цефалоспорины 3-го поколения					
		Цефтриаксон	0,31	г	4	12

4. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИМПЛАНТИРУЕМЫХ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Код	Наименование вида медицинского изделия	Усредненный показатель частоты предоставления	Среднее количество
218070	Стент мочеточниковый полимерный	0,09	1

5. ВИДЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ, ВКЛЮЧАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

5.1. Лечебное питание

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество
Основной вариант стандартной диеты	0,32	6

[1] Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.
[2] Вероятность предоставления медицинских услуг или назначения лекарственных препаратов для медицинского применения (медицинских изделий), включенных в стандарт медицинской помощи, которая может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов, соответствующих данной модели, а цифры менее 1 – указанному в стандарте медицинской помощи проценту пациентов, имеющих соответствующие медицинские показания.
[3] Международное непатентованное, или группировочное, или химическое, а в случаях их отсутствия – торговое наименование лекарственного препарата.
[4] Средняя суточная доза.
[5] Средняя курсовая доза.

Профессор Юрий Геннадьевич Аляев (к 80-летию со дня рождения)

24 марта 2022 г. исполняется 80 лет Юрию Геннадьевичу Аляеву. Первый хирургический опыт он приобрел в ординатуре по хирургии в Стерлитамакской городской больнице, окончив с отличием в 1965 г. Башкирский медицинский институт. Развитие вперед – жизненный девиз Юрия Геннадьевича. Блестяще закончив ординатуру по урологии в Башкирском медицинском институте, в 1970 г. он был зачислен в аспирантуру в урологическую клинику I Московского медицинского института имени И.М. Сеченова. Его стремление развиваться и двигаться вперед заметил и оценил руководитель клиники – профессор Ю.А. Пытель. В 1973 г. Ю.Г. Аляев защитил кандидатскую диссертацию на тему «Топографо-анатомическая и клиническая оценка оперативных доступов у больных раком почки». Ю.А. Пытель в 1975 г. приглашает его на должность ассистента кафедры, а в 1984 г. рекомендует на должность доцента. В 1989 г. была блестящая защита новаторской докторской диссертации на тему «Расширенные, комбинированные и органосохраняющие операции у больных раком почки», результаты которой актуальны и до сих пор. «Этого пациента отказались оперировать везде. Направлен к Ю.Г. Аляеву…». Большое количество спасенных жизней – таков результат прогрессивной работы Юрия Геннадьевича, взявшего на себя смелость оперировать тех, от кого другие врачи уже отказались, оказавшего помощь тем, кто уже не верил в успех.

В 1991 г. Ю.Г. Аляеву присвоено звание профессора кафедры урологии. В 1998 г. он принял от Ю.А. Пытеля кафедру и клинику урологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и много лет был ее заведующим и директором.

В 2002 г. Ю.Г. Аляев избран членом-корреспондентом РАМН. В том же 2002 г. награжден знаком «Отличник здравоохранения». С 2003 г. он становится председателем диссертационного совета Московской медицинской академии, которая в 2010 г. переименована в Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. В 2004 г. указом Президента Российской Федерации ему присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации». В 2008 г. Юрий Геннадьевич награжден орденом Дружбы. В 2009 г. ему вручен орден Н.И. Пирогова», а в 2016 г. – орден Почета. В 2013 г., в результате объединения академий наук РФ, он становится членом-корреспондентом РАН. Научные интересы Ю.Г. Аляева охватывают практически все разделы урологии, и под его руководством коллектив клиники и кафедры разрабатывал и внедрял современные технологии обследования и новые методы лечения больных, продолжая и сейчас занимать ведущие позиции в целом ряде разделов специальности. Ю.Г. Аляев стал идейным вдохновителем и руководителем 46 защищенных кандидатских и 25 докторских диссертаций. Ю.Г. Аляев является автором более 1,5 тыс. научных публикаций, в числе которых монографии, книги, руководства для врачей, а также учебник по «Урологии» для студентов медицинских вузов. Юрий Геннадьевич – автор 18 изобретений в области медицины.

С 2011 по 2015 г. Юрий Геннадьевич руководил, организованным по инициативе ректора Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, члена-корреспондента РАМН, профессора П.В. Глыбочко, НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека. В сентябре 2012 г. на XII съезде Российского общества урологов (РОУ) в Москве Ю.Г. Аляев был избран председателем профессионального сообщества и руководит им 10 лет. Ю.Г. Аляев главный редактор журнала «Урология».

Самое большое место в сердце Юрия Геннадьевича занимает его семья, которая всегда была рядом с ним, поддерживая его во всем. Сегодня Юрий Геннадьевич Аляев – почетный заведующий кафедрой урологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Основатель целой урологической школы.

Отдавая заслуженную дань уважения этому выдающемуся человеку, Учителю, деятелю науки, нам хочется пожелать Юрию Геннадьевичу крепкого здоровья, бодрости духа, долголетия и хорошего настроения, а также реализации всех намеченных важных планов. Мы желаем, чтобы здоровье не давало поводов для беспокойств, а душевное спокойствие приносило много радостных моментов.

Коллектив редакционной коллегии журнала «Урология», президиум правления Российского общества урологов.

Профессор Владимир Николаевич Журавлев (к 80-летию со дня рождения)

6 марта 2022 г. исполнилось 80 лет Владимиру Николаевичу Журавлеву – профессору кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии Уральского государственного медицинского университета, д.м.н., профессору.

Владимир Николаевич родился 6 марта 1942 г. в Кировской области. В 1963 г. окончил с отличием Кировское областное медицинское училище. В 1971 г. окончил с отличием лечебно-профилактический факультет Свердловского государственного медицинского института. После окончания института он был направлен в клиническую ординатуру на кафедру урологии СГМИ, после окончания которой (1973 г.) был избран ассистентом кафедры урологии СГМИ. В 1978 г. В.Н. Журавлев успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Диспансеризация и реабилитация пациентов с единственной почкой после нефрэктомии». Результаты его исследования сыграли важную роль в реабилитации больных с единственной почкой в практическом здравоохранении. В 1981 г. Владимир Николаевич избран доцентом кафедры урологии. В 1991 г. им успешно была защищена докторская диссертация на тему «Клиническая и профессиональная реабилитация больных нефролитиазом (клинико-экспериментальное исследование)» и в следующем году присвоено звание профессор.

С 1984 по 2018 г. Владимир Николаевич являлся заведующим кафедрой урологии Уральского государственного медицинского университета, руководителем Свердловского областного урологического центра, председателем Свердловского отделения Российского общества урологов, членом президиума Российского общества урологов, членом редакционного совета четырех медицинских журналов. Вместе с тем он является членом Европейской и Американской ассоциаций урологов.

В разное время В.Н. Журавлев выполнял значительные общественные поручения: председатель студенческого совета (1965–1977 гг.), староста курса (1967–1971 гг.), председатель студенческого профсоюзного комитета (1971–1983 гг.), член Свердловского обкома профсоюза медицинских работников (1972–1983 гг.), проректор по лечебной работе УГМА (1996–1998 гг.), главный уролог облздрава, а затем Минздрава Свердловской области в течение 25 лет. В настоящее время Владимир Николаевич является главным внештатным урологом Уральского федерального округа.

В.Н. Журавлев является автором и с 2004 г. руководителем региональной Губернаторской программы «Урологическое здоровье мужчины» в Свердловской области. За годы работы программы обследованы более 300 тыс. мужчин. Благодаря Губернаторской программе внедрены самые современные методы лечения: брахитерапия рака предстательной железы, робот-ассистированные операции, малоинвазивные ретроперитонеоскопические операции в урологии и др.

За годы работы в клинике В.Н. Журавлевым выполнено более 15 тыс. самых сложных операций на органах мочеполовой системы (реконструктивные и восстановительные операции). Кроме того, он ежегодно консультирует до 450 больных в больницах города и области.

В.Н. Журавлев является автором 28 изобретений (из них 12 – авторские свидетельства и 16 – патенты на изобретения), автором 380 научных работ, шести монографий. Под его редакцией издано 14 монотематических сборников, более 50 методических рекомендаций и писем. Под руководством В.Н. Журавлева защищено и выполняется шесть докторских и 38 кандидатских диссертаций.

В разные годы Владимир Николаевич награжден медалью «За освоение целинных земель», орденами «Знак почета» и «Дружбы», почетным знаком «Заслуженный работник высшей школы», лауреат премии лучшим врачам России «Призвание», присвоено почетное звание «Почетный гражданин Свердловской области».

Глубокоуважаемый Владимир Николаевич! Пусть Ваша жизнь долгие годы будет наполнена радостью и душевным теплом, а поддержка родных, друзей и коллег придаст силы для новых творческих достижений, реализации самых грандиозных и смелых проектов на благо отечественной урологии!

Профессор Михаил Иосифович Коган (к 75-летию со дня рождения)

26 марта 2022 г. исполняется 75 лет Михаилу Иосифовичу Когану, заслуженному деятелю науки Российской Федерации, доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) ФГБОУ ВО «РостГМУ» Министерства здравоохранения Российской Федерации, президенту Ассоциации урологов Дона, члену президиума Российского общества урологов, председателю комитета по образованию Российского общества урологов, члену президиума Российского общества онкологической урологии, члену Европейской ассоциации урологов, члену Международного общества по исследованию стареющих мужчин, члену Американской урологической ассоциации, почетному члену Грузинской урологической ассоциации, почетному члену Российского общества урологов.

В 1965 г. он окончил школу с золотой медалью. В этом же году поступил в Ростовский государственный медицинский институт (РГМИ) на лечебно-профилактический факультет. В 1971 г. Михаил Иосифович окончил институт с красным дипломом. Восемь лет проработал врачом-урологом в Больнице скорой медицинской помощи № 2 Ростова-на-Дону. В 1978 г. Михаил Иосифович защищает кандидатскую диссертацию на тему «Консервирование и аллотрансплантация мочеиспускательного канала». С 1979 г. Михаил Иосифович работает ассистентом кафедры урологии, затем доцентом, в 1985 г. становится заведующим курсом урологии кафедры хирургии № 4 факультета усовершенствования врачей РГМИ, а в 1987 г. он защищает докторскую диссертацию на тему «Диагностика и лечение эректильной импотенции».

С 1995 по 2001 г. Михаил Иосифович заведовал кафедрой хирургических болезней № 4 с курсами урологии, клинической анатомии и детской хирургии факультета повышения квалификации врачей Ростовского ГМУ.

С сентября 2001 г. по настоящее время М.И. Коган является заведующим кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) РостГМУ.

Михаил Иосифович имеет более 1300 научных работ, опубликованных в отечественной и зарубежной печати, 60 патентов России на изобретения. Под его редакцией изданы 28 монографий. В 2021 г. под его редакцией вышел учебник «Урология» для студентов. Учебник, который явился квинтэссенцией его многолетнего урологического опыта и знаний.

Под его руководством защищены 16 докторских и 49 кандидатских диссертаций. В настоящее время под его руководством выполняется ряд кандидатских и докторских диссертаций.

Михаил Иосифович является организатором многих успешно проведенных российских и европейских конференций и симпозиумов по различным аспектам урологии.

В 2006 г. Михаилу Иосифовичу присвоено звание «Заслуженный деятель науки РФ». В 2006 г. в составе авторского коллектива он был награжден премией «Призвание» в номинации «За разработку нового направления в медицине», которую вручают лучшим врачам России. В 2008 г. М.И. Когану присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Ингушетия». В 2008 г. Российское общество онкоурологов награждает его дипломом за вклад в развитие онкоурологии в России. В 2011 г. Михаил Иосифович впервые в России организует при кафедре урологии и репродуктивного здоровья человека курс детской урологии-андрологии. В 2012 г. профессор Коган М.И. награжден почетным дипломом Европейской научно-промышленной палаты и золотой медалью Евросоюза. В 2012 г. Ученый совет РостГМУ признал наличие в РостГМУ научной школы по урологии под руководством М.И. Когана. В 2013 г. ему вручен почетный диплом секции «Инфекции в урологии» Европейской ассоциации урологов за выдающиеся достижения в продвижении международного сотрудничества. В 2015 г. награжден орденом «За заслуги перед Ростовской областью». В 2017 г. награжден медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением».

Дорогой Михаил Иосифович! С Днем рождения! Когда Вы с нами, Чудеса случаются Все Время! Просто будьте с нами!

Коллектив кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) РостГМУ. К поздравлениям глубокоуважаемого профессора Михаила Иосифовича Когана присоединяются редакционная коллегия журнала «Урология», президиум правления Российского общества урологов, многочисленные коллеги и друзья. Желаем неиссякаемой энергии, здоровья, благодарных учеников и дальнейшего развития самобытной школы урологов Юга России.

Профессор Магомед-Салах Алхазурович Газимиев (к 55-летию со дня рождения)

19 февраля 2022 г. отметил свой юбилей д.м.н., профессор, директор НМИЦ по профилю «урология», заместитель директора Института урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», исполнительный директор Российского общества урологов Газимиев Магомед-Салах Алхазурович!

Газимиев Магомед-Салах Алхазурович родился в 1967 г. в Чечен-ауле Чечено-Ингушской АССР. В 1993 г. окончил Московскую медицинскую академию им. И.М. Сеченова. Общий стаж работы и в данном коллективе – 31 год. За 25 лет врачебной деятельности М.-С. А. Газимиев выполнил более 6 тыс. операций урологического и онкоурологического профиля.

М.-С. А. Газимиев является одним из ведущих урологов России – высокопрофессиональный специалист, грамотный руководитель, талантливый организатор и клиницист, обладающий глубокими фундаментальными знаниями и профессиональными навыками, признанный авторитет не только в России, но и за рубежом, в том числе благодаря внедрению в урологическую практику инновационных малоинвазивных методов диагностики и лечения. Он один из первых в России в 2002 г. внедрил в урологическую практику 3D-моделирование при обструктивных заболеваниях верхних и нижних мочевыводящих путей, а также использование при этих заболеваниях комбинированных малоинвазивных операций. В 1992 г. М.-С. А. Газимиев впервые в мире разработал и начал использовать в клинической урологии антирефлюксное устройство для дренирования верхних мочевыводящих путей. И сейчас профессор продолжает создавать и внедрять в урологическую практику новые методы диагностики и лечения.

С 2018 г. М.-С. А. Газимиев занимает должность заместителя директора по учебной работе Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета. В 2019 г. он возглавил Институт электронного медицинского образования, ставший флагманом развития электронных образовательных ресурсов, продвижения образовательных программ на международных платформах, в том числе на Coursera, разработки и внедрения в учебный процесс новых симуляционных и виртуальных образовательных технологий.

С 01.01.2020 профессор М.-С. А. Газимиев приказом ректора назначен директором вновь созданного на базе Сеченовского университета Национального медицинского исследовательского центра по профилю «урология», главной задачей которого считается повышение качества оказания медицинской помощи по профилю «урология» в России. Под руководством М.-С. А. Газимиева организована работа Телемедицинского центра, который оказывает дистанционные консультации/консилиумы с применением телемедицинских технологий и проводит научно-практические мероприятия для врачей-урологов в 46 субъектах РФ.

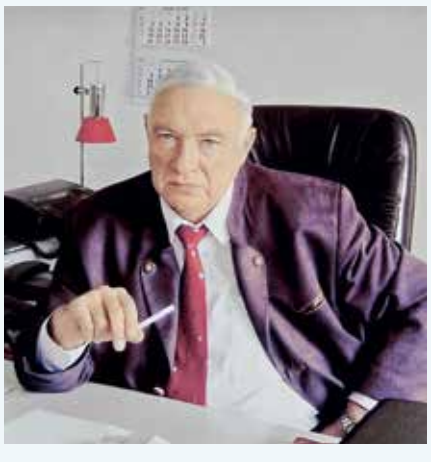
С 2013 г., будучи исполнительным директором Российского общества урологов, профессор организовывает проведение общероссийских и международных научных конгрессов, образовательных конференций, симпозиумов и семинаров для практических врачей в различных регионах страны.

М.-С. А. Газимиев опубликовал более 210 научных работ, среди которых 7 монографий, 4 руководства для врачей, 2 учебника. Он является автором двух изобретений. Под руководством М.-С. А. Газимиева защищено четыре кандидатские диссертации.

За время своей работы профессор подготовил десятки высококвалифицированных специалистов для практического здравоохранения.

Сотрудники НМИЦ по профилю «урология», Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета, правление Российского общества урологов, члены редколлегии и редсовета журнала «Урология», газеты «Вестник РОУ», ученики, друзья искренне поздравляют Магомеда-Салаха Алхазуровича с юбилеем и желают ему крепкого здоровья, новых профессиональных открытий и достижений, благополучия и всего самого хорошего!

Профессор Дмитрий Львович Арустамов (к 80-летию со дня рождения)



Исполняется 80 лет со дня рождения одного из выдающихся ученых, основателя передовой школы урологов в Узбекистане, организатора Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии, заслуженного работника здравоохранения Республики Узбекистан, лауреата Государственной премии им. Абу Райхона Беруни и кавалера ордена «Дустлик» Дмитрия Львовича Арустамова.

Д.Л. Арустамов родился 29 апреля 1942 г. в Самарканде в семье служащих. Высшее образование получил, окончив в 1966 г. лечебный факультет Самаркандского государственного медицинского института. По окончании института по распределению работал стажером-исследователем на кафедре общей хирургии СамГосМИ. В 1968 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «К вопросу аллотрансплантации кожи облученных животных». В том же 1968 г. Д.Л. Арустамов в качестве перспективного молодого специалиста был приглашен на должность старшего научного сотрудника – руководителя иммуно-патологической лаборатории ЦНИЛ Ташкентского государственного медицинского института.

В 1969 г. урологическая клиника ТашГосМИ получила новую современную больничную базу – клиническую больницу Минздрава Республики Узбекистан. С этого времени под руководством академика У.А. Арипова и при активном участии Д.Л. Арустамова было организовано специализированное отделение оперативной нефрологии, где лечились больные с острой и хронической почечной недостаточностью. Д.Л. Арустамов непосредственно занимался вопросами пересадки почки в эксперименте и в клинике, лечением больных с острой и хронической почечной недостаточностью, а также нефрогенной гипертензией. В 1972 г. под руководством академика У.А. Арипова при активном участии Д.Л. Арустамова впервые в Средней Азии была произведена пересадка трупной почки. Плодом научных исследований Д.Л. Арустамова явилась защита докторской диссертации в 1973 г. на тему «Антилимфоцитарный ослиный иммуноглобулин и производные госсипола в аллотрансплантации».

В 1978 г. в Ташкентском государственном медицинском институте впервые в Средней Азии организована кафедра урологии и оперативной нефрологии. Заведующим кафедрой избран профессор Д.Л. Арустамов. За выдающиеся успехи в области аллотрансплантации почек в 1983 г. в составе группы ученых Д.Л. Арустамов награжден высокой наградой – Государственной премией им. Абу Райхона Беруни. Благодаря личному энтузиазму и огромному труду еще на территории клинической базы ему удалось осуществить давнюю мечту – создать Республиканский научный центр урологии. Во второй половине 80-х гг. Д.Л. Арустамов направил все свои силы, знания и талант организатора на осуществление этой цели. В кратчайшие сроки были подготовлены высококвалифицированные кадры по ключевым направлениям урологии, которые были обучены в ведущих зарубежных клиниках. Центр урологии был оснащен медицинским оборудованием передовых производителей. Был налажен весь необходимый спектр диагностических и лечебных технологий, включающих радиологические, эндоскопические, лабораторные, цитологические, бактериологические, уродинамические и целый ряд других. Основной задачей коллектива Научного центра стала разработка и внедрение малоинвазивных хирургических вмешательств в урологии.

По инициативе Д.Л. Арустамова, в 1988 г. был заложен фундамент новой клиники Центра урологии, первая очередь которой была сдана в эксплуатацию в 1995 г. Организация Центра урологии создала необходимые условия для оказания населению республики высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, а также обеспечила базу для подготовки высококвалифицированных кадров. В течение многих лет Д.Л. Арустамов возглавлял Республиканское научное общество урологов Узбекистана в качестве его бессменного председателя, а также редактора сборника научных трудов «Актуальные вопросы урологии и нефрологии». За большие заслуги в научно-педагогической деятельности Д.Л. Арустамов награжден орденом «Дустлик», удостоен почетного звания «Заслуженный работник здравоохранения Республики Узбекистан», является лауреатом Государственной премии им. Абу Райхана Беруни. Им опубликовано более 250 научных работ, две монографии, десятки научных сборников и методических рекомендаций, авторских свидетельств на изобретения, посвященных различным вопросам в урологии, подготовлено девять докторов и 46 кандидатов медицинских наук.

Коллективы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии и кафедры урологии Ташкентской медицинской академии, его многочисленные соратники, коллеги и благодарные ученики сердечно поздравляют юбиляра, желают ему крепкого здоровья, благополучия, счастья и всего самого наилучшего!

Феназалгин®

способен купировать[1, 2] проявления дизурии[3]

единственная[4] таргетная[5] симптоматическая терапия дизурии* при:

- инфекциях НМП**;
- инвазивных урологических вмешательствах

ТЕПЕРЬ В БЕЗРЕЦЕПТУРНОМ СТАТУСЕ

* Феназалгин® – единственный ЛС с МНН Феназопиридин по данным ГРЛС РФ по состоянию на 28.01.2022 года (https://grls.rosminzdrav.ru/. Только феназопиридин оказывает избирательное анальгезирующее действие в нижних мочевых путях (Shireen N. Farzadeh et al., Urinary Tract Infections and Self-Care Options, US Pharm. 2017; 9 (42): 4–7)
** Нижние мочевые пути.

1. Shireen N. Farzadeh et al., Urinary Tract Infections and Self-Care Options, US Pharm. 2017;9(42):4-7. 2. Zelenitsky, S. A., & Zhanel, G. G. (1996). Phenazopyridine in Urinary Tract Infections. Annals of harmacotherapy, 30 (7–8), 866–868. 3. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Феназалгин. 4. Единственный препарат на Российском рынке с МНН Феназопиридин http://grls.rosminzdrav.ru/, доступ от 09.10.2019. 5. Захаренко Е. Н., Комарова Л. Н., Нечаева И. В. Новый словарь иностранных слов. – 2008.

Краткая информация из инструкции по медицинскому применению препарата Феназалгин® (феназопиридина гидрохлорид). Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг. Показания к применению: симптоматическая терапия дизурии (в т.ч. боль, жжение, учащенное мочеиспускание), вызванной раздражением слизистой оболочки нижних мочевыводящих путей вследствие инфекций, травм, хирургических вмешательств, эндоскопических процедур, использования зонда или катетера. Противопоказания: повышенная чувствительность к феназопиридину и вспомогательным компонентам препарата; нарушения функции печени; почечная недостаточность; анемия и метгемоглобинемия; период грудного вскармливания (безопасность не установлена); возраст до 18 лет. Способ применения и дозы: внутрь после еды, взрослым назначают по 2 таб. (200 мг) 3 раза/сутки, длительность приема - не более 2 дней (в т.ч. в сочетании с противомикробными средствами). Побочные действия: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея; острая гепатотоксичность, желтуха, уронефролитиаз, острая нефротоксичность (связанная с передозировкой лекарственного препарата), кожная сыпь, зуд, лихорадка и другие реакции гиперчувствительности; бронхоспазм, анафилактоидная реакция, аллергический гепатит, метгемоглобинемия, гемолитическая анемия (при дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы), сульфогемоглобинемия, нейтропения, лейкопения, панцитопения, окрашивание каловых масс в оранжево-красный цвет, окрашивание мочи в темно-оранжевый или красноватый цвет; отек лица, верхних и нижних конечностей; нарушение зрения, раздражение глаз, боль в ушах, обратимая потеря цветового зрения. Срок годности: 5 лет. Условия отпуска: без рецепта. Рег. номер: ЛП-004703. За дополнительной информацией обращаться: АО «НИЖФАРМ», 603950 Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7, тел.: +7 (831) 278-80-88, факс: +7 (831) 430-72-28, e-mail: med@stada.ru.

Организация, принимающая претензии:
АО «НИЖФАРМ», 603950, Россия, г. Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7, бокс № 459.
Тел. +7 (831) 278-80-88, факс +7 (831) 430-72-13. E-mail: med@stada.ru

101327
На правах рекламы.

STADA
Заботимся о здоровье людей

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ