ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОСЕВ МОЧИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ: ОПЕРИРОВАТЬ НЕЛЬЗЯ ЛЕЧИТЬ 13

КЛАССИЧЕСКИЙ И МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТЫ КОНТИНЕНТНОЙ КОЖНОЙ УРОДЕРИВАЦИИ ПО КОСК 14

ВЕСТНИК РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

№4

НОЯБРЬ 2026 г.

УЧРЕДИТЕЛЬ – ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ»

# XXVI Конгресс Российского общества урологов: профессиональное единство и новые решения

10–13 сентября 2026 года в столице Татарстана Казани прошел XXVI Конгресс Российского общества урологов – одно из главных событий для профессионалов в области урологии, онкоурологии и смежных дисциплин. Современная площадка конгресса – выставочный центр «Казань Экспо» – объединила более 2,7 тыс. специалистов из России и зарубежных стран, в том числе Армении, Беларуси, Египта, Индии, Казахстана, Китая, Кыргызстана, Нигерии, Таджикистана, Узбекистана и ЮАР.

Организаторами мероприятия выступили Российское общество урологов и ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) при поддержке Минздрава РФ, Минздрава Республики Татарстан, ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России и КГМА – филиала ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России.

На торжественной церемонии открытия к участникам и организаторам конгресса обратился министр здравоохранения РФ **Михаил Альбертович Мурашко**. В своем приветственном слове он отметил: «XXVI Конгресс РОУ представляет собой одну из самых масштабных площадок для профессионального диалога и развития урологии в нашей стране. Благодаря участию в этом мероприятии врачи-практики имеют постоянный доступ к самым актуальным научным данным и передовым технологиям».

Кроме того, на открытии конгресса выступили председатель РОУ, ректор ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) **Петр Витальевич Глыбочко**, министр здравоохранения Республики Татарстан **Альмир Рашидович Абашев**, ректор ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России **Виктор Викторович Фомин** и главный внештатный специалист уролог Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы **Дмитрий Юрьевич Пушкарь**.

Ярким моментом церемонии открытия стало вручение всероссийской премии «Дело жизни», учрежденной в честь великого хирурга и ученого С.П. Федорова, и присвоение звания почетного члена РОУ **Александру Валентиновичу Амосову,** профессору Института урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). Отдельно был отмечен вклад компаний-партнеров, которые неизменно оказывают поддержку в проведении конгресса и развитие российской урологии. Открытие мероприятия завершилось докладом






П.В. Глыбочко «Стратегия развития российской урологии до 2030 года».

Междисциплинарный характер научной программы привлек внимание урологов, андрологов, онкоурологов, акушеров-гинекологов, эндокринологов, нефрологов, кардиологов, неврологов, детских урологов и врачей других клинических направлений. В рамках тематических секций и семинаров, мастер-классов и экспертных дискуссий участники обсудили современные подходы к ведению пациентов с заболеваниями мочеполовой системы: мочекаменной болезнью, урологическими инфекциями, гиперплазией простаты, злокачественными новообразованиями и др. В формате видеосессии live-surgery ведущие эксперты в области оперативной урологии поделились опытом применения инновационных методик и технологий при оказании специализированной медицинской помощи. Отдельно были рассмотрены вопросы внедрения цифровых технологий и фармацевтических решений, расширяющих возможности урологической практики.

В рамках конгресса состоялась II Всероссийская научная студенческая олимпиада по урологии среди медицинских вузов страны. Студенты старших курсов смогли ознакомиться с новейшими диагностическими и лечебными подходами, обменяться опытом и получить профессиональное мнение старших коллег.

Работу конгресса по традиции сопровождала масштабная выставка медицинского оборудования и фармацевтической продукции от производителей мирового уровня.

XXVI Конгресс РОУ стал прекрасной возможностью для участников не только обновить свои знания и получить уникальный практический опыт, но и почувствовать себя частью глобального сообщества, которое формирует будущее урологии.

***Подробная информация о мероприятии: https://congress-rou.ru/rou2026***




**Конгресс объединил специалистов из России и зарубежных стран**

**ВЕСТНИК** № 4
**РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ**

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

**Заместитель главного редактора**
Газимиев Магомед Алхазурович, д.м.н., профессор, директор Научно-технологического парка биомедицины, заместитель директора Института урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), исполнительный директор 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 (Сеченовский Университет), научный редактор журнала «Урология», заместитель исполнительного директора Российского общества урологов

**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)
академик 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**
Марина Григорьева, Марина Полякова, Денис Борисов
**Отдел полиграфии**
Дмитрий Тужиков

**Учредитель**
Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»

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

**Председатель Совета директоров**
Ирина Красивская

**Генеральный директор**
Сергей Крестинский

**Размещение рекламы:**

**Руководитель направлений Урология и Нефрология**
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 ноября 2026 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!*

*Завершился очередной конгресс Российского общества урологов, собравший более двух с половиной тысяч участников в гостеприимной Казани.*

*Отрадно заметить возросшую активность молодых ученых-урологов, выступавших с докладами и модерировавших секционные заседания. Кроме того, в отличие от прежних лет, на выставке в большем количестве были представлены отечественные компании – производители лекарственных препаратов и инструментария.*

*В настоящем выпуске газеты опубликован ряд статей ведущих урологов страны, посвященных изучению симптомов нарушенного мочеиспускания. Заслуживает внимания представленный ростовскими урологами и модифицированный вариант континентной кожной уродеривации по Kock после радикальной цистэктомии.*

*Замечательное знаковое событие в жизни Российского общества урологов – присуждение премии Правительства РФ в области образования профессорам М.А. Газимиеву, М.И. Когану, В.Л. Медведеву.*

*Редколлегия газеты поздравляет наших друзей и коллег с заслуженной высокой наградой!*

***Главный редактор***
***академик РАН, д.м.н., профессор,***
***заведующий кафедрой урологии и хирургической***
***андрологии РМАНПО МЗ РФ***
***Олег Борисович Лоран***



# Профессора М.И. Коган, М.А. Газимиев и В.Л. Медведев удостоены премии Правительства РФ в области образования

## Торжественная церемония состоялась 5 октября в Доме Правительства РФ. Премии и благодарности вручил Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Владимирович Мишустин



**Слева направо: проф. М.И. Коган, Председатель Правительства Российской Федерации М.В. Мишустин, проф. М.А. Газимиев и проф. В. Л. Медведев**

Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 августа 2013 г. № 744 учреждены 10 ежегодных премий в области образования. Они присуждаются отдельным лауреатам или авторским коллективам (до 5 человек) по решению правительства на основании предложений Межведомственного совета по присуждению премий правительства в области образования. Благодарности правительства вручаются за заслуги в области образования и многолетнюю плодотворную работу в этой сфере.

В этом году награждены авторы 10 учебно-методических разработок, которые нацелены на подготовку квалифицированных специалистов в крайне значимых областях. Прежде всего, как сказал М. Мишустин, в медицине.

В 2026 г. премией Правительства РФ в сфере образования отмечены 10 работ. Лауреатами стали 37 человек, еще 4 педагога получили благодарности за заслуги в области образования и многолетнюю плодотворную работу.

Награду вручили за цикл трудов «Комплекс научно-практического обеспечения подготовки кадров по специальности «Урология» в системе специалитета, последипломного и непрерывного медицинского образования». В цикл вошли 4 учебника и 24 учебных пособия, среди которых работы, не имеющие аналогов в мире и переведенные на разные языки. Ученые создали также модели и программы симуляционного и дистанционного образования для студентов, ординаторов, аспирантов и врачей-урологов.

В коллектив авторов цикла вошли: доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека Ростовского государственного медицинского университета Михаил Иосифович Коган; доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по учебной и воспитательной работе Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского Университета Магомед Алхазурович Газимиев; доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, герой труда Кубани, главный внештатный специалист-уролог, главный трансплантолог Министерства здравоохранения Краснодарского края, заведующий кафедрой урологии Кубанского государственного медицинского университета, заместитель главного врача по урологии «НИИ – Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» Владимир Леонидович Медведев.

В основу цикла легли новаторские научно-исследовательские работы и педагогические новации ученых. Они раскрыли новые этиологические факторы и механизмы развития рака простаты, инфекции почек и мочевыводящих путей, диабетических поражений органов мочевой системы, гипогонадизма и мочекаменной болезни. Исследователи разработали новые методы диагностики опухолей, сексуальных нарушений и мужского бесплодия, инфекций, обструкции мочевыводящих путей у детей, новые инструменты для операций на почках и других органах. Также ученые совершенствовали существующие и создали новые способы лечения широкого спектра урологических заболеваний. Всего они получили 29 патентов на изобретения.

«Награда, полученная нашим научным коллективом, имеет больше значение и для Сеченовского Университета как лидера в подготовке высококвалифицированных урологов, и для меня лично. Это признание результата – повышения уровня образования российских врачей-урологов благодаря внедрению наших методических разработок и новых образовательных технологий», – рассказал профессор Магомед Алхазурович Газимиев.

Премьер-министр Правительства РФ пожелал лауреатам, чтобы их деятельность, новации вдохновляли учеников и коллег, дальнейших профессиональных успехов и крепкого здоровья, а также поблагодарил за то, что они делают.

Российское общество урологов присоединяется к поздравлениям и желает лауреатам крепкого здоровья и новых достижений в научно-образовательной деятельности!

*источники http://government.ru/news/60088/ https://www.sechenov.ru/pressroom/news/professoru-sechenovskogo-universiteta-magomedu-gazimievu-vruchili-premiyu-pravitelstva-/*



# Выбрать правильный путь

**В рамках XXVI Конгресса Российского общества урологов, который прошел в Казани с 10 по 13 сентября 2026 г., состоялся интерактивный консилиум экспертов «Перекресток симптомов: как выбрать верный путь?» Главной темой мероприятия стал разбор клинического наблюдения ведения пациента в динамике – от первого визита к урологу до отдаленных результатов лечения. На конкретном примере было показано, как выбирать правильную тактику ведения пациента с симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП).**

В консилиуме приняли участие эксперты:

• Павел Ильич Раснер – д.м.н., профессор, онкоуролог, главный врач Клинического медицинского центра Университетской клиники Российского университета медицины;

• Алексей Георгиевич Мартов – д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, руководитель Урологического центра ЦКБ гражданской авиации;

• Леонид Григорьевич Спивак – д.м.н., профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), председатель совета Ассоциации специалистов консервативной терапии в урологии «АСПЕКТ»;

• Григорий Георгиевич Кривобородов – д.м.н., профессор кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующий урологическим отделением Российского геронтологического научно-клинического центра.

Открывая мероприятие, П.И. Раснер поприветствовал коллег и предупредил, что в процессе интерактивного консилиума им будет предложено поделиться своим мнением (путем голосования) относительно тактики ведения пациента, клиническое наблюдение которого будет разобрано.

Подчеркивая важность своевременной диагностики и начала лечения мужчин с СНМП, Л.Г. Спивак привел статистические данные из исследования, проведенного в 2022 г. [1]. В выборке из 1675 мужчин, пришедших на профилактический осмотр, 13% не требовали лечения по поводу СНМП и гиперплазии предстательной железы (ГПЖ), 51% нуждался в медикаментозной терапии (альфа-АБ, иФДЭ-5, 5-АРИ, фитопрепараты и др.), 17% уже находились на терапии, 4% были ранее прооперированы, 2% потребовалась операция, 13% были оставлены под активным наблюдением. Распределение по возрасту показало, что наибольшую долю составили мужчины 50–54 лет (49%), далее – 45–49 лет (28%), 40–44 лет (13%), 55–59 лет (6%) и 60–67 лет (4%). Исследование наглядно продемонстрировало , что уже в возрасте 45–50 лет мужчина может нуждаться в терапии СНМП и своевременный Chek-up может помочь выявить «слабые места» до того, как они станут проблемой.

### Первый визит

Далее П.И. Раснер начал разбор клинического наблюдения.

Пациент 62 лет пришел на профилактический медосмотр по настоянию жены. Он жаловался на то, что утром струя мочи немного хуже, чем днем. Через 40–50 минут после первого мочеиспускания возникало второе, но мочи выделялось мало. Ночью пациент для посещения туалета просыпался один раз – около пяти утра. Ложился спать в 23:30, вставал в 7:30. Такие жалобы мужчина считал незначительными. Но именно они стали отправной точкой для полноценного урологического обследования.

Первый вопрос, который обсуждался экспертами и аудиторией: какое обследование назначить? Предлагались три варианта. Первый – минимальный: IPSS, QoL, общий анализ крови и мочи, биохимия, пальцевое ректальное исследование (ПРИ), УЗИ мочевого пузыря и простаты, урофлоуметрия с определением остаточной мочи и ПСА общий. Второй вариант дополнял первый дневником мочеиспусканий и УЗИ верхних мочевыводящих путей. Третий, наиболее расширенный, включал также оценку эректильной функции (МИЭФ-5), определение тестостерона и свободного ПСА.

В данном случае было проведено расширенное обследование. Объем простаты пациента составил 43,6 см$^3$ без средней доли. IPSS – 9 баллов (умеренная выраженность симптомов). Максимальная скорость потока мочи при мочеиспускании ($Q_{max}$) – 10,1 мл/с при объеме мочеиспускания 210 мл. Остаточная моча – 20 мл. Общий анализ крови, мочи и биохимический анализ крови – без патологических отклонений. ПСА – 2,2 нг/мл. МИЭФ-5 – 22 балла. Тестостерон общий – 16,8 нмоль/л. Дневник мочеиспусканий показал суточный объем мочи около 1500 мл при объеме выпитой жидкости 1300 мл, одно мочеиспускание за ночь. Картина соответствовала доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) с умеренными симптомами опорожнения и практически отсутствием симптомов накопления.

П.И. Раснер привел данные исследования, проведенного в Польше [2] в 2020 г., в которое были включены 6005 мужчин и женщин старше 40 лет. Среди мужчин доля лиц с симптомами, присутствующими в половине случаев или чаще, в возрастной группе 40–49 лет составляет 57,4%, а в группе старше 80 лет достигает 90,6%. Эти данные подчеркивают, что СНМП – массовая проблема, требующая системного подхода.

Второй вопрос консилиума касался тактики лечения: что назначить пациенту? Варианты включали альфа-адреноблокаторы (ААБ), 5-альфа-редуктазы ингибиторы (5-АРИ), β3-агонисты, комбинации альфа-АБ с β3-агонистами или М-холинолитиками (МХЛ), ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5), растительные экстракты.

С учетом наличия только симптомов опорожнения данному пациенту была назначена поведенческая терапия и препарат «Омник Окас» (тамсулозин) 0,4 мг один раз в день. Это лекарственное средство представляет собой селективный α1-адреноблокатор в форме контролируемого высвобождения (OCAS). Он позволяет контролировать симптомы в течение 24 часов за счет стабильной концентрации тамсулозина в плазме и снизить вероятность побочных эффектов, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы. Высокий комплаенс достигается за счет того, что препарат применяют один раз в день независимо от приема пищи.

### Комплаенс терапии

Несмотря на то, что пациента просили прийти через месяц, он вернулся на контрольный визит через 4,5 месяца. По его словам, «стало намного лучше». $Q_{max}$ выросла до 16,2 мл/с, остаточной мочи нет, количество баллов по шкале IPSS снизилось до 4 баллов, качество жизни (QoL) – 2 балла. Пациент не посещал уролога регулярно, поскольку был доволен результатом лечения. П.И. Раснер подчеркнул, что именно альфа-адреноблокаторы обеспечивают высокую приверженность лечению, а удобство приема препарата «Омник Окас» повышает комплаенс терапии.

Действие тамсулозина с течением времени сохраняется, что подтверждается долгосрочными исследованиями. Так, по данным Kawabe и соавт., 70% пациентов при длительном лечении тамсулозином (наблюдение до 9,8 года, 300 пациентов) не нуждались в дальнейшей операции [3]. В шестилетнем исследовании Narayan и соавт. (n=600) действие препарата сохранялось на протяжении всего периода наблюдения. Среди завершивших протокол 80,7% были полностью удовлетворены результатом. Риск острой задержки мочи за 6 лет составил 1,8%, причем на пятом и шестом годах не зафиксировано ни одного эпизода [4].

### Ухудшение состояния

ДГПЖ – прогрессирующее заболевание. Возвращаясь к клиническому случаю, П.И. Раснер сказал, что спустя четыре года после начала лечения пациент вернулся с жалобами на ухудшение состояния. Мочеиспускание участилось до 12 раз в сутки, ноктурия – до трех раз, наблюдались императивные позывы. Количество баллов по шкале IPSS выросло до 13 баллов, $Q_{max}$ снизилась до 14,8 мл/с, объем остаточной мочи – 30 мл. Картина изменилась: к симптомам опорожнения присоединились выраженные симптомы накопления. Пациенту была назначена комбинация препаратов «Омник Окас» 0,4 мг один раз в день и «Бетмига» (мирабегрон) 50 мг один раз в день.

Г.Г. Кривобородов подробно разобрал сложившуюся ситуацию и


**Профессор А.Г. Мартов**



**Профессор П.И. Раснер**


**Профессор Г.Г. Кривобородов**


**Профессор Л.Г. Спивак**

усиление жалоб со стороны пациента: изменения мочевого пузыря на фоне инфравезикальной обструкции (ИВО) могут привести к потере функциональной активности органа. Развитие ДГПЖ вызывает циклическое повышение давления в мочевом пузыре, гипоксию тканей, компенсаторную гипертрофию гладкомышечных клеток, отложение внеклеточного матрикса и в конечном итоге декомпенсацию. Повышение давления и гипоксия – основные факторы риска развития гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) [5]. Применение мирабегрона в этом случае позволяет справиться с симптомами ГМП на фоне ИВО. При этом доказано, что препарат имеет благоприятный профиль безопасности, что отражено в Клинических рекомендациях Минздрава РФ «ДГПЖ» 2024 г. [6]. Метанализ 2024 г. показал, что комбинация α1-блокатор + мирабегрон связана с низкой частотой нежелательных явлений и не связана с повышенным риском задержки мочи [7].

Отдельную проблему представляет антихолинергическая нагрузка. Известно, что у пациентов, которые принимают антихолинергические препараты, могут существенно снижаться когнитивные способности, вплоть до развития делирия на фоне даже кратковременного приема М-холинолитиков [8, 9]. В противоположность этому исследование PILLAR [10] подтвердило, что мирабегрон не оказывает влияния на когнитивную функцию у пожилых людей. Именно поэтому, согласно клиническим рекомендациям, пациентам с когнитивными нарушениями или риском их возникновения (пожилые или коморбидные пациенты, или принимающие препараты с антихолинергической активностью) рекомендовано начинать терапию с β3 -адреномиметика

П.И. Раснер продолжил разбор клинического наблюдения, отметив, что эффект применения агониста β3-адренорецепторов развивается постепенно, достигая максимума к 12-й неделе. Спустя три месяца комбинированной терапии у пациента был отмечен хороший эффект. В дальнейшем больной принимал препараты «Омник Окас» и «Бетмига» на протяжении 4,5 года и был доволен результатом. Однако на пятый год по финансовым причинам ему пришлось отказаться от «Бетмиги» и перейти на монотерапию «Омником Окас». Через шесть месяцев наступило ухудшение симптоматики: ослабление струи мочи, ноктурия до 3–4 раз, императивные позывы. Объем простаты увеличился до 82 см$^3$, $Q_{max}$ снизилась до 7,8 мл/с, объем остаточной мочи – 180 мл. Встал вопрос о проведении операции.

**Хирургическое лечение и медикаментозная коррекция**

А.Г. Мартов рассказал об особенностях выбора хирургического лечения. Он отметил, что стандартом лечения ДГПЖ на сегодняшний день является трансуретральная резекция простаты (ТУРП). Эта операция устраняет симптомы, быстро дает результат, имеет низкий уровень осложнений и может применяться при любых размерах ДГПЖ. Однако современный тренд – энуклиация простаты. Это малоинвазивный метод, который дает результат, сопоставимый с ТУРП. Но для энкулиации требуется специальное оборудование. Поэтому выбор терапии во многом зависит от возможностей конкретного медицинского учреждения.

Через три месяца после операции объем простаты пациента составил 24 см$^3$, $Q_{max}$ – 23,5 мл/с, количество баллов по шкале IPSS – 6. При этом сохранились императивные позывы, ноктурия – до двух раз, объем остаточной мочи – 25 мл. До 35% пациентов испытывают стойкие или рецидивирующие СНМП после хирургического лечения [11].

Л.Г. Спивак отметил, что после операции часто требуется продолжение медикаментозной терапии. В данном случае из-за сохраняющихся симптомов накопления пациенту был назначен препарат «Бетмига» 50 мг один раз в день. В качестве аргумента докладчик привел международный и отечественный опыт сравнения мирабегрона и солифенацина на этапе послеоперационной терапии. Оба исследования показали сопоставимое действие двух классов препаратов. При этом мирабегрон показал более благоприятный профиль безопасности с низким процентом нежелательных явлений и низкой частотой отказа от терапии [12].

Обследование пациента в послеоперационном периоде на фоне медикаментозной терапии показало: объем простаты – 24 см$^3$, $Q_{max}$ – 25 мл/с, количество баллов по шкале IPSS – 2. Императивные позывы отсутствовали, ноктурия – 1 раз, остаточной мочи нет.

В финальной части симпозиума были озвучены выводы Резолюции по итогам экспертного совета по проблемам диагностики и лечения симптомов нижних мочевыводящих путей ( Москва, 2025 г., совет экспертов: П.И. Раснер, С.К. Зырянов, Г.Р. Касян, С.В. Котов, Г.Г. Кривобородов, И.В. Кузьмин, Л.Г. Спивак, Р.Р. Харчилава):

• Для купирования симптомов опорожнения важно применение препаратов, обеспечивающих стабильную терапевтическую концентрацию в течение 24 ч. В этой связи предпочтительным является применение α-адреноблокатора в форме контролируемого высвобождения (OCAS).

• При сочетании симптомов опорожнения и накопления рекомендуется начинать лечение с комбинации альфа-адреноблокатора с мирабегроном, отдавая предпочтение мирабегрону в связи с благоприятным профилем безопасности.

• Комбинация мирабегрона и тамсулозина OCAS является хорошо изученной и представляется **предпочтительной** для купирования нарушений мочеиспускания у больных ДГПЖ.

• Целесообразно проведение длительной комбинированной терапии.

• После хирургических вмешательств возможно сохранение или появление новых СНМП, что является показанием для терапии мирабегроном. Целесообразно внести алгоритм ведения таких пациентов в клинические рекомендации.

**Выводы**

В заключение мероприятия П.И. Раснер подчеркнул, что взаимодополняющий механизм действия препаратов «Омник Окас» и «Бетмига» основан на разных точках приложения. Тамсулозин в форме OCAS действует на α1-адренорецепторы простаты и уретры 24 часа в сутки, расслабляя гладкую мускулатуру и улучшая симптомы опорожнения, а мирабегрон активирует β3-адренорецепторы детрузора, увеличивая расслабление стенки мочевого пузыря и улучшая симптомы накопления. Вместе они перекрывают оба компонента СНМП.

Лечение СНМП – это дорога длиною в жизнь. Клиническое наблюдение, разобранное на консилиуме, наглядно показывает, как пациент проходит несколько этапов развития заболевания и его терапии, что каждый случай индивидуален и требует вдумчивого подхода врача. На каждом этапе врачу приходится заново оценивать ситуацию, выбирать между консервативным и хирургическим лечением, между различными классами препаратов, учитывать сопутствующие заболевания, возраст, комплаенс и профиль безопасности препаратов. Главное – выбрать верный путь.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Евдокимов М.С., Спивак Л.Г. Эффективность ранней диагностики и приверженности к медикаментозной профилактике развития и прогрессии ДГПЖ. Экспериментальная и клиническая урология 2022;15(3).
2. Przydacz, M., Golabek, T., Dudek, P. et al. Prevalence and bother of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in Poland, an Eastern European Study. Sci Rep. 2020;10:19819.
3. Kawabe K, Homma Y, Kubota K, Sozu T; TAMSULOSIN LONG-TERM STUDY GROUP*. How frequent are invasive therapies required in patients receiving tamsulosin for benign prostatic hyperplasia? A retrospective long-term study. Int J Urol. 2006 Feb;13(2):127-31.
4. Narayan P, Evans CP, Moon T. Long-term safety and efficacy of tamsulosin for the treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2003 Aug;170(2 Pt 1):498-502.
5. Fusco F, Creta M, De Nunzio C, Iacovelli V, Mangiapia F, Li Marzi V, Finazzi Agrò E. Progressive bladder remodeling due to bladder outlet obstruction: a systematic review of morphological and molecular evidences in humans. BMC Urol. 2018 Mar 9;18(1):15.
6. Клинические рекомендации МЗ РФ «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы» 2024 г.
7. Herschorn S, Tarcan T, Jiang YH, Chung E, Abdul Hadi F, Steup A, Sumarsono B. Safety and efficacy of an α1 -blocker plus mirabegron compared with an α1 -blocker plus antimuscarinic in men with lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia and overactive bladder: A systematic review and network meta-analysis. Neurourol Urodyn. 2024 Mar;43(3):604-619.
8. Richardson K, Petersen I, Mattishent K, Enwo OO, Steel N, Edwards D, Panicker JN, Irving S, Fox C, Robinson L, Loke YK. Overactive bladder medications and risk of emergency hospital admissions with delirium in adults without dementia: self-controlled case series. Age Ageing. 2025 Aug 29;54(10):afaf308.
9. Taylor-Rowan M, Edwards S, Noel-Storr AH, McCleery J, Myint PK, Soiza R, Stewart C, Loke YK, Quinn TJ. Anticholinergic burden (prognostic factor) for prediction of dementia or cognitive decline in older adults with no known cognitive syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2021 May 5;5(5):CD013540.
10. Griebling TL, Campbell NL, Mangel J, Staskin D, Herschorn S, Elsouda D, Schermer CR. Effect of mirabegron on cognitive function in elderly patients with overactive bladder: MoCA results from a phase 4 randomized, placebo-controlled study (PILLAR). BMC Geriatr. 2020 Mar 18;20(1):109.
11. Singla N, Singla AK. Evaluation and Management of Lower Urinary Tract Symptoms After Outlet Surgery for Benign Prostatic Hyperplasia. Curr Bladder Dysfunct Rep. 2016 Sep;11(3):242-247.
12. Бадаква Г.В., Юсуфов А.Г., Богданов Д.А., Котов С.В. Медикаментозная и поведенческая терапия в лечении симптомов нижних мочевыводящих путей, сохраняющихся после оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Урология. 2025;1:5-10.



# Селективность без иллюзий

**Осенью этого года в Москве состоялась пресс-конференция, посвященная терапии симптомов нарушенного мочеиспускания. Основной темой осуждения стал выбор стратегии лечения с учетом состояния пациента. При длительной терапии большое значение имеет комплаентность. Она зависит от множества факторов, в том числе от селективности препарата, которая способствует снижению побочных эффектов.**



**д.м.н., профессор В.Л. Медведев**



**д.м.н. З.К. Гаджиева**



**д.м.н., профессор Х.С. Ибишев**

В пресс-конференции приняли участие:

• Владимир Леонидович Медведев – д.м.н., профессор, главный внештатный уролог и трансплантолог МЗ Краснодарского края, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ БО «КубГМУ» Минздрава России, заместитель главного врача НИИ-ККБ № 1 им. профессора Очаповского по урологии, руководитель уронефрологического центра, заместитель председателя РОУ, г. Краснодар.

• Заида Камалудиновна Гаджиева – 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 России (Сеченовский Университет), научный редактор журнала «Урология», заместитель исполнительного директора РОУ, г. Москва.

• Халид Сулейманович Ибишев – д.м.н., профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека РостГМУ, заместитель директора НИИ урологии РостГМУ, врач-уролог высшей категории, вице-президент Ассоциации урологов Дона, член правления РОУ, г. Ростов-на Дону.

Вела пресс-конференцию Виктория Анатольевна Шадеркина – уролог, CEO Uroweb.ru, г. Москва.

Открывая пресс-конференцию, В.А. Шадеркина поприветствовала коллег и поблагодарила за то, что они нашли время в своем плотном графике для посещения данного мероприятия. Она отметила, что вопросы терапии симптомов нарушенного мочеиспускания широко обсуждаются в научных публикациях, на симпозиумах и конференциях.

***В.А. Шадеркина: Почему тема лечения симптомов нарушенного мочеиспускания не теряет актуальности?***

**В.Л. Медведев:** К большому сожалению, на сегодняшний день мы окончательно не знаем этиопатогенез нарушений мочеиспускания. У каждого пациента есть различные предрасполагающие факторы. Поэтому у нас нет суперлекарства, которое позволило бы окончательно излечить пациента. Эту проблему мы обсуждаем с разными специалистами: морфологами, биохимиками, генетиками, эмбриологами. Но до сих пор ответа не нашли.

Тем не менее проблема распространенная. Если взять мужчин, то практически в интервале от 40 до 50 лет 30% из них страдают симптомами нижних мочевыводящих путей. А с возрастом количество и распространенность симптомов только увеличиваются. Поэтому эта проблема будет обсуждаться еще достаточно долго.

**З.К. Гаджиева:** Я задала себе вопрос: к счастью или к сожалению нам приходится много говорить об этой проблеме? К сожалению, потому, что практически каждый второй мужчина и многие женщины, особенно старшего возраста, страдают нарушениями мочеиспускания. Но и к счастью тоже. Ведь именно благодаря такой высокой распространенности, эту проблему широко обсуждают и изучают. Но на сегодняшний день все равно лечение, в основном, остаётся симптоматическим.

**Х.С. Ибишев:** Назначить симптоматический препарат просто. Но данные заболевания имеют сложный генез, который необходимо изучать.

***В.А. Шадеркина: Наверное, хорошо, когда остаются такие нерешенные вопросы, поскольку это двигатель науки. Важно понимать, что такая ситуация сейчас не только в России. Эта проблема актуальна во всем мире.***

**Х.С. Ибишев:** Да, проблема актуальна в Европе, США, Азии. Мы можем это увидеть по исследованиям, публикациям, семинарам, лекциям, количество которых во всем мире не снижается.

Подход к терапии в разных странах примерно одинаков. Препаратами первой линии по всем клиническим рекомендациям разных стран являются альфа1-адреноблокаторы: силодозин, тамсулозин, алфузозин. В разных клинических рекомендациях акценты могут отличаться, но в целом эти три стратегии являются основными и они доступны.



**Эксперты пресс-конференции справа налево: д.м.н., проф. В.Л. Медведев, д.м.н. З.К. Гаджиева, д.м.н., проф. Х.С. Ибишев, ведущая врач-уролог В.А. Шадеркина**

***В.А. Шадеркина: Сейчас врачи отдают предпочтение селективным препаратам. Можно сказать, что от назначения неселективных препаратов мы сейчас отошли. Я даже не могу представить ситуацию, в которой я бы назначила неселективный альфа1-адреноблокатор. Необходимо стремиться к персонализации лечения.***

**З.К. Гаджиева:** Это закономерно, потому что селективные препараты дают меньше побочных эффектов. Наши пациенты, как правило, имеют массу сопутствующих заболеваний. Так, примерно 40% больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) имеют еще артериальную гипертензию, растет количество больных сахарным диабетом. Конечно, сопутствующие заболевания необходимо учитывать при назначении препарата.

***В.А. Шадеркина: Если мы коснулись этой темы, давайте поговорим о том, что такое селективность и какой она бывает?***

**З.К. Гаджиева:** Мы изначально привыкли считать селективностью выборочное влияние на те или иные альфа1-адренорецепторы, то есть мы говорим в этом случае о рецепторной селективности. Для нас важно, чтобы препарат максимально блокировал альфа1A-адренорецепторы, минимально или вообще не затрагивал альфа1B-адренорецепторы. Это важно, чтобы снизить риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. И было бы неплохо воздействовать также на альфа1D-адренорецепторы, которые располагаются в детрузоре.

В упомянутой тройке препаратов есть те, которые действуют исключительно или преимущественно на альфа1A. Алфузозин [1] немного отличается. Он действует на все три адренорецептора, но при этом не выделяет какой-то подтип, но ему позволяет справиться с расстройствами мочеиспускания при низком риске побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы другой механизм достижения селективности.

**В.Л. Медведев:** Если говорить о побочных эффектах, необходимо четко понимать портрет нашего больного. Какой у него биологический и паспортный возраст? Отличаются ли они? Какова физическая форма пациента? Какие он принимает препараты по поводу сопутствующих заболеваний? Как часто посещает врача? Он может на протяжении многих лет принимать назначенный препарат и считать себя здоровым. А на самом деле у него серьезное сосудистое нарушения. Подходить к выбору стратегии лечения мы должны обязательно с учетом всех этих факторов.

Американские урологи чаще назначают алфузозин. Это связано с тем, что он имеет низкую частоту побочных эффектов, которые могли бы влиять на артериальное давление, вызывать головокружение и т. д. Необходимо вдумчиво подходить к выбору терапии, детально изучать индивидуальные особенности каждого пациента и назначать лечение, подходящее именно ему.

***В.А. Шадеркина: В чем разница между фармакологической и функциональной селективностью или они могут объединиться в одном препарате?***

**З.К. Гаджиева:** Были проведены интересные исследования именно по изучению фармакологической и функциональной селективности [2]. Сравнивали основные шесть альфа1-адреноблокаторов. Из привычных нам селективных препаратов в исследование входили тамсулозин и алфузозин. При сравнении различных видов селективности алфузозин показал хорошие результаты. По главному терапевтическому эффекту – снижению уретрального давления – алфузозин оказался впереди. Если говорить о функциональном действии, то степень снижения уретрального давления на фоне алфузозина в разных дозировках оказалась значимо высокой. Если говорить о влиянии на определенные рецепторы, то длительность связывания с альфа1B-адренорецепторами у алфузозина небольшая, что способствует снижению риска падения артериального давления. Алфузозин показал себя в этом исследовании как наиболее уроселективный препарат: он снижает уретральное давление без значимого влияния на артериальное давление, эффект стабилен во времени. Субтип-селективность для этого не имеет клинического значения.

**Х.С. Ибишев:** Функциональная селективность идет параллельно с клинической функциональностью. На первом месте всегда стоит пациент. Когда препарат хорошо переносится, повышается комплаентность и улучшаются результаты лечения.

Пациент с СНМП, как правило, не простой. Часто у него есть сопутствующие заболевания. Подбирать лечение приходится индивидуально, с учетом всех состояний, чтобы не усугубить какие-то уже существующие проблемы. Это зависит от фармакокинетических особенностей лекарственного средства. Клиническое действие зависит от простатоселективности препарата. И этим свойством в высокой степени обладает алфузозин. Чем выше простатотропность препарата, тем быстрее препарат поступает из кровотока в орган мишень (простата), и тем ниже риск побочных эффектов. Индекс простатотропности у алфузозина значительно превосходит таковой у прочих представителей группы альфа-адреноблокаторов. Это важные клинические аспекты, на которых следует акцентировать внимание. Они напрямую связаны с фармакокинетическими особенностями.

**З.К. Гаджиева:** Когда мы говорим о коморбидности, стоит вспомнить, что у нас также есть пациенты с метаболическим синдромом. Было проведено несколько исследований, которые изучали, как работают альфа1-адреноблокаторы у таких больных. Считается, что при метаболическом синдроме эти препараты работают хуже. Исследования показали, что алфузозин одинаково эффективно помогает больным и с метаболическим синдромом, и без него [3].

Хочу отметить еще один важный момент в плане побочных эффектов. Несколько лет назад активно обсуждалась тема влияния альфа1-адреноблокаторов на когнитивные способности. Высказывалось предположение, что применение этих препаратов может повышать риск деменции. Хочу привести данные масштабного исследования, которое охватило все мужское население Южной Кореи, имеющее ДГПЖ и получавшее терапию альфа1-адреноблокаторами [4]. Было доказано, что эти препараты не способствуют развитию когнитивных нарушений. Кроме того, оказалось, что алфузозин связан со снижением риска развития деменции с тельцами Леви [5]. Это происходит потому, что на фоне алфузозина увеличивается выработка АТФ головного мозга. Если препарат не только уменьшает СНМП, но и защищает от развития тяжелого варианта деменции, это можно назвать его дополнительным преимуществом.

***Функциональная селективность идет параллельно с клинической функциональностью. На первом месте всегда стоит пациент. Когда препарат хорошо переносится, повышается комплаентность и улучшаются результаты лечения***

***В.А. Шадеркина: Давайте вернемся к симптомам нарушенного мочеиспускания. Практикующие врачи знают, что когда мы назначаем альфа1-адреноблокаторы, некоторые пациенты не отвечают на монотерапию первой линии. Что делать в таком случае – менять препарат, дополнительно обследовать или вообще ничего не назначать?***

**З.К. Гаджиева:** До 63% больных не удовлетворены монотерапией альфа1-адреноблокатом. Почему? Потому что у них комбинированная симптоматика. Ирритативные симптомы обусловлены нарушением функции мочевого пузыря по типу гиперактивности. Одни только альфа1-адреноблокаторы в этом случае не помогут. Необходимо назначить дополнительно либо М-холиноблокатор, либо бета3-адреномиметик. Это утверждено клиническими рекомендациями. И тут тоже важно подбирать терапию индивидуально для каждого пациента. Конечно, для снижения риска побочных эффектов следует в первую очередь рассматривать селективные препараты. В основном М-холиноблокаторы – это третичные амины. Только троспия хлорид – это четвертичный амин. Среди третичных аминов высокой селективностью обладает солифенацин [1]. Это снижает риск развития побочных эффектов и повышает приверженность лечению. Существуют разные варианты комбинированной терапии с альфа-адреноблокаторами, в том числе алфузозин+солифенацин. Эта комбинация изучена и представлена в нашей стране. Но ее нужно подбирать очень внимательно. Не случайно мы сегодня говорили о коморбидности.

***В.А. Шадеркина: Надеюсь, что информация, которую мы предоставили нашей аудитории, если не изменит мнение, то как минимум заставит задуматься, какой препарат какому пациенту назначать.***

Завершая мероприятие, В.А. Шадеркина поблагодарила коллег за их экспертизу и пожелала удачи в образовательной и научной деятельности. Она подчеркнула, что важно постоянно повышать грамотность и профессионализм урологического сообщества, доносить актуальную информацию. От этого выиграют все – и врачи, и пациенты.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Общая характеристика лекарственного препарата Алфупрост МР ЛП-№(002422)-(РГ-RU) https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_smpc.
2. Martin DJ et al. Comparative alpha-1 adrenoceptor subtype selectivity and functional uroselectivity of alpha-1 adrenoceptor antagonists.The Journal of pharmacology and experimental therapeutics. 1997;282(1):228-235.
3. Altın S, Ozan T, İlhan S, İlhan N, Onur R. Metabolic syndrome does not impair the response to alfuzosin treatment in men with lower urinary tract symptoms: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Turk J Urol. 2015;41(3):125-31.
4. Tae BS, Jeon BJ, Choi H, Cheon J, Park JY, Bae JH. α-Blocker and Risk of Dementia in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia: A Nationwide Population Based Study Using the National Health Insurance Service Database. J Urol. 2019;202(2):362-368.
5. Hart A et al. Association of Terazosin, Doxazosin, or Alfuzosin Use and Risk of Dementia With Lewy Bodies in Men. Neurology. 2024;103(2):e209570.

# Троспия хлорид: эффективность и когнитивная безопасность.

## Два метаанализа – российский и международный опыт

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) – одна из наиболее частых дисфункций нижних мочевыводящих путей, существенно ухудшающая качество жизни пациентов. Распространенность ГМП у взрослых составляет от 15 до 25%. Фармакотерапия остается ведущим методом лечения, однако у значительной части больных неудовлетворительная переносимость антимускариновых препаратов становится препятствием для достижения клинического эффекта. О том, как результаты двух крупных метаанализов, объединивших российский и международный опыт, меняют представления о месте троспия хлорида в терапии ГМП, нам рассказал д.м.н., профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России **Игорь Валентинович Кузьмин**.



***– Игорь Валентинович, вы с соавторами опубликовали два метаанализа по применению троспия хлорида в лечении пациентов с ГМП – оценили его эффективность и переносимость. Почему потребовалось такое разделение?***

– Троспия хлорид используется для лечения ГМП уже более 30 лет. Накоплен огромный массив данных, но комплексной оценки его эффективности на основе российских и международных исследований до сих пор не проводилось. Мы поставили две задачи: оценить клиническую эффективность препарата у взрослых и детей и системно проанализировать его переносимость и когнитивную безопасность.

Разделение на два метаанализа позволило глубже проработать каждый аспект лечения – его эффективность и переносимость. В первый метаанализ вошли 28 исследований – 20 у взрослых и 8 у детей с общим число пациентов, получавших троспия хлорид, – 2807. Во второй – 23 исследования, 2244 пациента [1, 2].

***– Насколько весом вклад российских исследований в эти метаанализы?***

– Существенный. В первом метаанализе из 28 исследований 13 – российские. Во втором метаанализе из 23 исследований 14 выполнены в России. Во всех отечественных исследованиях использовали препарат Спазмекс® – это торговое название троспия хлорида в России. Речь идет не о единичных работах, а о многолетних наблюдательных программах и проспективных исследованиях, охватывающих сотни пациентов. Российские исследования дополнили мировую доказательную базу данными о применении высоких доз троспия хлорида, назначении препарата пациентам неврологического профиля, пожилым пациентам, а также использовании в педиатрической практике, что в зарубежных метаанализах представлено ограниченно [1, 2].

***– Каковы ключевые результаты по эффективности?***

– У взрослых троспия хлорид снижал частоту мочеиспусканий на 2,8–3,3 в сутки и уменьшал риск ургентного недержания на 71%. Средний объем мочеиспускания увеличивался более чем на 50 мл. У детей результаты оказались даже более выраженными: частота мочеиспусканий снижалась в среднем на 6,9 в сутки – с 16,2 до 9,3. Полное исчезновение недержания мочи отмечено у 46% детей. Объем мочеиспускания увеличился в среднем на 45–50 мл. Необходимо отметить, что проведенный метаанализ является первым, который посвящен изучению влияния троспия хлорида у детей. Полученные результаты для данной категории пациентов весьма обнадеживающие, однако ввиду преобладания наблюдательного характера и отсутствия плацебо-контроля они требуют подтверждения в рандомизированных контролируемых исследованиях [1].

***– Вы отметили тенденцию к дозозависимому эффекту. Что это значит для практики?***

– Метарегрессия по данным 13 исследований показала: доза троспия хлорида 60 мг/сут ассоциируется с более выраженным снижением частоты мочеиспусканий, чем 20–30 мг/сут. Различие в использованных дозах объясняет около 35% вариабельности эффекта между исследованиями. Для применения в клинической практике это означает возможность гибкого титрования дозы препарата, что позволяет подобрать индивидуальную терапию для каждого пациента. В Российской Федерации троспия хлорид доступен в таблетках по 5, 15 и 30 мг, что позволяет титровать дозу в широком диапазоне – от 5 до 90 мг/сут и выше. В российских наблюдательных программах, в частности в программе РЕСУРС, использовались дозы до 120 мг/сут [3, 4]. Такой опыт применения высокодозной терапии – важная особенность российских исследований.

***– Как ваши данные соотносятся с результатами других авторов?***

– Они согласуются с метаанализом G. Fröhlich и соавт. (2002) [5]. Сетевой метаанализ W. He и соавт. (2025) [6] также подтвердил, что троспия хлорид в дозе 60 мг/сут превосходит по эффективности другие пероральные препараты для лечения ГМП у пожилых пациентов. А работа J.W. Noh и соавт. (2019) [7] показала значимое снижение частоты мочеиспусканий и увеличение среднего объема мочеиспускания у детей.

***– Теперь о втором метаанализе. Каковы основные выводы по переносимости?***

– Ключевое преимущество троспия хлорида – значительно лучшая переносимость по сравнению с оксибутинином: сухость во рту возникает в 4–6 раз реже. Частота периферических нежелательных явлений, обусловленных системным антимускариновым действием, сопоставима с таковой у других М-холиноблокаторов, используемых для лечения ГМП. При этом частота прекращения терапии из-за плохой переносимости препарата сопоставима с плацебо – различие не достигло статистической значимости [2].

***– Вы упомянули сухость во рту. А как насчет головной боли?***

– Это важный показатель, потому что головная боль может быть признаком влияния на центральную нервную систему (ЦНС). В нашем анализе частота головной боли при приеме троспия хлорида составила 6,8%, при приеме плацебо – 7,6%. Различие оказалось статистически незначимым. То есть препарат не увеличивает частоту головной боли – это еще одно подтверждение его безопасности [2].

***– Главное преимущество троспия хлорида – когнитивная безопасность. В чем ее причина?***

– Это принципиальное отличие препарата от других антихолинергических средств. Троспия хлорид – гидрофильное положительно заряженное четвертичное аммониевое соединение. Другие М-холиноблокаторы – липофильные третичные амины, которые проникают через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) и могут вызывать когнитивные нарушения. Троспия хлорид благодаря своему заряду и крупным размерам молекулы не проникает через ГЭБ. Это подтверждается фармакокинетическими, нейрофизиологическими и клиническими данными. Троспия хлорид не оказывает негативного влияния на когнитивную функцию при назначении в высоких дозах, длительно и у пациентов с исходными неврологическими нарушениями [2].

***– Какие конкретно исследования это подтверждают?***

– В метаанализе обобщены данные нескольких ключевых работ. D. Staskin и соавт. (2010) показали, что троспия хлорид не определяется в спинномозговой жидкости у пожилых пациентов при приеме в дозе 60 мг/сут [8]. A. Pietzko и соавт. (1994) на здоровых добровольцах подтвердили отсутствие влияния на α- и β-активность головного мозга по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ) [9]. Российские исследования дополняют эту картину. Г.Г. Кривобородов и соавт. (2015, 2016) провели два исследования в рамках программы РЕСУРС с участием более 500 пациентов. Они показали, что профиль нежелательных явлений, включая связанные с ЦНС, не отличается от других возрастных групп [3, 4]. А исследование Е.С. Коршуновой и соавт. (2022) включало 60 пациентов с болезнью Паркинсона, принимавших троспия хлорид в дозах 30–90 мг/сут на протяжении 52 недель. Важный результат: у пациентов, ранее получавших оксибутинин или толтеродин, исходный балл по шкале МоСА был достоверно ниже. После перехода на троспия хлорид разница между подгруппами исчезла – когнитивный статус восстановился. Это показывает не просто отсутствие вреда, а обратимость когнитивных нарушений, вызванных другими М-холиноблокаторами [10].

***– Что показало сравнение с другими препаратами?***

– Согласно сетевому метаанализу W. He и соавт. (2025), по профилю безопасности троспия хлорид и толтеродин сопоставимы. При этом троспия хлорид может иметь преимущество в эффективности [6]. В другом сетевом метаанализе, включившем 69 исследований с участием более 26 тыс. пациентов, было показано, что большинство современных антимускариновых препаратов имеют сходный общий профиль безопасности при исполь-

зовании в стандартных стартовых дозах. Исключение – только оксибутинин в дозе 10 мг/сут и выше, переносимость которого достоверно хуже [11]. При сравнении ключевых показателей для стандартных доз троспия хлорид вызывает сухость во рту у 23% пациентов, оксибутинин – у 40–60%. Запоры при приеме троспия хлорида – около 10%, при оксибутинине – 15–20%. Отмена из-за нежелательных явлений – 7,3% и 7–16% соответственно. Приведенные диапазоны для оксибутинина отражают различия между исследованиями [2].

***– Есть ли особенности применения у детей?***

– В метаанализ переносимости включены результаты лечения 310 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Общая частота всех нежелательных явлений составила 4,2% – существенно ниже, чем у взрослых. Частота сухости во рту – 2,6%, запоры – 1,0%. В российских наблюдательных исследованиях при использовании доз от 5 до 45 мг/сут в зависимости от возраста нежелательных явлений, связанных с терапией, не зарегистрировано. В зарубежных исследованиях у детей частота нежелательных явлений составляла от 3,4 до 10% (преимущественно сухость во рту и запоры). Вероятно, различие связано с разными дозами и подходами к регистрации нежелательных явлений [2].

Важно подчеркнуть, что у детей троспия хлорид целесообразно назначать при неуспешности поведенческой терапии, тщательно взвешивая пользу и риск. Возможность гибкого дозирования позволяет индивидуализировать терапию.

***– Есть ли противопоказания, о которых должен помнить врач?***

– Как и любой М-холиноблокатор, троспия хлорид имеет стандартные противопоказания – закрытоугольная глаукома, значимое нарушение эвакуаторной функции мочевого пузыря (задержа мочи), тяжелые заболевания желудочно-кишечного тракта, миастения, тахиаритмия, индивидуальная непереносимость. Эти ограничения необходимо учитывать при назначении терапии.

***– Как оценивалось качество доказательств?***

– Мы использовали систему GRADE. Качество доказательств для большинства исходов у взрослых высокое, для детей – низкое. Анализ чувствительности подтвердил устойчивость результатов.

***– Какие ограничения у ваших метаанализов?***

– У взрослых метаанализ переносимости выполнен на основе краткосрочных рандомизированных клинических исследований (РКИ) – 3–12 недель, данных о долгосрочной безопасности недостаточно. В российских исследованиях использовались разные шкалы оценки когнитивной функции – МоСА и Мини-Ког, что может влиять на сопоставимость результатов. Прямые сравнения с толтеродином ограничены данными одного РКИ в формате тезисов конференции. У детей – отсутствие плацебо-контроля в большинстве исследований, малые выборки, преобладание наблюдательных исследований.

***– Для лечения какого пациента вы выберете троспия хлорид в первую очередь?***

– Троспия хлорид показал эффективность и хорошую переносимость у всех больных. Но в первую очередь это препарат выбора для категории так называемых уязвимых пациентов – пожилого возраста, с неврологическими и когнитивными нарушениями, у которых когнитивная безопасность препарата имеет решающее значение, у детей – при неуспешности поведенческой терапии после тщательной оценки пользы и риска [1, 2].

***– Как бы вы сформулировали итоговый посыл для практикующих врачей?***

– Троспия хлорид может рассматриваться как препарат первой линии антихолинергической терапии у взрослых с ГМП, особенно у пациентов пожилого возраста и лиц с высоким риском когнитивных нарушений. Это обусловлено сочетанием высокой клинической эффективности и когнитивной безопасности. У детей препарат так же показал эффективность, но его назначение требует взвешенного подхода. Также необходимо отметить, что, согласно инструкции, препарат разрешен к применению с 12-летнего возраста.

Важный итог наших исследований: переносимость троспия хлорида не зависит от формы заболевания – она одинакова у пациентов с нейрогенным и идиопатическим ГМП. Оптимальная стратегия для всех пациентов независимо от возраста, пола и формы ГМП – индивидуальный подбор дозы на основе оценки клинической эффективности и переносимости. Хорошая переносимость троспия хлорида повышает приверженность пациентов лечению, что особенно важно при длительной терапии ГМП.

Препарат доступен в таблетках по 5, 15 и 30 мг. Лечение обычно начинается с минимальной дозы с постепенным ее увеличением при недостаточном клиническом эффекте и удовлетворительной переносимости. Гибкость дозирования – существенное преимущество троспия хлорида перед другими препаратами с антимускариновой активностью.

Оба метаанализа выполнены без спонсорской поддержки.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Кузьмин И.В. и др. Оценка эффективности троспия хлорида в лечении гиперактивного мочевого пузыря: систематический обзор и метаанализ. Урология. 2026;(3):130-138.
2. Кузьмин И.В. и др. Оценка переносимости и когнитивной безопасности троспия хлорида в лечении гиперактивного мочевого пузыря: систематический обзор и метаанализ. Урология. 2026;(4):176-186.
3. Кривобородов Г.Г. и др. Высокие дозы троспия хлорида у больных гиперактивным мочевым пузырем вследствие неврологических заболеваний. Данные мультицентровой наблюдательной программы РЕСУРС. Consilium Medicum. 2015;17(12):64-67.
4. Кривобородов Г.Г. и др. Троспия хлорид в лечении гиперактивного мочевого пузыря у пациентов пожилого и старческого возраста с неврологическими заболеваниями (данные многоцентровой наблюдательной программы РЕСУРС). Consilium Medicum. 2016;18(7):55-59.
5. Fröhlich G. et al. Trospium chloride in patients with detrusor overactivity: meta-analysis of placebo-controlled, randomized, double-blind, multi-center clinical trials on the efficacy and safety of 20 mg trospium chloride twice daily. Int J Clin Pharmacol Ther. 2002;40(7):295-303.
6. He W. et al. Comparative assessment of oral medications for overactive bladder in older adults: a systematic review and network meta-analysis. Aging Male. 2025;28(1):2568729.
7. Noh J.W. et al. Efficacy and safety of anticholinergics for children or adolescents with idiopathic overactive bladder: systematic review and meta-analysis. Int Urol Nephrol. 2019;51(9):1459-1470.
8. Staskin D. et al. Trospium chloride is undetectable in the older human central nervous system. J Am Geriatr Soc. 2010;58(8):1618-1619.
9. Pietzko A. et al. Influences of trospium chloride and oxybutynin on quantitative EEG in healthy volunteers. Eur J Clin Pharmacol. 1994;47(4):337-343.
10. Коршунова Е.С. и др. Долгосрочная безопасность и эффективность троспия хлорида при лечении нейрогенного гиперактивного мочевого пузыря вследствие болезни Паркинсона – есть ли влияние на когнитивный статус? Урология. 2022;(6):71-77.
11. Kessler T.M. et al. Adverse events of antimuscarinics for overactive bladder: a network meta-analysis. PLoS One. 2011;6(2):e16718.



# Мужская фертильность и инкретины

Негативное влияние ожирения на мужскую фертильность доказано исследованиями. О том, какую помощь в его преодолении могут оказать инкретины, рассказывает ведущий научный сотрудник лечебно-диагностического отделения вспомогательных репродуктивных технологий ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. акад. И.И. Дедова», врач – уролог-андролог, к.м.н., доцент **Сергей Владимирович Боголюбов**.



***– Сергей Владимирович, какие ключевые патофизиологические механизмы связывают ожирение с нарушением мужской фертильности?***

– Можно выделить как минимум пять механизмов, которые включают копулятивные нарушения (либидо, эрекция, эякуляция); функциональный гипогонадизм; оксидативный стресс (ОС) вкупе с хроническим воспалением, а также нарушение генетики гамет (фрагментация ДНК, анеуплоидии сперматозоидов), изменение эпигенетического профиля сперматозоидов.

Ожирение у мужчины ассоциировано со снижением вероятности зачатия в паре. Еще ранние классические исследования (например, работа Sallmen и соавт., 2006) показали ассоциацию: каждые «лишние» 10 кг веса мужчины снижают вероятность наступления беременности в паре примерно на 10%. Кроме того, ожирение ассоциировано с эректильной дисфункцией (ЭД), что может дополнительно снижать вероятность естественного зачатия. Метаанализы показывают, что избыточная масса тела увеличивает риск ЭД в 1,3 раза, а клиническое ожирение – в 1,6 раза. Поэтому сегодня мы можем уверенно сказать: контроль массы тела для мужчины – это не вопрос эстетики, а полноценный, доказательный и совершенно необходимый этап терапии мужского бесплодия и сохранения сексуального здоровья.

***– Какова роль снижения массы тела в восстановлении репродуктивной функции?***

– Снижение массы тела – важная часть коррекции модифицируемого репродуктивного риска. Для фертильности важнее устойчивое улучшение метаболического здоровья, чем быстрое снижение цифры на весах. Практической целью может быть постепенная потеря 5–10% массы за несколько месяцев в сочетании с физической активностью и полноценным белковым рационом. Уменьшение висцерального жира снижает инсулинорезистентность, хроническое воспаление и окислительный стресс, способствует нормализации гормонального профиля; на этом фоне у части мужчин улучшаются концентрация, число и подвижность сперматозоидов, а также показатели целостности их ДНК.

***– Как инкретины влияют на массу тела, инсулинорезистентность и метаболический профиль и, тем самым, на репродуктивные показатели?***

– Инкретин-ориентированная терапия включает агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 - ГПП-1 (семаглутид – препараты Семавик и Семавик Некст), а также двойные агонисты рецепторов глюкозозависимого инсулинотропного полипептида и ГПП-1 - ГИП/ГПП-1 (тирзепатид- препарат Седжаро). Эти препараты снижают массу тела и висцеральный жир, улучшают чувствительность к инсулину, гликемический контроль и кардиометаболический профиль. Потенциальное улучшение гормонального статуса и параметров спермы, по-видимому, связано прежде всего с этой метаболической коррекцией, а не с прямой стимуляцией яичка.

Инкретины – это гормоны кишечника, которые регулируют аппетит, насыщение и углеводный обмен. Их фармакологические аналоги снижают энергетическое потребление, замедляют опорожнение желудка и усиливают глюкозозависимую секрецию инсулина. Уменьшение висцеральной жировой ткани ослабляет хроническое воспаление, липотоксичность и окислительный стресс; одновременно может снижаться ароматизация андрогенов и нормализоваться продукция глобулиниа, связывающего половые гормоны (ГСПГ). В результате у части мужчин повышается общий тестостерон; в отдельных исследованиях описано снижение эстрадиола, а показатели фолликулостимулирующуго гормона (ФСГ) при функциональном гипогонадизме могут сохраняться или повышаться, что создает благоприятные условия для сперматогенеза.

В небольших клинических исследованиях у мужчин с ожирением и метаболическими нарушениями сообщалось об улучшении концентрации, подвижности и других параметров спермы, однако надежных данных о повышении частоты естественного зачатия или живорождения пока нет.

В систематическом обзоре Deameh и соавт. (2026), включавшем 10 исследований с участием 639 мужчин, агонисты рецептора ГПП-1 ассоциировались с увеличением уровня общего тестостерона, особенно у мужчин с ожирением, сахарным диабетом (СД) 2-го типа или функциональным гипогонадизмом. Продукция гонадотропинов сохранялась или возрастала, а улучшение показателей спермы отмечалось у мужчин с исходными метаболическими нарушениями.

Рандомизированное контролируемое исследование Jensterle и соавт. (2019) сравнивало эффекты лираглутида и заместительной терапии тестостероном у мужчин с ожирением и вторичным гипогонадизмом. Через 24 недели уровень тестостерона вырос на 2,6 нмоль/л в группе лираглутида и на 5,9 нмоль/л в группе заместительной гормональной терапии. Принципиально важно, что лираглутид не подавлял продукцию гонадотропинов, наблюдалось повышение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) и ФСГ, что способствовало восстановлению оси гипоталамус–гипофиз–яички, в отличие от терапии тестостероном, которая ожидаемо снижала их по механизму отрицательной обратной связи.

Для мужчины с ожирением, функциональным гипогонадизмом и репродуктивными планами инкретиновая терапия может быть частью стратегии лечения основного метаболического заболевания наряду с питанием, физической активностью и коррекцией сна. Ее потенциальное преимущество перед заместительной терапией тестостероном состоит в том, что она не подавляет ось «гипоталамус–гипофиз–яички» и в доступных исследованиях не демонстрировала характерного для экзогенного тестостерона подавления продукции ЛГ и ФСГ.

***– Есть ли данные о прямом влиянии терапии ГПП-1/ГИП («Седжаро») на гормональный статус (тестостерон) и параметры эякулята у мужчин с ожирением?***

– Для тирзепатида – двойного агониста рецепторов ГИП/ГПП-1 (представленного в России под торговым наименованием «Седжаро»), данные о гормональном статусе у мужчин уже появляются, однако сведения о параметрах эякулята крайне ограничены.

В раннем пилотном исследовании на фоне тирзепатида отмечалась благоприятная динамика гормонального профиля у мужчин с ожирением и метаболическим гипогонадизмом; вероятный механизм связан со снижением массы тела и улучшением метаболического статуса. Прямое влияние тирзепатида на сперматогенез, фрагментацию ДНК сперматозоидов и вероятность зачатия пока не доказано.

Рецепторы ГПП-1 экспрессированы в клетках Лейдига, клетках Сертоли и сперматозоидах; их функциональная роль в репродуктивной системе мужчины продолжает изучаться. Исследование Martins и соавт. (2019) продемонстрировало присутствие рецепторов ГПП-1 в клетках Сертоли и определило их роль в энергетическом гомеостазе яичек. Работа Yin и соавт. (2025) показала, что лираглутид и семаглутид не оказывали прямого отрицательного влияния на концентрацию и подвижность сперматозоидов ни in vitro, ни in vivo.

Контролируемое исследование La Vignera и соавт. (2025) непосредственно сравнивало тирзепатид, заместительную терапию тестостероном и изменение образа жизни у мужчин с ожирением и гипогонадизмом. Терапия тирзепатидом ассоциировалась со статистически значимым увеличением уровней ЛГ, ФСГ, ГСПГ, свободного тестостерона и баллов шкалы МИЭФ-5, а также снижением уровня эстрадиола по сравнению с группами изменения образа жизни и заместительной терапии тестостероном. Однако период наблюдения составил лишь два месяца, а параметры эякулята, фрагментация ДНК сперматозоидов, естественное зачатие и живорождение не оценивали. Поэтому пока нельзя сделать вывод, улучшают ли двойные агонисты рецепторов ГИП/ГПП-1 качество спермы, целостность ДНК сперматозоидов или вероятность наступления беременности и живорождения.

Доклинические исследования также поддерживают возможный протективный эффект тирзепатида на мужскую репродуктивную систему. В модели СД 2-го типа у крыс препарат способствовал восстановлению уровней тестостерона, ЛГ и ФСГ, улучшал экспрессию генов, связанных со стероидогенезом, и предотвращал структур-

ные изменения ткани яичка. Одновременно отмечалось уменьшение оксидативного стресса и каспаза-3-зависимого апоптоза, вероятно, через активацию антиоксидантной системы Nrf2/Keap1, что сопровождалось улучшением показателей сперматогенеза.

***– Каковы основные клинические исследования, посвященные репродуктивным исходам на фоне терапии инкретинами? Какие выводы они позволяют сделать для практики уролога?***

– Клинических исследований у мужчин пока немного, и они в основном оценивают не наступление беременности или живорождение, а снижение массы тела, гормональный профиль, эректильную функцию и параметры эякулята. В целом они дают обнадеживающую, но пока не окончательную информацию: инкретиновая терапия может улучшать течение функционального гипогонадизма и отдельные параметры спермы у мужчин с ожирением, главным образом через метаболическую коррекцию, а не как самостоятельная терапия бесплодия.

Оценка доступных исследований показывает, что самые последовательные изменения касаются **массы тела, общего тестостерона, эстрадиола и эректильной функции**. Репродуктивные показатели изучены существенно слабее: для лираглутида есть отдельные данные об улучшении подвижности сперматозоидов, тогда как для тирзепатида клинические данные по эякуляту и фрагментации ДНК сперматозоидов пока отсутствуют.

Но уже сегодня можно сделать ряд выводов для практики уролога:

1. **Не следует назначать инкретины «от бесплодия»**. Агонисты рецепторов ГПП-1 и ГИП/ГПП-1 следует рассматривать при наличии общепринятых показаний к терапии ожирения или СД 2-го типа. Потенциальное улучшение репродуктивной функции – ожидаемый вторичный результат снижения висцеральной жировой массы, коррекции инсулинорезистентности, воспаления и функционального гипогонадизма.

2. **Инкретиновая терапия может быть метаболически обоснованной стратегией у мужчин репродуктивного возраста с ожирением и функциональным гипогонадизмом, если имеются стандартные показания к лечению ожирения или СД 2-го типа**. У мужчин с ожирением и функциональным вторичным гипогонадизмом инкретиновая терапия может увеличить уровень эндогенного тестостерона без характерного для заместительной терапии подавления продукции ЛГ и ФСГ. Это принципиально важно, поскольку экзогенный тестостерон способен угнетать сперматогенез и не применяется для лечения мужского бесплодия.

3. **Важно фиксировать исходные показатели, контролировать динамику.** До старта лечения целесообразно документировать массу тела, окружность талии, гликированный гемоглобин (HbA1c), липидный профиль, утренние уровни общего тестостерона, SHBG (ГСПГ), эстрадиола, ЛГ и ФСГ, исследовать повторно спермограмму при отклонении в первичном исследовании. Если есть привычные потери беременности, необъяснимое бесплодие или неудачи ВРТ, оправдано исследование фрагментации ДНК сперматозоидов по обычным андрологическим показаниям.

4. **Следует контролировать эффект в биологически корректный срок.** Массу, переносимость, питание, гликемию и гормональный профиль можно оценивать раньше, но повторную спермограмму разумно планировать не ранее чем через 3 месяца, чтобы оценить устойчивую динамику параметров эякулята; при необходимости исследование повторяют через 6 месяцев.

5. **Не пропустить альтернативную причину мужского бесплодия.** Ожирение не отменяет стандартный андрологический поиск: варикоцеле, генетических причин тяжелой олигозооспермии/азооспермии, обструкции, гиперпролактинемии, инфекционно-воспалительных факторов, лекарственных воздействий и первичной тестикулярной недостаточности.

Таким образом, инкретины могут быть полезны мужчине с ожирением и репродуктивными планами, если назначены по метаболическим показаниям. Они способны снижать жировую массу тела, инсулинорезистентность, улучшать гормональный профиль и отдельные параметры спермы. Но пока они не являются самостоятельным методом лечения мужского бесплодия, однако позволяют воздействовать на самый частый значимый сопутствующий фактор мужского бесплодия в виде ожирения. В настоящее время нет рандомизированных клинических исследований (РКИ), доказывающих влияние аГПП1/ГИП на частоту естественного зачатия, исходы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и живорождение.

***– В каких клинических ситуациях вы рассматриваете инкретиновую терапию (препаратом «Седжаро») как часть стратегии улучшения фертильности у мужчины (например, при сочетании ожирения, предиабета и гипогонадизма)?***

– Инкретиновую терапию целесообразно рассматривать у мужчины с бесплодием тогда, когда ожирение является клинически значимой частью его метаболического фенотипа, а не просто сопутствующей находкой. То есть препарат назначается по показаниям к лечению ожирения или СД, а возможное улучшение репродуктивных показателей рассматривается как дополнительный ожидаемый эффект снижения массы тела и коррекции метаболических нарушений.

Наиболее типичная ситуация – мужчина с индексом массы тела (ИМТ) > 30 кг/м$^2$ либо с ИМТ > 27 кг/м$^2$ при наличии связанных с массой тела осложнений: предиабета или СД 2-го типа, артериальной гипертензии, дислипидемии, метаболически ассоциированной жировой болезни печени, обструктивного апноэ сна. Если у такого пациента имеются признаки функционального вторичного гипогонадизма – снижение либидо, ЭД, низкий уровень утреннего тестостерона при низком или неадекватно нормальном уровне ЛГ, – снижение висцеральной жировой массы становится патогенетически значимой задачей.

Особенно важно обсуждать этот вариант у мужчины, который планирует отцовство и у которого экзогенный тестостерон нежелателен из-за риска подавления продукции ЛГ, ФСГ и сперматогенеза. Инкретины не являются заменой андрологического лечения, но могут помочь восстановить эндогенную работу репродуктивной оси через снижение веса, инсулинорезистентности, воспаления и избыточной ароматизации андрогенов в жировой ткани.

Инкретиновую терапию у мужчины с бесплодием не следует рассматривать как изолированное назначение уролога. Она должна проводиться в сотрудничестве с эндокринологом, поскольку основной объект лечения – ожирение как хроническое метаболическое заболевание, нередко сочетающееся с предиабетом, СД 2-го типа, дислипидемией, артериальной гипертензией, жировой болезнью печени и нарушениями сна.

Инкретиновая терапия у мужчины с ожирением и бесплодием – зона междисциплинарной ответственности. Роль уролога-андролога – выявить самостоятельные причины нарушения фертильности: варикоцеле, первичную тестикулярную недостаточность, генетические или обструктивные формы бесплодия, воспалительные заболевания, а эндокринолог определяет показания, необходимость лечения ожирения и его метаболических осложнений.

Такой подход позволяет снизить массу тела без откладывания андрологической диагностики, избежать необоснованного назначения экзогенного тестостерона мужчине, планирующему отцовство, создает условия для коррекции модифицируемых метаболических и репродуктивных факторов риска, может способствовать улучшению гормонального статуса и отдельных параметров эякулята.

***Список литературы в редакции***



# Функция против инфекции

## Почему необходима коррекция уродинамики

В рамках XXVI Конгресса Российского общества урологов с докладом, посвященным проблеме лечения рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей (ИМП) при наличии их функциональных нарушений, выступила заведующая группой уродинамики и нейроурологии отдела общей и реконструктивной урологии «НИИ урологии и интервенционной радиологии» им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ, к.м.н. **Виктория Валерьевна Ромих**



**Внимание к функциональным факторам**

В начале своего выступления В.В. Ромих, используя рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU) 2025 и 2026 гг., перечислила известные факторы риска рецидивирования ИМП. Это – аномалии строения мочевыводящих путей, их обструкция, конкременты, наличие остаточной мочи и пролапс тазовых органов у женщин. Однако, по ее мнению, этот список не охватывает всю картину. Необходимо также принимать во внимание и функциональные изменения, которые проявляются нарушением наполнения и опорожнения мочевого пузыря.

В.В. Ромих подвергла критике источники, на которые опираются Европейские рекомендации, где утверждается, что поллакиурия и ургентность в большинстве случаев являются признаками цистита. Она подчеркнула важность оценки функционального состояния нижних мочевыводящих путей, поскольку у пациенток, особенно пожилого возраста, мочеполовые симптомы далеко не всегда обусловлены циститом, диагноз которого должен подтверждаться лабораторными исследованиями.

В.В. Ромих привела данные исследования З.К. Гаджиевой (2009) [1], куда были включены 116 пациенток с хроническим рецидивирующим циститом и 51 пациентка с хроническим необструктивным пиелонефритом. З.К. Гаджиева впервые выявила связь ИМП и дисфункции нижних мочевыводящих путей. Функциональные нарушения нижних мочевыводящих путей были выявлены у 76,7% обследованных. Методами уродинамической диагностики было доказано наличие императивных расстройств мочеиспускания, связанных с гиперактивностью детрузора, нестабильностью уретры, гипотонии детрузора, детрузорно-сфинктерной диссинергии и функциональной обструкции. По итогам работы был сделан вывод, что воспалительные процессы в мочевыводящих путях у этих пациенток могли стать следствием функциональных нарушений, связанных с расстройством нервной регуляции этих органов. Взаимосвязь между дисфункцией и воспалением З.К. Гаджиева описала как «порочный круг», для разрыва которого необходимо патогенетическое лечение. По этой причине рекомендовалось сначала корректировать выявленную дисфункцию.

В.В. Ромих также привела результаты собственного исследования с соавторами, опубликованного в 2017 г. [2]. Из 50 женщин с хроническим рецидивирующим циститом у 76% при уродинамическом обследовании обнаружены выраженные функциональные расстройства мочеиспускания.

В структуре выраженных уродинамических нарушений на долю детрузорной гиперактивности в сочетании с функциональной инфравезикальной обструкцией высокой степени пришлось 57,9%, высокоамплитудная детрузорная гиперактивность зарегистрирована у 10,5% пациенток, высокое микционное давление – у 18,4%, комбинация высокого микционного давления с детрузорной гиперактивностью – у 13,2%.

В.В. Ромих подчеркнула, что подобные расстройства требуют адекватной терапии, а их устранение способно существенно улучшить результаты лечения симптомов рецидивирующего цистита.

Рассматривая взаимосвязь гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) и ИМП, В.В. Ромих обратила вынимание и на работу профессора И.В. Кузьмина [3], где подчеркивается, что «невылечивание» цистита или других ИМП может свидетельствовать о том, что одним из звеньев патогенеза является функциональное нарушение.

Также В.В. Ромих привела данные обзора Q.S. Ke, C.L. Lee и H.C. Kuo (2021) [4]. В нем показано, что хроническая бактериальная колонизация мочевого пузыря может усиливать проявления ГМП и выступать причиной рецидивирующей инфекции. С другой стороны, у пациенток с рецидивирующей ИМП часто встречаются дисфункция мочевыводящих путей, а именно гиперактивность детрузора. Согласно представленным данным, эти нарушения способны дополнительно повреждать уротелиальный барьер, снижая его устойчивость к уропатогенам и создавая предпосылки для хронизации процесса. Немаловажным фактором, влияющим на рецидивирование мочевой инфекции, является неблагоприятный функциональный статус мочевого пузыря, существующий при гиперактивности, а именно, нарушение правильного функционального ритма мочеиспусканий (учащение), недостаточное наполнение мочевого пузыря к моменту выраженного позыва и необходимости мочеиспускания, то есть маленькие порции мочи. Это не дает возможности «смыть» уропатогены, то есть осуществить «отмывание» мочевого пузыря, называемое в англоязычной литературе wash out therapy. По мнению В.В. Ромих, совпадающему с выводами работ авторов предыдущих исследований, это подтверждает необходимость учитывать функциональное состояние мочевого пузыря при «упорных» симптомах и повторных эпизодах инфекции.

**Фармакотерапия с учетом риска инфекции**

Далее В.В. Ромих обратилась к данным систематического обзора и метаанализа K. Tsubouchi и соавт. (2023) [5], охватившего 33 рандомизированных клинических исследования с участием 35 939 пациентов. Оценивалась частота ИМП на фоне фармакотерапии ГМП, а также риск задержки мочи, дизурии и/или увеличения объема остаточной мочи.

По результатам данного анализа, при оценке состояния через 1–3 месяца после начала лечения частота ИМП была статистически значимо выше у пациентов, получавших антимускариновые препараты, по сравнению с группой плацебо. При применении агонистов β3-адренорецепторов повышения частоты ИМП не наблюдалось.

Антимускариновые препараты также статистически значимо повышали риск задержки мочи, дизурии или увеличения объема остаточной мочи – нарушений, способствующих развитию ИМП. На фоне терапии агонистами β3-адренорецепторов такого эффекта не отмечено. По мнению В.В. Ромих, эти данные следует учитывать при выборе препарата для пациентов с ГМП и риском инфекции мочевыводящих путей.

В.В. Ромих также представила данные исследования Д.Р. Саяповой и соавт. (2020) [6], посвященного комплексному лечению хронического рецидивирующего цистита у женщин с ургентными позывами. Методом случайной выборки пациентки были распределены на две группы по 30 человек. Первая получала антибактериальную терапию в комбинации с мирабегроном 50 мг один раз в сутки, вторая – только антибиотики с учетом чувствительности.

Все участницы прошли ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы, уродинамические исследования с оценкой максимальной и средней скорости потока мочи, а также бактериологическое исследование мочи.

В группе комбинированной терапии средняя длительность пребывания в стационаре составила 11,2 дня против 15 дней в группе сравнения. При контрольной цистоскопии на 15-й день лечения у всех пациенток первой группы отсутствовали морфологические изменения мочевого пузыря, тогда как во второй группе у 20% наблюдалась трабекулярность.

У пациенток, получавших мирабегрон, зарегистрированы выраженное улучшение уродинамических показателей и урежение мочеиспусканий до семи раз в сутки. Снижение количества ургентных позывов отмечено у 83% пациенток первой группы и у 64% второй группы.

По мнению В.В. Ромих, представленные результаты подтвердили целесообразность коррекции функциональных нарушений, сопутствующих рецидивирующему циститу. Мирабегрон, используемый совместно с антибактериальной терапией, способствовал снижению выраженности симптомов и сокращению сроков стационарного лечения.

В заключение своего выступления В.В. Ромих предложила расширить перечень функциональных факторов риска ИМП за счет включения в него гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). Она охарактеризовала его как значимый фактор, который следует учитывать и лечить в рамках комплексной терапии инфекции.

В.В. Ромих подчеркнула, что пациентам с ГМП на фоне ИМП необходима комплексная терапия. С учетом данных о взаимосвязи ИМП и нарушений мочеиспускания, предпочтительным подходом она назвала лечение агонистами β3-адренорецепторов.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Гаджиева З.К. Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания. Автореф. дис. док. мед. наук. М., 2009. 369 с.
2. Ромих В.В. и др. Нарушения уродинамики нижних мочевых путей и их характер в группе женщин, страдающих хроническим рецидивирующим циститом. Урологические ведомости. 2017. Спецвыпуск.
3. Кузьмин И.В. и др. Гиперактивный мочевой пузырь, воспаление и инфекция мочевыводящих путей: патогенетические параллели. Урологические ведомости. 2024;14(1):65–79.
4. Ke QS, et al. Recurrent urinary tract infection in women and overactive bladder - Is there a relationship? Tzu Chi Med J. 2020;33(1):13–21.
5. Tsubouchi K, et al. Effect of Pharmacotherapy for Overactive Bladder on the Incidence of and Factors Related to Urinary Tract Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. J Urol. 2023;209(4):665–674.
6. Саяпова Д.Р., Зубков А.Ю. Комбинированная терапия в комплексном лечении хронического рецидивирующего цистита. Казанский медицинский журнал. 2020;4:603-608.

# Положительный посев мочи перед операцией: оперировать нельзя лечить

Выявление роста микрофлоры при бактериологическом исследовании (посеве) мочи перед эндоскопическим удалением камней почки ставит уролога перед дилеммой: перенести вмешательство или оперировать после антибактериальной терапии. Особенно сложно принять решение при отсутствии жалоб, когда после лечения, проведенного с учетом чувствительности возбудителя, по данным посева мочи вновь выявляется рост микроорганизмов. Всегда ли положительный контрольный посев служит основанием для отмены операции? И насколько гарантирует ее безопасность отрицательный результат?

**К.А. ШИРАНОВ, И.А. АБОЯН, М.А. ХИДИРБЕКОВ**
**ГБУ РО «КДЦ «Здоровье», Ростов-на-Дону**

### Бактериурия и клиническая инфекция

Прежде всего необходимо различать бессимптомную бактериурию и инфекцию мочевыводящих путей с клиническими проявлениями. Положительный посев мочи не всегда свидетельствует о наличии симптоматической инфекции мочевыводящих путей. У пациента с мочеточниковым стентом или нефростомическим дренажом положительный посев может отражать бактериальную колонизацию дренажа с формированием биопленки. Однако отсутствие симптомов не устраняет риск инфекционных осложнений при проведении оперативного вмешательства.

При системной инфекции плановое удаление камня верхних мочевыводящих путей необходимо отложить. В случае сочетания инфекции с обструкцией верхних мочевыводящих путей требуется срочное их дренирование и немедленное начало антибактериальной терапии. К удалению камня возвращаются после стабилизации состояния пациента и купирования инфекции [1].

При бессимптомной бактериурии подход отличается. Перед эндоурологическими вмешательствами с нарушением целостности слизистой оболочки показана антибактериальная терапия с учетом чувствительности выделенного возбудителя [2]. Поэтому вопрос о возможности операции при сохраняющемся положительном посеве возникает у пациентов, которые получили адекватную антибактериальную терапию и не имеют признаков активной инфекции.

### Нужно ли добиваться отрицательного контрольного посева

Необходимость лечения бактериурии и обязательность подтверждения ее эрадикации представляют собой разные вопросы. В российских клинических рекомендациях по мочекаменной болезни 2024 г. предлагается предпринять попытку «медикаментозной стерилизации» мочи с последующим контрольным бактериологическим исследованием. При сохранении бактериурии допускается хирургическое вмешательство на фоне антибактериальной профилактики с учетом чувствительности к антибиотикам выделенного возбудителя при условии подробного информирования пациента о повышенном риске инфекционных осложнений [3]. Таким образом, положительный результат контрольного посева мочи не является безусловным основанием для отмены операции.

В ретроспективном исследовании Sahin и соавт. (2024) оценены результаты эндоскопического удаления камней почки у 170 пациентов с исходно положительным посевом мочи. После антибактериальной терапии у 85 больных отрицательный результат подтвердили повторным посевом, у остальных 85 пациентов контрольное бактериологическое исследование не выполняли. Частота фебрильной температуры у пациентов составила 11,8% в обеих группах, сепсиса – 4,7 и 2,4% соответственно. Статистически значимых различий не выявлено [4]. Однако у пациентов второй группы перед хирургическим вмешательством отсутствовали признаки инфекции по данным анализа мочи. Поэтому выводы этой работы нельзя непосредственно переносить на больных с подтвержденной сохраняющейся бактериурией.

В проспективном исследовании Zheng и соавт. (2025) участвовали 147 пациентов с исходно положительным посевом мочи, которым перед перкутанной нефролитотрипсией (ПНЛ) проводили в течение 5–7 дней антибактериальную терапию согласно результатам определения чувствительности к антибиотикам при проведении бактериологического исследования. Непосредственно перед вмешательством бактериурия сохранялась у 11 больных. Статистически значимых различий по частоте синдрома системной воспалительной реакции и сепсиса между пациентами с положительным и отрицательным контрольным посевом не выявлено [5]. Вместе с тем небольшая численность группы с сохраняющейся бактериурией ограничивает возможность оценки редких тяжелых осложнений.

Таким образом, необходимость подтверждения эрадикации возбудителя после проведенного лечения остается дискуссионной. Однако имеющихся данных недостаточно для универсального отказа от контрольного посева или вывода об одинаковой безопасности вмешательства при положительном и отрицательном результатах.

### Сохраняющаяся бактериурия требует пересмотра риска

В исследовании Bosio и соавт. (2026) проанализированы результаты 1122 ретроградных интраренальных вмешательств (РИРХ). После антибактериальной терапии с учетом чувствительности возбудителя бактериурия сохранялась в 19,6% случаев и была независимым предиктором инфекционных осложнений: ОШ 1,80; 95% ДИ 1,06–3,08; p=0,03 [6]. Сохраняющуюся после лечения бактериурию следует рассматривать как маркер повышенного инфекционного риска. Перед операцией необходимо повторно оценить чувствительность возбудителя, адекватность проведенной терапии и состояние дренажей. При выборе сроков и объема вмешательства следует учитывать его предполагаемую продолжительность и возможность обеспечить эффективный отток ирригационной жидкости во время операции. Определить оптимальный срок вмешательства на основании имеющихся данных пока невозможно.

### Сколько лечить до операции

Универсальная продолжительность предоперационной антибактериальной терапии для всех пациентов и вмешательств не установлена. В исследовании консорциума EDGE, включавшем 123 пациента с умеренным или высоким инфекционным риском перед ПНЛ, при многофакторном анализе шансы развития сепсиса при двухдневной схеме были выше, чем при семидневной: ОШ 3,1; 95% ДИ 1,1–8,9; p=0,031 [7].

В то же время Patel и соавт. (2023) в рандомизированном исследовании 80 пациентов с положительным посевом перед ПНЛ не выявили преимущества семидневного курса перед схемой с назначением антибиотика за 48 ч до операции и продолжением в течение 48 ч после нее [8]. При интерпретации этих результатов необходимо учитывать различия в составе пациентов и протоколах антибактериальной терапии. Данные по ПНЛ нельзя автоматически переносить на РИРХ. Антибактериальная профилактика не заменяет контроля внутрипочечного давления и температуры.

### Безопасность во время вмешательства

Отрицательный результат посева средней порции мочи не исключает присутствия микроорганизмов в камне или чашечно-лоханочной системе. Поэтому при ПНЛ Европейская ассоциация урологов рекомендует по возможности получать для микробиологического исследования мочу из почечной лоханки и/или фрагменты камня. Полученные результаты помогают установить возбудителя и скорректировать антибактериальную терапию при развитии послеоперационных инфекционных осложнений [1].

Во время РИРХ необходимо обеспечивать адекватный отток ирригационной жидкости и ограничивать продолжительность повышения внутрипочечного давления. Этому может способствовать применение аспирационного мочеточникового кожуха. При лазерной литотрипсии следует учитывать возможность повышения температуры ирригационной жидкости, особенно при продолжительной активации лазера и недостаточном оттоке [1]. Антибактериальная профилактика не заменяет контроля внутрипочечного давления и температуры.

При лечении пациентов со сложными камнями почки целесообразность этапного вмешательства следует оценивать до начала операции. Техническая возможность продолжить литотрипсию не всегда означает, что дальнейшее вмешательство безопасно. При сохраняющейся бактериурии особенно важно сопоставлять стремление удалить камень за один сеанс с продолжительностью вмешательства, внутрипочечным давлением и эффективностью оттока ирригационной жидкости.

Таким образом, положительный посев мочи требует антибактериальной терапии и оценки инфекционного риска. При активной инфекции плановое удаление камня верхних мочевыводящих путей откладывают, а при обструктивном пиелонефрите первым этапом восстанавливают отток мочи. После адекватной терапии сохраняющаяся бессимптомная бактериурия не является абсолютным противопоказанием к вмешательству, но указывает на повышенный риск инфекционных осложнений. Решение о сроках операции принимают индивидуально с учетом состояния пациента, чувствительности возбудителя, наличия и состояния дренажей, характеристик камня и предполагаемой продолжительности вмешательства.

***Список литературы в редакции***

# Классический и модифицированный варианты континентной кожной уродеривации по Kock: что удалось улучшить

В связи с увеличением числа случаев рака мочевого пузыря в России и в мире, а также ввиду других состояний, требующих цистэктомии и экзентерации тазовых органов (опухоли иных локализаций, врожденные аномалии, травматическое или воспалительное поражение мочевого пузыря, приводящее к его анатомической и функциональной несостоятельности, мучительный лучевой цистит, не поддающиеся коррекции пузырно-влагалищные свищи, терминальная стадия интерстициального цистита и тяжелая нейрогенная дисфункция мочевого пузыря), существенно повысилась необходимость в эффективных методах отведения мочи [1–4].

**В.А. ПЕРЕПЕЧАЙ[1, 2], С.И. СЕНИН[2], О.Н. ВАСИЛЬЕВ[1]**

**[1]ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия;**

**[2]Ростовская клиническая больница ЮОМЦ ФМБА России, Ростов-на-Дону, Россия**

В мировой практике уже более четырех десятилетий успешно применяются методики континентной уродеривации (УД). В специализированных центрах бóльшая часть пациентов (60–75%) получает именно такой способ отведения мочи. Тем не менее в широкой клинической практике у большинства пациентов (60–65%) по-прежнему выполняется уродеривация с использованием инконтинентных методик. Это расхождение обусловлено, главным образом, недостаточным опытом и подготовкой урологов, выполняющих цистэктомию, а также бытующим мнением о повышенном риске осложнений при континентной уродеривации. Однако экспертные центры по всему миру доказательно опровергают это мнение. В этой области все еще много неясностей и недостаточно качественных, научно обоснованных данных [5]. К потенциальным недостаткам континентной кожной уродеривации (ККУД) ряд авторов относят бóльшую продолжительность анестезии и более высокий риск осложнений, ухудшающих функциональный результат, что обоснованно опровергается другими исследователями [5]. Пациенты с ККУД демонстрируют самые лучшие показатели удержания мочи, но в ряде случаев сталкиваются с риском стеноза стомы, отдаленной несостоятельностью удерживающего механизма и развитием инконтиненции. На сегодняшний день ККУД – это устоявшаяся практика, а не экспериментальная методика, и ее следует рассматривать в качестве надежной альтернативы для любого пациента после цистэктомии [6, 7]. Вместе с тем различные варианты ККУД становятся все менее распространенными. И на учебные центры, и на хирургов, регулярно выполняющих эти операции, ложится ответственность за передачу опыта, накопленного за последние десятилетия, чтобы предоставлять пациентам полный спектр вариантов уродеривации, принимая во внимание высокую удовлетворенность множества пациентов с ККУД во всем мире, живущих с высоким качеством жизни [5, 8, 9]. Классическая континентная кожная уродеривация по Kock в модификации D.G. Skinner выполнена нами у 13 (23,2%) пациентов (I группа). С целью нивелирования выявленных недостатков методики нами разработан оригинальный способ континентной гетеротопической умбиликальной илеоцистопластики (Патент на изобретение РФ RU 2785265 C1) и применен после цистэктомии у 43 (76,8%) больных. При этом модифицированная ККУД по Kock выполнена у 27 (48,2%; II группа) больных открытым способом, а у 16 (28,6%; III группа) – с лапароскопическим этапом цистэктомии и резекции сегмента тонкой кишки для целей уродеривации. Таким образом, мы представляем самую большую в России серию ККУД по Kock из 56 пациентов. Сравнительному анализу подвергнуты группы I–II и II–III. Количество коморбидных больных во всех группах достоверно не разнилось. Однако при анализе индекса коморбидности Charlson, скорректированного на возраст, выявлена преобладающая коморбидность в III группе. В этой же группе выявлена достоверно меньшая предполагаемая десятилетняя выживаемость. По остальным показателям достоверной разницы между группами не зарегистрировано. Показатели смертности в отдаленном периоде и выбывание пациентов из исследования нарастали при увеличении сроков наблюдения, что показано многофакторным регрессионно-корреляционным анализом (от r=0,17 до r=0,25), не выявившим статистически значимых различий по этим показателям между группами (p>0,05 по критерию F Фишера). Частота наличия рака мочевого пузыря, как показание к радикальной цистэктомии, достоверно не разнилась у пациентов всех групп: I – 69,2%, II – 70,4% и III – 68,7% (p>0,05). Больные с неонкологическими заболеваниями распределись по группам с достоверно равной частотой (I – 30,8%, II – 29,6% и III – 31,3% (p>0,05). Таким образом, проведенный всесторонний анализ отобранных для сравнения клинических групп подтвердил достаточное количество пациентов в каждой из групп, однородность анализируемых когорт больных по основным сравниваемым показателям. В работе проанализированы отдаленные клинические и функциональные результаты последовательной серии из 56 больных, перенесших цистэктомию и ККУД с 1995 по 2022 г. Данные до- и послеоперационного периодов, включая все последующие посещения и анкетирования в сроки 3, 6, 12, 24 месяца и далее 1 раз в 3 года, были формализованы и проспективно введены в единую базу данных программы Microsoft Access 2021 (Microsoft Corporation, USA). Статистическая обработка проводилась в модулях программ Statistica 10.0 (StatSoft, USA) и BioStat 2009 (AnalystSoft Inc., USA). Средняя длительность операций в группах составила: I – 489,4±73,3 мин (LQ:380, UQ:570); II – 386,2±74,7 мин (LQ:290, UQ:495); III – 423,4±56,8 мин (LQ:340, UQ:510). Средняя кровопотеря составила: I – 635±228 мл (LQ:350, UQ:1050); II – 439±180 мл (LQ:200, UQ:700); III – 323±81 мл (LQ:150, UQ:450). Средняя интраоперационная кровопотеря была достоверно ниже у пациентов III группы (323 мл), чем у пациентов II группы (439 мл) (тест Манна–Уитни p=0,034) в 1,4 раза. Средняя частота и объем гемотрансфузий: I – 7 (53,8%) – 494,3±209,7 мл (LQ:260, UQ:730); II – 11 (40,7%) – 408,4±213,3 мл (LQ:193, UQ:765); III – 2 (12,5%) – 365,5±47,4 мл (LQ:323, UQ:390). Частота и объем гемотрансфузий были минимальными у пациентов III группы в сравнении с пациентами I и II групп (Хи-квадрат $Хи^2$=6,57, p=0,010). Средняя продолжительность госпитализаций: I – 22,9±5,1 суток (LQ:17, UQ:32); II – 18,8±4,2 суток (LQ:13, UQ:26); III – 13,5±3,4 суток (LQ:8, UQ:19). В группе III средняя длительность госпитализации сократилась на 5,3 суток в сравнении с открытым вариантом операции во II группе – 13,3 против 18,8 суток (Хи-квадрат $Хи^2$=9,51, cc=4, p=0,022). Нами подробно проанализированы повторные операции в сравниваемых группах пациентов в послеоперационном периоде. Частота повторных операций в сравниваемых группах в раннем, позднем и отсроченном послеоперационном (>90 суток) периодах (не связанных с УД) достоверно не различалась, а частота повторных хирургических вмешательств на одного пациента в эти периоды оказалась наименьшей в III группе (p>0,05). Среди отсроченных повторных операций, связанных с УД, выполнялись резервуаролитотрипсии, иссечение пролабировавшей сетки клапана и дистанционная литотрипсия (ДЛТ) конкрементов почек. Резервуаролитотрипсии выполняли чаще в I группе в сравнении со II группой, с частотой на одного пациента 0,384 (38,4% больных) и 0,295 (25,9% пациентов) соответственно. Иссечение пролабировавшей сетки клапана понадобилось у 23,1% больных (с частотой на одного пациента 0,231) в I группе и у 3,7% больных (с частотой на одного пациента 0,037) во II группе. Таким образом, частота иссечения пролабировавшей сетки клапана при модифицированной операции снизилась в 6,2 раза. Наиболее частыми отсроченными повторными, связанными с УД операциями, являлись перкутанное лечение конкрементов верхних мочевыводящих путей и ревизии клапана. Частота этого типа операций на одного пациента в группах составила: I – 0,615 (23,1%), II – 0,185 (11,1%) и III – 0,125 (12,5%). Достоверная разница достигнута при сравнении групп I и II (p<0,05) с бóльшей частотой операций на одного пациента в группе I. Итоговым анализом всех отсроченных связанных с УД повторных операций выявлена достоверная разница в их частоте между всеми сравниваемыми группами (p<0,05). Обращает на себя внимание то, что частота ревизий клапана при классической операции в I группе потребовалась 30,8% пациентов, тогда как при модифицированной операции – II + III группы –7,0% больных. Таким образом, частота ревизий клапана снизилась в 4,4 раза при использовании модифицированной техники формирования клапана по Kock. Общие показатели всех операций отсроченного периода наглядно демонстрируют достоверную разницу в частоте повторных опе-

раций – в 3,0 раза бóльшую в I группе в сравнении со II группой (p<0,05). Также достоверная разница получена при сравнении II и III групп – в 2,8 раза в пользу III группы (p<0,05). Результирующий анализ итоговых показателей за все периоды наблюдения выявил ту же закономерность: частота повторных операций на одного пациента оказалась в 2,9 раза ниже во II группе против I группы и в 2,7 раза выше в сравнении с III группой (p<0,05). Повторные госпитализации в течение 90 дней после операции потребовались пациентам во всех группах: I – 23,1%, II – 11,1% и III – 6,3%. В отсроченном послеоперационном периоде те же показатели составили: I – 61,5%, II – 25,9% и III – 12,5%. Госпитализации в I группе достоверно превышали количество госпитализаций в сравнении с остальными группами (p<0,05), тогда как между группами II и III достоверной разницы не выявлено (p>0,05). По полученным нами данным, модификация операции Kock привела к снижению частоты образования конкрементов в резервуаре в 1,4 раза в группе II (22,2%, с частотой на одного пациента – 0,222) в сравнении с группой I (30,8%, с частотой на одного пациента – 0,308), несмотря на отсутствие статистической достоверности (p>0,05). Коррекция клапана Kock при его недостаточности потребовалась 7,7% больных, с частотой на одного пациента – 0,077 в I группе ОЦЭ+Kock. Основной задачей исследования явилось сравнение функциональных результатов между классическим (I группа) и модифицированным (II + III группы) резервуарами Kock. Используя данные клинического обследования (ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) с контрастированием, резервуарография, -скопия), данные функциональных исследований (комплексное уродинамическое исследование), анкетирования больных, нами анализированы функциональная и анатомическая емкость резервуаров, внутрипросветное давление, частота ночных и дневных аутокатетеризаций, их беспрепятственность, характеристики континенции. Компьютерная томография с контрастированием, выполняемая в контрольные сроки с целью онкологического мониторинга, кроме того, позволяла оценить уродинамику верхних мочевыводящих путей, конфигурацию, размеры и пространственное расположение гетеротопических резервуаров и мочеточниково-кишечных анастомозов с контролем ретенционных изменений (*рис.*).

Функциональная емкость классического и модифицированного резервуаров Kock сразу после удаления катетера составила 80–130 мл (ср. 102 мл) и 70–140 мл (ср. 96 мл), через 3 месяца – 320–400 (ср. 356 мл) и 320–390 (ср. 346 мл), через 6 месяцев – 470–670 мл (ср. 550 мл) и 470–640 мл (ср. 523 мл), через 12 месяцев – 470–740 мл (ср. – 611 мл) и 490–720 мл (ср. – 592 мл) соответственно. По мере увеличения времени послеоперационного наблюдения в первые 6 месяцев происходит достаточно быстрое увеличение функциональной емкости резервуаров с исходных 102 мл до 550 мл, а в последующие 6 месяцев этот прирост оказывается незначительным, с достижением объема резервуаров примерно 600 мл и остается в дальнейшем стабильным. Анатомическую емкость резервуаров определяли при выполнении резервуароскопии под анестезией при пассивной ирригации, подогретой до 37,0 °С жидкости с уровня 40 см от резервуара до момента прекращения тока ирригационного раствора. Средние показатели анатомической емкости резервуаров в группах сравнения через 12 месяцев достоверно не отличались (p>0,05) и соответствовали средней емкости 736,0 мл. Одним из методов достоверной оценки перистальтической активности резервуара с динамикой внутрипросветного давления, его емкости и объема возникновения первых ощущений наполнения и последующих уверенных позывов являлось комплексное уродинамическое исследование. Среднее (базовое) давление при наполнении резервуара в классическом и модифицированном резервуарах Kock достоверно не разнилось и не превышало значения 40 см $H_2O$ в обеих группах к 12 месяцам наблюдения. Перистальтическая активность с пиковыми подъемами давления в резервуаре уменьшается в течение первого полугодия и становится практически незначимой к исходу 12 месяцев после операции, оставаясь в дальнейшем без значимой динамики. К 12 месяцам наблюдения средние интервалы между катетеризациями в обеих группах составили 4–6 часов. При этом в обеих группах около 10% пациентов выполняли аутокатетеризации с частотой 3–5 часов, 80% – с частотой 4–7 часов и около 10% заявляли об интервалах между катетеризациями до 6–10 часов. О беспрепятственной аутокатетеризации сообщили 69,2% пациентов в группе классического резервуара Kock и 93,0% в группе модифицированного резервуара Kock. Таким образом, частота затрудненной катетеризации в группе модифицированной операции снизилась на 23,9% – в 4,5 раза в сравнении с классической операцией Kock. Функциональная недостаточность клапана (потери мочи через клапан) отмечена у 30,8% пациентов при классической операции и у 14,0% больных при модифицированной операции. Модификация операции позволила снизить частоту инконтиненции на 16,1% – в 3,3 раза. Таким образом, полностью сухими в группе классической операции оставались 69,2 и 86,0% пациентов – в группе модифицированной операции. Функциональный успех мы определяли как социально приемлемую континенцию с использованием пациентами не более одной прокладки в день или меньше. В соответствии с этим континентными оставались 76,9 и 93,1% больных в сравниваемых группах соответственно, с улучшением результатов на 16,2% (в 1,2 раза) при модифицированном резервуаре Kock. Таким образом, использование модифицированной техники выполнения ККУД по Kock при открытой цистэктомии (ОЦЭ) позволило сократить время операции в 1,3 раза, прежде всего за счет формирования только одного удерживающего клапана вместо двух при классической операции. Выполнение лапароскопического этапа цистэктомии и резекции кишечного сегмента при модифицированной операции привело к снижению объема хирургической травмы, кровопотери, частоты и объема гемотрансфузий, а также достоверно сократило среднюю длительность послеоперационного стационарного пребывания. Сравнение частоты осложнений и связанных с ними повторных операций в раннем и позднем послеоперационных периодах не показало достоверной разницы между классической и модифицированной ККУД по Kock, которая была выявлена лишь в отсроченном послеоперационном периоде и касалась преимущественно операций, связанных с УД. Преимущества модификации ККУД (модифицированная операция Kock против классической), хирургических доступов (лапароскопический против открытой операции) в снижении частоты осложнений и обусловленных ими повторных операций, становятся определяемыми только при учете результатов отсроченного послеоперационного периода, которые не попадают в большинство стандартных хирургических отчетов. У большей части наших пациентов достигнут интервал между аутокатетеризациями 4 часа и более, что обусловливает хорошую социальную адаптацию. Несмотря на отсутствие достоверной разницы, в группе модифицированной операции мы получили лучшие функциональные результаты – долгосрочную надежность модифицированного клапана Kock, адекватную беспрепятственную аутокатетеризацию и лучшую континентность у подавляющего большинства пациентов. Становится очевидным, что, несмотря на угасающую популярность традиционной гетеротопической континентной уродеривации по Kock, это безоговорочно обедняет арсенал современной реконструктивной урологии – ее модифицированная версия представляет собой перспективный инструмент в руках современного уролога. Дальнейшие исследования, направленные на детальное изучение эффективности и безопасности ККУД, а также на сравнение ее с другими современными подходами, помогут окончательно определить ее место в алгоритмах лечения пациентов, нуждающихся в уродеривации, оптимизации результатов лечения и повышению качества жизни пациентов, нуждающихся в отведении мочи, при невозможности ортотопической уродеривации.

***Несмотря на угасающую популярность традиционной гетеротопической континентной уродеривации по Kock, это безоговорочно обедняет арсенал современной реконструктивной урологии – ее модифицированная версия представляет собой перспективный инструмент в руках современного уролога***

***Рисунок. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием модифицированного континентного резервуара Kock (срок наблюдения 12 месяцев)***



**ЛИТЕРАТУРА**

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2021 г. (заболеваемости и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022; 252 с.
2. Матвеев В.Б., Гриднева Я.В., Паяниди Ю.Г., Кислый Н.Д. Улучшение качества жизни больных после радикальных операций на органах малого таза. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2011;(4):43-45.
3. Cody JD, Nabi G, Dublin N, McClinton S, Neal DE, Pickard R, Yong SM. Urinary diversion and bladder reconstruction/replacement using intestinal segments for intractable incontinence or following cystectomy. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Feb 15;2:CD003306. PMID: 22336788. https:// doi.org/10.1002/14651858.CD003306.pub2
4. Атдуев В.А., Любарская Ю.О., Ледяев Д.С., Кушаев З.К. Отдаленные функциональные результаты ортотопической деривации мочи по Studer и VIP после радикальной цистэктомии у женщин. Вестник урологии. 2020;8(2):10-20.
5. Daneshmand S. Urinary Diversion. Los Angeles (CA): Springer Cham; 2017; 185 pp. ISBN 978-3-319-52186-2. https://doi.org/10.1007/978-3- 319-52186-2
6. Коган М.И., Васильев О.Н., Перепечай В.А., Иванников В.В. Онкологические и функциональные результаты ортотопической кишечной цистопластики после радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря. Медицинский вестник Юга России. 2012;(3):38-43.
7. Козлова П.С., Нюшко К.М., Горбач В.А., Алексеев Б.Я. Методики формирования неоцистуретроанастомоза при ортотопической пластике мочевого пузыря после радикальной цистэктомии. Исследования и практика в медицине. 2020;7(2):109-115.
8. Skinner DG, Lieskovsky G, Boyd SD. Continuing experience with the continent ileal reservoir (Kock pouch) as an alternative to cutaneous urinary diversion: an update after 250 cases. J Urol. 1987;137(6):1140-5.
9. Перепечай В.А., Спицын И.М., Васильев О.Н., Коган М.И. Континентная или инконтинентная гетеротопическая уродеривация: что выбрать? Клиническая практика. 2017;8(1):50-57

# Простамол® Уно

пальмы ползучей плодов экстракт

## Патогенетическое действие[1]

**1 КАПСУЛА** в день[1]

**2 ПОКАЗАНИЯ**[1]
- доброкачественная гиперплазия предстательной железы[1]
- хронический простатит[1*]



**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ НЕ ОГРАНИЧЕНА**[1]




БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

*Для устранения дизурических симптомов при хроническом простатите.

1. Общая характеристика лекарственного препарата Простамол® Уно

**Базовая информация по медицинскому применению препарата Простамол® Уно**

**Показания к применению:** Препарат Простамол Уно показан к применению у взрослых мужчин в возрасте от 18 лет при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (**I** и **II** стадии); для устранения дизурических симптомов (расстройство мочеиспускания, ночная поллакиурия, болевой синдром и др.) при хроническом простатите. **Противопоказания:** гиперчувствительность к экстракту плодов пальмы ползучей или к любому из вспомогательных веществ (Желатин сукцинилированный, Глицерин 85%, Титана диоксид, E171, Краситель железа оксид черный, E172, Краситель железа оксид желтый, E172, Карминный лак, E120). **Режим дозирования и способ применения:** Рекомендуемая доза препарата Простамол Уно составляет 320 мг (1 капсула) 1 раз в сутки в одно и тоже время. Продолжительность курса терапии не ограничена по времени. Рекомендуемая продолжительность курса терапии – не менее трех месяцев. Внутрь, после еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. **Нежелательные реакции:** Нарушения со стороны иммунной системы **-** Частота неизвестна: аллергические реакции на компоненты препарата. Желудочно-кишечные нарушения **-** Редко: дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта **–** тошнота, изжога (при приеме натощак). Условия отпуска из аптек: без рецепта. Информация для специалистов здравоохранения.

Если у вас имеется информация о нежелательном явлении, пожалуйста, сообщите об этом на электронный адрес AE-BC-RU@berlin-chemie.com. RU-PROS-06-2025-v01-print, утверждено 02.04.2025.

Ознакомьтесь с полной информацией о лекарственном препарате Простамол® Уно, используя QR-код

ООО «Берлин-Хеми/ А. Менарини», 123112, Москва, Пресненская наб., 10, БЦ «Башня на набережной», блок Б.
Тел.: (495)785-01-00, факс: (495) 785-01-01
http://www.berlin-chemie.ru

Реклама