

ВЕСТНИК

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

2025 г. № 1

УЧРЕДИТЕЛЬ – ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ
ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ»

Форум РОУ «Научные аспекты урологической практики» в Челябинске

28 февраля в Челябинске на площадке отеля Radisson Blu Hotel Chelyabinsk состоялось первое в 2025 г. образовательное мероприятие из цикла форумов РОУ «Научные аспекты урологической практики». Прошедшая встреча привлекла внимание более 100 практикующих специалистов благодаря высокой актуальности предложенных тем и авторитетному составу спикеров, в том числе из руководства Российского общества урологов.

Яркий междисциплинарный характер научной программы объединил в 30 представленных докладах ключевые проблемы и задачи, стоящие перед врачами Уральского федерального округа. Среди участников мероприятия были отмечены урологи, андрологи, онкологи, онкоурологи, хирурги, акушеры-гинекологи и репродуктологи – все те специалисты, которые сталкиваются в

опытом применения новейших разработок в урологии, андрологии, репродуктологии. Отдельное внимание было уделено теме коллаборации урологов и акушеров-гинекологов в вопросах лечения нарушений мочеиспускания и инфекций мочевыводящих путей у женщин. По традиции,

работу форума сопровождала выставка медицинской техники, расходных материалов, фарма-



своей практике с заболеваниями мочевого тракта. В ходе форума были рассмотрены современные направления лекарственной терапии больных с инфекциями мочеполовой системы, эректильной дисфункцией, симптомами нижних мочевыводящих путей, доброкачественной гиперплазией и раком простаты, мочекаменной болезнью.

На мероприятии с докладами выступили 22 эксперта из крупных федеральных и региональных центров. Они поделились



цветоческой продукции, лабораторного оборудования, медицинской литературы и периодических специализированных изданий.

Следующая встреча с лидерами отечественной урологии состоится 23–24 мая в Санкт-Петербурге. Узнать подробнее и зарегистрироваться можно на сайте проекта <https://forum.congress-rou.ru/>.



Форумы РОУ 2025 год

23–24 мая – Санкт-Петербург
4 июня – Владивосток
10–11 октября – Новосибирск
14 ноября – Воронеж

ВЕСТНИК РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

№ 1

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

Александр Ларин, Марина Лындина,

Марина Григорьева, Марина Полякова

Отдел полиграфии

Дмитрий Тужиков

Учредитель

Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»

Издатель:

www.bionika-media.ru

ООО «Бионика Медиа Инновации»



Председатель Совета директоров

Ирина Красивская

Генеральный директор

Павел Власов

Размещение рекламы:

Руководитель департамента продаж

рекламы в медицинской прессе

Наталья 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 Инновации»,

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

28 марта 2025 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!

Реалии сегодняшнего дня диктуют необходимость более тесного взаимодействия представителей различных медицинских специальностей для решения актуальных проблем клинической практики. Примером может служить форум Российского общества урологов «Научные аспекты урологической практики», прошедший 28 февраля в Челябинске. Он продемонстрировал яркий междисциплинарный характер – среди более чем 100 участников были урологи, андрологи, онкологи, акушеры-гинекологи. Я глубоко убежден в том, что участие в форуме РОУ врачей различных специальностей не только повысит роль подобных мероприятий в общеобразовательном процессе, но и принесет пользу в повседневной клинической практике. Междисциплинарный характер форумов может и должен обеспечить главный специалист-уролог региона.

В настоящем номере газеты опубликованы статьи наших коллег-урологов Челябинска, свидетельствующих о продолжении научных изысканий, заложенных основоположником Челябинской урологической школы, профессором Николаем Ивановичем Тарасовым.

В разделе газеты «Тема для обсуждения» представлены статьи ведущих экспертов, касающихся новых отечественных рекомендаций по диагностике и лечению острого пиелонефрита, воспалительных заболеваний предстательной железы и органов мошонки. Проекты клинических рекомендаций были озвучены на XIX Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025».

Напоминанием, о том, что нашим молодым коллегам не стоит забывать историю своей специальности, послужит краткий очерк об истоках урологии на Белгородчине. Очерк написан председателем БелРОУ Сергеем Валентиновичем Шкодкиным с искренним уважением к памяти организатора урологической службы, первого уролога региона Евгения Сергеевича Захарова.

Олег Борисович Лоран
главный редактор, академик РАН, д.м.н., профессор

ПОДПИСКА

УРОЛОГИЯ

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

Стоимость подписки на 2025 год:
Годовая подписка **3 850 руб. 00 коп.**
Первое полугодие **2 145 руб. 00 коп.**

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

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

www.bionika-media.ru

УРОЛОГИЯ
УРОЛОГИЯ

Пациентки с рецидивирующим циститом: взгляд оперирующего уролога

В своем докладе «Пациентки с рецидивирующим циститом: взгляд оперирующего уролога» профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава РФ, врач-уролог Московского урологического центра ММНКЦ им. С.П. Боткина, к.м.н., доцент **Александр Александрович Серегин** осветил ключевые аспекты диагностики, лечения и профилактики рецидивирующих инфекций нижних мочевыводящих путей у женщин.



Основное внимание в докладе было уделено рассмотрению причин рецидивирования цистита и способов их устранения. Согласно исследованию ДАРМИС (2023), кишечная палочка остается наиболее частым возбудителем острого цистита, отвечая за 77,1% всех случаев [1]. Было подчеркнуто, что основным патогенетическим звеном возникновения рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей (ИМП) является неспособность защитной молочно-кислой флоры влагалища противостоять проникновению *E. coli* из кишечника в уретру и мочевого пузыря восходящим путем, что подтверждается идентичностью микрофлоры преддверия влагалища и уретры в 80% случаев [2]. Таким образом, для возникновения рецидива необходимо присутствие трех факторов: наличие возбудителя, изменение флоры влагалища с уменьшением лактобактерий и неправильная гигиена. В этой связи даже правильно назначенное этиотропное лечение, направленное на эрадикацию возбудителя, и патогенетическая терапия, восстанавливающая флору влагалища при настоящем рецидиве, не способны предотвратить обострение в дальнейшем, если врачом в беседе с пациенткой не будут в достаточной мере освещены вопросы соблюдения гигиены.

В широком понимании личная гигиена – это поведение человека, направленное на гигиеническое содержание тела, обуви и одежды, жилища, закаливание организма, являясь неотъемлемой частью здорового образа жизни. Таким образом, прежде

всего задача врача, принимающего пациентку с рецидивирующим циститом, – привести ее к пониманию важности собственного поведения, направленного на поддержание своего здоровья.

В эпоху глобальной информатизации и рекламы пациентке недостаточно назначить лечение; ей необходимо объяснить причину рецидивов. Хорошо, если врачу удастся стать наставником для пациента и объяснить, что только она сама отвечает за свое здоровье, а врач может только указать путь и помочь разобраться в обилии различной информации.

Среди поведенческих факторов риска рецидивирования инфекций выделяют: половой акт, смену полового партнера, избыточную, слишком частую обработку наружных половых органов с применением антисептиков, контрацепцию с использованием спермицидов и диафрагм, а также снижение диуреза.

Посткоитальный цистит является наиболее частым проявлением рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей. Несмотря на многочисленные предложенные методики оперативного лечения, такие как транспозиция уретры, введение парауретральных филлеров, пластика половых губ и другие, ни одна из них не продемонстрировала эффективность в рамках контролируемых исследований, а все имеющиеся данные исходят из отдельных центров, что соответствует 4 и 5 уровням доказательности. Собственные результаты клиники урологии ГКБ им. С.П. Боткина не позволяют рекомендовать транспозицию уретры как универсальную операцию при низком расположении меатуса. Оперативное пособие без устранения предрасполагающих факторов не приводит к выздоровлению.

При посткоитальном цистите целесообразно применение следующих профилактических мер:

- мочеиспускание перед и сразу после полового акта;
- однократная обработка (подмывание) наружных половых органов (но не влагалища) спереди назад перед и после полового акта;
- нельзя для обработки половых органов пользоваться обычными

влажными салфетками, поскольку они часто содержат спирт и отдушки, которые нарушают pH;

- для женской интимной гигиены не подходят туалетное мыло и гель для душа;
- для просушивания интимной зоны после гигиенических мероприятий должно быть заведено отдельное полотенце. Его нужно тщательно высушивать и менять не реже, чем каждые три дня;
- после каждого подмывания нужно надевать чистое нижнее белье, лучше, если оно будет из натуральных тканей – хлопка или льна;
- не использовать диафрагму или спермициды;
- при выраженном трении целесообразно применять лубриканты.

А.А. Серегин отметил, что изменение питьевого режима с целью увеличения приема более 1,5 л воды в сутки снижает вероятность возникновения трех и более эпизодов ИМП за 12 месяцев до 10% по сравнению с 88% женщин, которые пьют менее 1,5 л, и удлиняет период ремиссии в среднем с 84 до 143 дней [3].

Важность адекватного и достаточного диуреза диктует необходимость изучения и исключения таких урологических факторов риска рецидивирования ИМП, как опущение тазовых органов и нейрогенные нарушения мочеиспускания, которые, в свою очередь, могут приводить к нарушению уродинамики и увеличению количества остаточной мочи.

Рассматривая основной защитный фактор женской урогенитальной зоны, а именно преимущественно молочнокислую микрофлору влагалища, докладчик обратил внимание на то, что, согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ от 2024 г., у женщин с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуется выполнить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с целью определения дисбиоза влагалища и иногда необходимо провести молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на микроорганизмы – маркеры бактериального вагиноза и аэробного вагинита, которые могут влиять

на дисбиоз влагалища и тем самым снижать их защитную функцию при восходящем пути инфицирования мочевыводящих путей. В клинических рекомендациях де-юре зафиксирована целесообразность широко де-факто применяемых таких молекулярно-генетических анализов микрофлоры влагалища, как, например, Гинефлор, позволяющих оценить и при необходимости провести коррекцию микробиома. В пременопаузальном периоде дисбиоз влагалища наиболее часто обусловлен бактериальным вагинозом. В постменопаузальном периоде причиной же является снижение эстрогенов в плазме крови и, соответственно, данной категории пациенток показано пожизненное проведение местной эстроген-замещающей терапии. Доказано, что местные эстроген-содержащие препараты, применяемые в низких дозах, не увеличивают риск возникновения онкогинекологических заболеваний.

Переходя, таким образом, к лечению рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, лектор отметил высокую (по данным ДАРМИС) устойчивость к многим широко применяемым антибактериальным и химиопрепаратам. В этой связи целесообразно более широко применять препараты с низким риском развития устойчивости, такие как нитрофураны.

В заключение А.А. Серегин еще раз подчеркнул необходимость тщательного изучения факторов риска рецидивирования инфекций нижних мочевыводящих путей и подробной беседы с пациенткой как ключевых аспектов успешного лечения столь простого и одновременно сложного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов Р.С., Палагин И.С., Иванчик Н.В. и др. Национальный мониторинг антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования «ДАРМИС-2023». Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2024;26(3):328–337.
2. Янковский Д.С., Широбоков В.П., Антипкин Ю.Г., Татарчук Т.Ф., Дымент Г.С. Микробиом и здоровье женщины (обзор литературы). Reproductive Endocrinology. 2015;(24):13–28.
3. Hooton T.M., Vecchio M., Iroz A., Tack I., Dornic Q., Seksek I., Lotan Y. Effect of Increased Daily Water Intake in Premenopausal Women With Recurrent Urinary Tract Infections: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018 Nov 1;178(11):1509–1515.

Изменение парадигмы в хирургическом лечении стрессового недержания мочи у женщин



В.Н. МИРОНОВ,
д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

В настоящее время сформировалось стойкое убеждение, согласно которому наиболее эффективным и безопасным методом хирургического устранения стрессового недержания мочи у женщин является «слинговая» операция. Данная система устоявшихся взглядов нашла воплощение в международных и национальных руководствах, в том числе Российских клинических рекомендациях [1]. Прототипом всех слинговых операций является метод TVT (Tension-free Vaginal Tape), предложенный в 1995 г. Ulmsten UI и Petros PE, который заключается в проведении и установке под средней третью уретры синтетической ленты, изготовленной, как правило, из макропористого сетчатого полипропилена. Первоначально авторы описали метод как амбулаторную хирургическую процедуру и назвали его «петлевая пластика уретры» [2]. В последующие годы за счет высокой эффективности концепция слинговых операций получила стремительное развитие: были предложены различные позадилонные и трансобтураторные варианты операций, а также операции из одного разреза (мини-слинги). В настоящее время в мире, в том числе и в России, слинговые операции являются наиболее часто выполняемым методом хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин.

Однако анализ долгосрочных результатов безопасности слинговых операций показал, что применение синтетических имплантов характеризуется появлением новых, ранее не встречающихся осложнений. Так, в Российских клинических рекомендациях указаны наиболее частые осложнения малоинвазивных операций [1]:

- кровотечение – 0,9–1,9%;
- гематома – 1,7–1,9%;
- перфорация мочевого пузыря – 4,9–11,0%;

- эрозии влагалища – 0,4–0,9%;
- затрудненное мочеиспускание – 4,9%;
- повреждение запирающего нерва – 0,9%.
- вновь (de novo) возникший ургентный синдром – 15%;
- постоянное ощущение дискомфорта в надлобковой области – 7,5%;
- дискомфорт при половой жизни – 20%.

Таким образом, суммарное число осложнений может превышать 50%.

В обновленных Европейских клинических рекомендациях (EAU, 2024) указывается на то, что у многих женщин имплантационная хирургия не вызывает проблем и приводит к улучшению их состояния. Тем не менее так происходит не всегда, у некоторой части оперированных женщин встречаются серьезные осложнения. И хотя их может быть меньшая часть, это не уменьшает характер их страдания и важности оказания им поддержки. Особо было отмечено, что слинговая операция может привести к «катастрофическим последствиям» (the catastrophic nature), которые требуют извлечения уроков из того, что с ними произошло.

«Золотым стандартом» в хирургическом лечении стрессового недержания мочи долгие годы считалась открытая кольпосуспензия (операция Берча (Burch JC)) [3]. Как правило, ее использовали в качестве метода сравнения в рандомизированных исследованиях более новых и менее инвазивных вмешательств, включая лапароскопический доступ. В раннем послеоперационном периоде после открытой кольпосуспензии частота полного удержания мочи составляла 85–90%. В течение первых пяти лет субъективные показатели, описываемые пациентами, и объективные показатели устранения стрессового недержания мочи сопоставимы после установки синтетических слингов и кольпосуспензии. Широкое применение операции Берча ограничивала только относительно трудоемкая хирургическая техника. В российских клинических рекомендациях рекомендуется выполнять кольпосуспензию по Берчу в качестве альтернативного слингам метода для хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин [1].

В Южно-Уральском государственном медицинском университете был разработан и внедрен метод трансвагинальной уретропексии (уре-

тросуспензии) [4, 5]. За период с 2018 по 2024 г. под нашим наблюдением находились 244 женщины (26–77 лет), которым были выполнены операции по оригинальным методикам. Показанием для операции являлся установленный анатомический тип недержания мочи при напряжении. Разработанная нами операция трансвагинальной уретропексии по технике выполнения максимально приближена к наложению средне-уретрального слинга. Однако концептуально она в большей степени соответствует кольпосуспензии по Берчу, так как заключается в приподнятии уретры и восстановлению нормальной анатомии уретровезикального сегмента (рис.).

Техника операции: на начальном этапе из полотна сетчатого эндопротеза для восстановительной хирургии вырезались две отдельные полоски длиной 7,0 см и шириной 1,2–1,4 см. В качестве основы могут использоваться любые легкие и макропористые сетчатые эндопротезы из монофиламентного полипропилена, зарегистрированные в Российской Федерации и соответствующие ГОСТ Р ИСО 14630-2011 «Имплантаты хирургические неактивные. Общие требования».

Выполнялся разрез передней стенки влагалища около 2 см. Затем в латеральном направлении от уретры под углом в 45° формировались туннели до запирающей мембраны таза. В дальнейшем, используя иглы-проводники, через верхне-медиальный квадрант запирающей мембраны таза с каждой стороны проводились латеральные концы сформированных лент эндопротезов. Медиальные концы имплантатов фиксировались к паравагинальным тканям, на расстоянии 1,0–2,0 см друг от друга внутренними рассасывающимися лигатурами (полилактина).

В зависимости от места фиксации медиальных краев имплантов 244 пациентки были разделены на две группы.

1. У 183 (75%) женщин медиальные концы лент-эндопротезов фиксировались в области средней трети мочеиспускательного канала (1,0–1,5 см от меатуса).

2. У 61 (25%) пациентки импланты фиксировались на уровне проксимального отдела уретры (3,0–3,5 см от меатуса). В 51 наблюдении (83,6%) операция сочеталась с передней кольпоррафией по Kelly, накладывались три-четыре стягивающих шва на лобково-шеечную фасцию в области шейки мочевого пузыря, тем самым

осуществлялась «пликация» шейки мочевого пузыря [6].

Таким образом, в обеих группах пациенток область под уретрой оставалась свободной от синтетического материала. Стенка влагалища ушивалась узловым полиглактином. Принципиальное отличие от метода Tension-free vaginal tape (свободной от натяжения подуретральной ленты) заключалось в том, что завершающим этапом операции под визуальным контролем осуществлялось натяжение временными нитями за латеральные концы лент-эндопротезов – до ликвидации уретроцеле и отрицательного интраоперационного кашлевого теста (в случае спинно-мозговой анестезии). Для пациенток, у которых фиксировался проксимальный отдел уретры, дополнительным визуальным ориентиром было восстановление нормальной анатомии уретровезикального угла. Тракционные нити удалялись. Продолжительность операции трансвагинальной уретропексии составляла 15–25 минут. Уретральный катетер удалялся в первые сутки.

Период наблюдения за пациентками составил 1–6 лет.

В 1-й группе из 183 оперированных женщин удержание мочи в течение первого года отмечали 174 (95%), в первые два-три года – 155 (84,7%), в течение пяти-шести лет – 136 (74%).

Во 2-й группе из 61 пациентки положительный эффект операции отметили: в первый год – 58 (95%), в первые два-три года – 56 (92%) женщин.

Тяжелых интраоперационных осложнений ни в одном наблюдении зафиксировано не было. У всех пациенток после операции отсутствовала инфравезикальная обструкция, что подтверждалось данными урофлоуметрии и ультразвуковым исследованием.

Как следует из анализа среднесрочных результатов хирургического лечения стрессовой инконтиненции, лучшие результаты были отмечены в группе пациенток, где обеспечивалось восстановление нормальной анатомии уретровезикального сегмента. Напротив, в группе больных, у которых фиксировался только средний



Схема операции

отдел мочеиспускательного канала, эффективность операции со временем снижалась, в том числе за счет прогрессирования опущения уретровезикального сегмента.

Выводы. Операции по установке средне-уретрального слинга в лечении стрессового недержания мочи у женщин нельзя признать «золотым стандартом» в силу возможных тяжелых осложнений. В «дослингую эпоху» операцией выбора по устранению стрессовой инконтиненции у женщин считалась кольпосуспензия, описанная Burch J.C. в 1961 г. [3]. Данная рекомендация основывалась

на значительном накопленном опыте и результатах длительного наблюдения, показавших высокую эффективность и безопасность этой операции, но относительно трудоемкая хирургическая техника ограничивала ее применение. Разработанный нами метод трансвагинальной уретропексии объединяет в себе концепцию кольпосуспензии и операционную технологию субуретрального слинга. Метод обеспечивает устранение анатомических причин стрессового недержания мочи – дислокация и ослабление связочного аппарата мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента.

Он показал себя как эффективная и безопасная альтернатива операции по установке средне-уретрального слинга и может быть рекомендован к дальнейшему изучению.

Автор выражает сердечную благодарность академику РАН, д.м.н., профессору Олегу Борисовичу Лорану за оказанную поддержку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации МЗ РФ. Недержание мочи. 2024.
2. Ulmsten U.I., Petros P.E. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for

- treatment of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol. 1995;29(1):75–82.
3. Burch J.C. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. Am J Obstet Gynecol. 1961;81:281–290.
 4. Миронов В.Н., Бычковских В.А., Копасов Е.В. Трансвагинальная уретросуспензия – новый метод хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин, объединяющий технологии кольпосуспензии и операции TVT. Сборник абстрактов. Материалы XXIII конгресса Российского общества урологов. 14–16 сентября 2023. С. 440–441.
 5. Миронов В.Н., Лоран О.Б., Марфицин Д.И. Трансвагинальная уретропексия – эффективная и безопасная альтернатива средне-уретральному слингу в лечении стрессового недержания мочи. Сборник абстрактов. Материалы XIV конгресса Российского общества урологов. 12–14 сентября 2024: 468–469
 6. Kelly H.A., Dumm W.M. Urinary incontinence in women, without manifest injury to the bladder. Surg Gynecol Obstet. 1914;18:444–453.

ПРАКТИКА

Особенности дифференциальной диагностики интерстициального цистита, опыт лечения у женщин



А.С. ЯКУПОВА,
врач-урогинеколог, член Ассоциации специалистов хронической тазовой боли, Челябинск

Эпидемиология. Интерстициальный цистит (ИЦ) выявляется у 239 человек на 100 тыс., но за счет использования различных критериев при диагностике этот показатель может достигать 530 человек на 100 тыс. населения. Из особенностей также следует отметить, что у женщин, по разным данным, в 5–9 раз чаще выявляется ИЦ, чем у мужчин [1]. Чтобы наглядно сравнить частоту встречаемости данного заболевания можно сопоставить с частотой рака мочевого пузыря (РМЖ) в популяции. В России РМЖ среди мужчин выявляется у 13,2 человека на 100 тыс. населения, среди женщин – 2,3 человека на 100 тыс. населения [2]. Таки образом, ИЦ встречается по меньшей мере в 20 раз чаще, чем рак мочевого пузыря, но при этом практикующие врачи в диагностическом поиске при возникновении стойких нарушений мочеиспускания не всегда вспоминают про данное заболевание.

В рядах практикующих врачей, урологов и гинекологов, тема ИЦ мало обсуждается, и возникает впечатление, что ее и нет вовсе. В клинических рекомендациях «Цистит у женщин» от 21.05.21 упоминание ИЦ встречается только однажды в разделе особенности

кодирования цистита по МКБ 10 пересмотра (рис. 1).

В мировом научно-медицинском сообществе регулярно вспоминают об ИЦ. Например, одно из последних: в январе 2025 г. Американское урогинекологическое общество и Международная урогинекологическая ассоциация созвали совместную рабочую группу, чтобы стандартизировать терминологию. После тщательного рассмотрения широкого спектра доступных данных и клинического опыта единодушное мнение рекомендовало использовать термин **Синдром боли в мочевом пузыре у женщин (СБМПЖ)** вместо вводящего в заблуждение «интерстициального цистита» для описания хронического, перемежающегося состояния продолжительностью не менее трех месяцев, поражающего женщин, включающего симптомы боли или дискомфорта, локализованные в мочевом пузыре, часто с наполнением мочевого пузыря, которые не связаны с другой патологией [3].

В этиологии и патогенезе ИЦ или СБМПЖ остается множество вопросов,

этиологический фактор до сих пор не выявлен, именно поэтому все возможные терапевтические возможности сильно ограничены в плане эффективности.

Очень коротко остановлюсь на основных патогенетических этапах развития заболевания: первостепенно возникает повреждение или несостоятельность гликозаминогликанового (ГАГ) слоя уротелия. Вызывает это некий единственный этиологический фактор, например инфекционный агент или аутоиммунное воспаление и прочее, пока можно только догадываться или же сочетание нескольких этиологических факторов – такое неблагоприятное стечение обстоятельств, что могло бы объяснить относительно редкую встречаемость таких процессов. Затем, по всей видимости, уже абактериальное воспаление в интерстиции активизирует тучные клетки. Данный воспалительный процесс не поддается стандартным методам лечения: антибактериальные/противовоспалительные препараты не помогают и формируется длительный болевой синдром. Это провоцирует следующий этап – возникновение

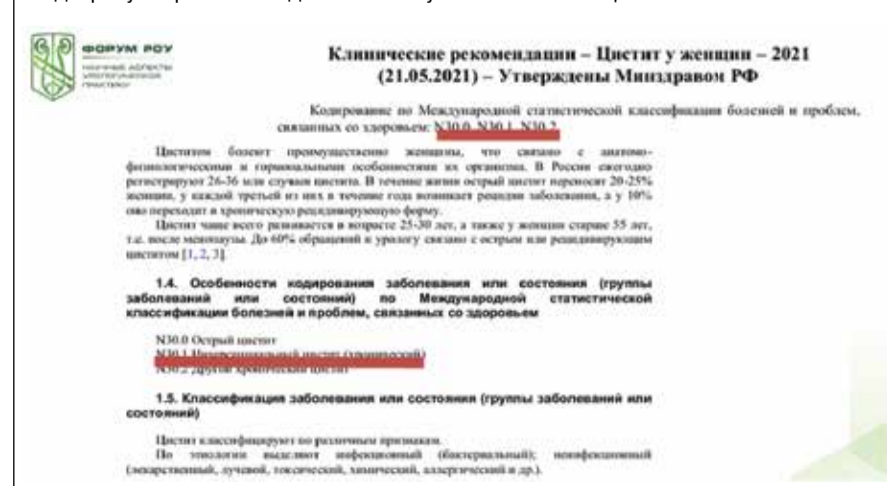
сенситизации периферической нервной системы с увеличением количества ноцицепторов. Теперь это уже не просто воспаление, а нейропатия, которая приводит к «взаимонаведению» органов малого таза с развитием нейрогенного воспаления в кишечнике, матке и ее придатках. Параллельно последнему этапу или же с первым эпизодом дизурии возникает дисфункция мышц тазового дна, миофасциальный болевой синдром мышц тазового дна. Также вместе с сенситизацией периферической нервной системы формируется и централизация боли со снижением болевого порога и развитием стойкого болевого синдрома даже в отсутствие импульсов от пораженного органа [4].

При сборе анамнеза важно уделять внимание на наличие сопутствующих заболеваний, таких как:

- депрессия/тревога,
- мигрень,
- синдром хронической усталости,
- дисменорея,
- вульводиния,
- фибромиалгия,
- синдром раздраженного кишечника (СРК),
- хронический запор/боль при дефекации,
- жжение в уретре,
- дисфункция мышц тазового дна.

Оценить вероятность синдрома наведения помогает опросник центральной сенситизации. Он имеется в общем доступе [5]. В 2022 г. в статье Хибнер М. упоминает такой термин как «Evil Quadruplets» или «злые четверняшки» – сочетание у одной пациентки одновременно эндометриоза, СБМП/ИЦ, дисфункции мышц тазового дна и СРК. В этой статье также упоминается о важности воздействия на все синдромы, особенно на дисфункцию мышц тазового дна [6].

Рис. 1. Клинические рекомендации – Цистит у женщин – 2021.
Подчеркнуто красным – единственное упоминание об ИЦ



Тренды в лечении урологических пациентов с эмфизематозными процессами

Состоявшийся в Красноярске IX Российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям стал важным событием для медицинского сообщества. Доклад «Алгоритм диагностики и выбор метода лечения пациентов с эмфизематозным пиелонефритом и циститом» представил ассистент кафедры урологии и андрологии им. акад. Н.А. Лопаткина (Институт хирургии) РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, врач-уролог, онколог ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» **Александр Александрович Неменов.**



Говоря об актуальности проблемы, лектор отметил, что таким заболеваниями, как эмфизематозный цистит (ЭЦ) и эмфизематозный пиелонефрит (ЭП), посвящено немного публикаций, из-за чего истинная их распространенность остается неизвестной. *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae* по праву считаются основными возбудителями, реже возникновение ЭЦ и ЭП обусловлено такими грамотрицательными, анаэробными бактериями, как *Proteus mirabilis*. Постановка диагноза требует больше времени, и зачастую он устанавливается несвоевременно. Клиническое течение заболевания схоже с острым инфекционным процессом верхних мочевыводящих путей, и в большинстве случаев ключевую роль играют инструментальные методы диагностики. Известно, что пациенты с сахарным диабетом (СД) в 70% случаев уязвимы, и у этой когорты пациентов чаще развиваются эмфизематозные процессы, а летальный исход чаще наступает среди женщин с ЭЦ и ЭП. В 20% случаев встречается мочекаменная болезнь, что только усугубляет течение заболевания. Классификация ЭП претерпела достаточно изменений. Первая – Michaeli et al. (1984 г.) была основана на внутривенной урографии и состояла из трех пунктов, где наиболее неблагоприятный сценарий подразумевал выход газа за пределы фасции Герота и/или билатеральный характер процесса. В 1988 г. Wan et al. усовершенствовали классификацию, которая уже основывалась на компьютерной томографии и просуществовала до 2000 г. На сегодняшний день классификация Huang & Tseng et al. состоит из пяти степеней, является наиболее подробной и не потеряла свою актуальность.

Суверенностью можно сказать, что данная шкала является стандартизированным и легко воспроизводимым инструментом в оценке эмфизематозного пиелонефрита.

До 1986 г. лечение пациентов с ЭП подразумевало выполнение неотложного радикального лечения. Публикация M. Hudson et al. перевернула представление о тактике ведения пациентов с данной нозологией. Авторы представили первый клинический опыт применения органосохраняющих методов лечения у пациента с ЭП и декомпенсированной формой СД с крайне высокими анестезиологическими рисками. В последующем количество работ, посвященных схожей тактике, стало увеличиваться. Минимально инвазивный подход в лечении пациентов с ЭП плотно укоренился в современной практике.

Для пациентов с ЭЦ клиническая картина заболевания неспецифична, а у 10% отмечается бессимптомное течение. Длительное течение ЭЦ без специализированной медицинской помощи и соответствующего лечения может приводить к ЭП. Основным пунктом патогенеза является высокий уровень гликемии, способствующий нарушению микроциркуляции и трофики тканей, что потенцирует рост газообразующей флоры. К немодифицируемым факторам риска в отношении ЭП (и возможности летального исхода) относится женский пол. Тактика ведения пациентов с ЭЦ не меняется с годами и не вызывает дискуссии. Проведение антибактериальной (АБ) терапии (только после адекватного дренирования мочевого пузыря) и, самое главное, коррекция гипергликемических изменений и водноэлектролитных нарушений являются ведущими аспектами в лечении. Хирургическое вмешательство необходимо при признаках некротического процесса.

Большую часть своего выступления эксперт посвятил исследованию, выполненному в период с 2019 по 2024 г. на клинической базе кафедры урологии и андрологии им. акад. Н.А. Лопаткина ИХ РНИМУ им. Н.И. Пирогова в ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. У 25 пациентов был диагностирован ЭП, у 10 – ЭЦ. Средний возраст пациентов с ЭП составлял 64,7 года, среди пациентов с ЭЦ – 73,1 года. В структуре заболевания превалировал женский пол. Исследование показало, что пациенты с эмфизематозными процессами обращаются в стационар спустя 24 часа от начала

заболевания. При этом большинство из них уже получало какую-либо терапию на догоспитальном этапе.

На момент обращения в клинику необходимость в наблюдении и дальнейшем лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) была у половины пациентов. Показаниями к переводу в ОРИТ были степень угнетения сознания, полиорганная недостаточность, системная воспалительная реакция, а также декомпенсация СД. Клиническое течение ЭЦ среди обратившихся пациентов позволило продолжить лечение в условия линейного отделения.

Рассказывая о клинической картине заболеваний, эксперт обратил внимание на отсутствие патогномичных симптомов и преобладание симптомов интоксикации. Инсулинозависимый и инсулинонезависимый СД встречались у пациентов в равной степени, и был зарегистрирован высокий уровень гликемии на момент госпитализации.

В лабораторных анализах крови выявлялась некоторая тенденция к анемии легкой и средней степени тяжести с выраженной лейкопенией и тромбоцитопенией. Для пациентов с ЭП и ЭЦ было характерно увеличение С-реактивного белка и уровня прокальцитонина. Среди возбудителей заболевания традиционно лидирующие позиции занимают *E. Coli* и *Kl. Pneumoniae*.

Согласно классификации Huang и Tseng, для пациентов с ЭП распределение было следующее: скопление газа в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС) (степень I) наблюдалось у шести (24%) пациентов, скопление газа в паренхиме почки (степень II) – у 11 (44%), скопление газа в околопочечном пространстве (степень IIIa) – у 5 (20%), скопление газа в паранефральной клетчатке (степень IIIb) – у двух (8%) пациентов и скопление газа в паренхиме / в ЧЛС единственной почки (степень IV) – у одного (4%) пациента.

Среди пациентов с ЭП функциональные методы дренирования были предпочтительным методом лечения у 17 (68%) пациентов I и II степени по Huang и Tseng, однако в пяти случаях через 48 часов им все же была выполнена радикальная нефрэктомия. При степени IIIa и IIIb в 28% случаев методом выбора являлось выполнение нефрэктомии без попытки органосохраняющего лечения. Несмотря на проводимую терапию летальный ис-

ход был зафиксирован в 32% исключительно среди пациенток женского пола. Среди пациентов женского пола с ЭЦ выполнялись дренирование мочевого пузыря уретральным катетером и антибактериальная терапия, необходимость в хирургическом лечении отсутствовала. Среди пациентов мужского пола с ЭЦ, в связи с гнойно-некротическим процессом в стенке мочевого пузыря и нарушением ее целостности, выполнялась цистэктомия с формированием уретерокутанеостом. Летальный исход зафиксирован в двух из трех случаев. Касаясь темы выбора антибактериальной терапии, спикер заметил, что специалисты не всегда могут сразу предположить, что перед ними пациент с ЭЦ или ЭП. В этом случае врачи руководствуются локальным протоколом подбора антимикробной терапии в стационаре и программой Стратегии контроля антимикробной терапии (СКАТ), исходя из имеющихся данных и результатов посевов мочи. В свою очередь эскалация терапии (всегда комбинированная) происходит после подтверждения диагноза с помощью КТ. «Возможность выявить минимальное скопление газа благодаря компьютерной томографии расширила показания к органосохраняющим методам лечения пациентов с ЭП. Женский пол и тяжелое течение СД ассоциированы с более высокими факторами риска летального исхода у пациентов с ЭП. Среди пациентов с ЭЦ гнойно-некротический процесс чаще встречается у пациентов мужского пола и сопряжен с высоким риском летального исхода», – подчеркнул эксперт.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

- компьютерная томография является окончательным методом диагностики ЭП и ЭЦ и не требует проведения дополнительных инструментальных методов диагностики;
- лечение ЭП следует проводить в условиях реанимационного отделения с обязательным контролем уровня гликемии и проведением рациональной антибактериальной терапии;
- чрескожные функциональные методы дренирования являются предпочтительными для лечения большинства пациентов, если они были выполнены своевременно;
- показаниями к экстренной нефрэктомии являются массивные очаги деструкции паренхимы почки.

Воспалительные заболевания предстательной железы

С проектом клинических рекомендаций «Воспалительные заболевания предстательной железы» ознакомил коллег в рамках XIX Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025» профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии и андрологии РостГМУ, д.м.н. **Халид Сулейманович Ибишев.**



Диагностика

Эксперт отметил, что данный проект клинических рекомендаций (КР) первичный, в него включены следующие нозологии:

N.41 – Воспалительные заболевания простаты;

N.41.0 – Острый простатит;

N.41.1 – Хронический простатит;

N.41.2 – Абсцесс простаты.

Диагноз заболевания устанавливается на основании сбора анамнеза, жалоб пациента, данных лабораторных и инструментальных исследований.

Жалобы при остром бактериальном простатите (ОБП) зависят от формы заболевания и бывают местными и общими. При абсцессе простаты (АП) жалобы не отличаются от таковых при ОБП, но имеют, как правило, более расширенный диапазон и выраженный характер.

При сборе анамнеза пациента с хроническим бактериальным простатитом (ХБП) рекомендуется использовать специализированные опросники пациентов для оценки выраженности клинических проявлений, а также динамики на фоне терапии. Х.С. Ибишев особо подчеркнул, что, несмотря на ограниченное время приема пациентов в поликлинической практике, именно опросники позволяют детально разобраться в симптоматике, выявить факторы, определяющие развитие заболевания, и, как следствие, правильно лечить больного.

Пациентам рекомендуется физикальное обследование, которое должно включать осмотр брюшной полости для исключения других причин боли, осмотр половых органов и пальцевое ректальное исследование. Пальцевое ректальное исследование следует проводить осторожно, поскольку активный массаж предстательной железы (ПЖ) может вызвать бактериемию и впоследствии сепсис.

Лабораторные диагностические исследования

Пациентам с ОБП и АП рекомендуется выполнение общего анализа крови и общего анализа мочи. Для уточнения степени выраженности инфекционно-воспалительного процесса рекомендуется определять скорость оседания эритроцитов (СОЭ), уровень С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) в крови. С целью выявления инфекционного патогена и определения чувствительности к антибактериальным препаратам (АБП) – бактериологическое исследование мочи и крови.

Ведущим методом диагностики ХБП является микроскопическое исследование секрета ПЖ, при необходимости с окраской по Граму. Это исследование может быть выполнено самостоятельно и в составе пробы Meares-Stamey.

Микроскопические исследования секрета ПЖ (нативная и световая микроскопия) предоставляют возможность определить, какой простатит у пациента: бактериальный или абактериальный.

Хронический рецидивирующий бактериальный простатит, по данным световой и электронной микроскопии секрета ПЖ, характеризуется в 100% случаев дефектом фагоцитоза, что является обоснованием для назначения иммуноактивной терапии. В свою очередь тест Meares-Stamey является стандартным методом оценки воспаления и наличия бактерий в нижних мочевыводящих путях и репродуктивных органах у мужчин с ХБП. Большинство урологов не использует его в повседневной практике из-за сложности и большой продолжительности проведения, а также дополнительных расходов.

Тест «до и после массажа» (2-порционный тест) обладает схожей чувствительностью и специфичностью с 4-порционным тестом и является приемлемой альтернативой.

Рекомендуется проводить культуральное исследование постмассажной мочи (КИМ) и секрета ПЖ, которое выполняется самостоятельно или в рамках теста Meares-Stamey. Не рекомендуется выполнять культуральные исследования эякулята у пациентов с ХБП. Рутинное тестирование на простатический специфический антиген ПСА не рекомендуется, если есть подозрение на ОБП, АП, обострение ХБП.

В числе рекомендаций – ПЦР-исследование уретрального мазка или первой порции мочи у мужчин сексуально активных/с девиантным сексуальным поведением на *C. trachomatis*, *M. genitalium*,

M. hominis, *Trichomonas vaginalis*, *U. urealyticum* при симптомах уретрита.

Рекомендуется определение уровня тестостерона – оценка уровня эндогенного общего тестостерона у пациентов с тяжелым рецидивирующим течением ХБП, с клиническими проявлениями дефицита тестостерона с целью его коррекции посредством заместительной гормональной терапии.

Инструментальные диагностические исследования

Ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря и простаты/трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) простаты не являются методами диагностики ХБП в рутинной практике. Однако они могут быть использованы в качестве инструмента для дифференциальной диагностики при неясной клинической картине (рецидивирующем течении заболевания, наличии другого заболевания простаты) и оценки состояния нижних мочевыводящих путей. При невозможности выполнения ТРУЗИ и рецидиве абсцесса простаты рекомендуется выполнение компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Лечение острого простатита

Пациентам с симптомами острого простатита (ОП) предполагаемой типичной бактериальной этиологии рекомендуется назначение эмпирической АБ терапии АБП широкого спектра действия с целью максимально быстрого достижения клинического эффекта с учетом данных по локальной резистентности микроорганизмов в конкретном регионе.

До момента получения результатов клинического исследования мочи и антибиотикограммы (АБГ) рекомендуется проводить эмпирическую АБ терапию с последующей сменой АБП, при необходимости в соответствии с данными микробиологического анализа биоматериала.

Продолжительность АБ терапии у пациентов с симптомами ОП составляет 10–14 суток с возможным расширением до 28 суток в случаях, когда у пациентов сохраняется симптоматика ОП. При этом следует учитывать, что рекомендации по длительности АБ терапии основаны на ограниченных данных клинических исследований и экспертном мнении.

У пациентов со среднетяжелым стабильным клиническим течением ОП рекомендуется проведение эмпирической стартовой терапии пероральными АБП в амбулаторных условиях. При среднетяжелом течении неосложненного ОП

в первой линии АБ терапии рекомендуется ципрофлоксацин 500 мг по 1 таб. 2 р./сут.; офлоксацин 400 мг по 1 таб. 2 р./сут.; левофлоксацин 500/750 мг по 1 таб. 1 р./сут.; а во второй – ко-тримоксазол 80/400 мг по 2 таб. 2 р./сут.

При среднетяжелом течении, осложненном возбудителями инфекций, передаваемых половым путем (ИППП):

- в случае *N. gonorrhoeae* – цефтриаксон 1000 мг в/м однократно или цефиксим 400 мг 2 таб. однократно или 1 р./сут. – 10 сут. (при тяжелом течении гонорейной инфекции);

- в случае *C. trachomatis*, *M. genitalium*, *U. urealyticum* – доксицилин 100 мг по 1 таб. 2 р./сут. 7–10 сут. / азитромицин 250 мг 2 таб. в 1-е сут., 1 таб. 1 р./сут. – 4 сут.;

- в случае *Trichomonas vaginalis* – метронидазол 500 мг 1 таб. 2 р./сут. – 7 сут. или 4 таб. однократно.

В качестве стартовой терапии у пациентов с тяжелым клиническим течением ОП, подозрением на уросепсис и/или факторами риска рекомендуется проводить парентеральное лечение АБП в госпитальных условиях. При стабилизации состояния и афебрильном клиническом статусе пациента возможен переход на деэскалационную терапию: с парентеральной на пероральную АБ терапию в соответствии с результатами культурального исследования мочи и АБГ с продлением приема до 14–28 суток с целью максимального достижения клинического эффекта на амбулаторном этапе.

Рекомендуется в качестве АБП для эмпирической парентеральной терапии у пациентов с не-нозокомиальным тяжелым неосложненным течением ОП использовать фторхинолоны, цефалоспорины (II/III поколения) или защищенные полусинтетические пенициллины с ингибиторами бета-лактамаз в/без комбинации с аминогликозидами (при нестабильном клиническом состоянии). Если пациент в более тяжелом состоянии с нозокомиальным или тяжелым осложненным течением ОП, абсцедирующим простатитом в качестве АБП для эмпирической парентеральной терапии рекомендуются цефалоспорины (II/III поколения) / защищенные полусинтетические пенициллины с ингибиторами бета-лактамаз / фторхинолоны в комбинации с аминогликозидами/производными имидазола (при абсцессе простаты) или карбапенемы.

Хирургическое лечение

Пациентам с ОП и АП при острой задержке мочи (ОЗМ) или остаточном

объеме мочи (ОМ) больше 100 мл после вскрытия абсцесса простаты рекомендуется проводить дренирование мочевого пузыря путем постоянного/интермиттирующего трансуретрального дренирования или формирования надлонной цистостомы. Трансректальная аспирация абсцесса простаты под ТРУЗИ-навигацией рекомендуется при неэффективности системной консервативной терапии, тяжелом состоянии пациента или коморбидности при диаметре абсцесса более 10 мм.

Рекомендуется в качестве альтернативы трансректальной аспирации абсцесса при наличии противопоказаний (выраженный геморрой, стеноз анального отверстия, анальные фистулы) или расположении абсцессов в периферической зоне простаты выполнение трансперинеальной аспирации с УЗИ-навигацией с помощью пункции по методике Seldinger под общей анестезией.

Рекомендуется выполнение трансуретральной резекции полостей (анруфинг) у нестабильных пациентов, при мультифокусном или мультилокулярном (септы в полости) абсцедировании, диаметре абсцесса более 20 мм, возрасте старше 50 лет или рецидиве после трансректальной/трансперинеальной аспирации содержимого абсцесса.

Лечение АП

У пациентов с абсцессом простаты диаметром менее 20 мм при контролируемом течении и после его хирургического дренирования рекомендуется инициальное проведение парентеральной АБ терапии.

Лечение ХБП

Рекомендуется отложить проведение эмпирической АБ терапии у асимптомных пациентов/с легкими простатит-ассоциированными симптомами и незначительными нарушениями мочеиспускания (менее 8–2 баллов по шкале IPSS-QoL) с инициально выявленным незначительным уровнем лейкоцитов в секрете простаты.

При легком течении ХП рекомендуются альтернативные методы лечения, коррекция образа жизни: увеличение физической активности у пациентов с малоподвижным образом жизни и ожирением, коррекция сексуального поведения и нормализация питания.

При умеренном/тяжелом течении с ХП-ассоциированными симптомами (более 9 баллов по шкале МИН-CPSI) и нарушениями мочеиспускания (более 8–2 баллов по шкале IPSS-QoL) рекомендуется проводить эмпирическую АБ терапию до момента получения результатов 2/4-порционной пробы мочи с последующей сменой АБП при необходимости в соответствии с данными микробиологического анализа биоматериала.

Для эмпирической терапии пациентов с ХП-ассоциированными симптомами бактериальной этиологии в качестве АБП первой линии рекомендуется использовать группу фторхинолонов. В качестве альтернативы может быть рассмотрена старт-терапия котримоксазолом при ранее выявленной резистентности к фторхинолонам.

Препараты выбора для эмпирической терапии: ципрофлоксацин, офлоксацин

левифлоксацин – в первой линии, котримоксазол, доксициклин – во второй.

При наличии признаков ХП, ассоциированного с атипичными уропатогенами – левифлоксацин/ципрофлоксацин. При ИППП – доксициклин, азитромицин, метронидазол.

Иное лечение

Не рекомендуется рутинно применять курсовой массаж простаты у пациентов с ХБП ввиду недостаточно доказанной эффективности данной манипуляции в отношении редукции простатит-ассоциированных симптомов. Фитотерапия рекомендуется при простатит-ассоциированных симптомах ХБП в качестве лечебного средства в комбинированной терапии.

Иммуноактивная терапия не рекомендуется в рутинной практике, однако при рецидивирующем ХБП возможно ее применение. Комбинация АБ терапии и рекомбинантного интерферона альфа-2b при лечении ХБП обеспечивает более эффективное купирование инфекционно-воспалительного процесса в долгосрочной перспективе, чем АБ монотерапия. Назначение иммунотерапии должно быть под руководством иммунолога.

В этой связи Х.С. Ибишев рассказал о собственном опыте применения иммунотерапии в рамках исследования «Эффективность интерферонотерапии у пациентов с хроническим рецидивирующим бактериальным простатитом рекомбинантным интерфероном альфа-2b». В исследовании приняли участие 62 пациента, которых разделили на две группы. Пациенты из первой группы получали

АБ терапию + рекомбинантный интерферон альфа-2b – 3млн МЕ два раза в день ректально 28 дней. Вторая – АБ терапию 28 дней. Стандартная антибактериальная терапия хронического рецидивирующего бактериального простатита приводит к ремиссии простатита в течение 12 месяцев в 38,7% случаев. В то время как антибактериальная терапия хронического рецидивирующего бактериального простатита в сочетании с иммуноактивной терапией интерферонами повышает частоту ремиссии до 70,9% случаев.

Рекомендуется применение альфа-адреноблокаторов, поскольку они существенно снижают симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП) при лечении ХБП. Комбинация АБ терапии и альфа-адреноблокаторов достигают лучших результатов в лечении пациентов с ХБП, чем монотерапия АБП. Мультикомбинированная терапия предпочтительна при лечении рецидивирующего ХБП СНМП.

Рекомендуется применять ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (тадалафил, варденафил) в комбинации с основными медикаментами у пациентов с верифицированным ХБП в избранных случаях (преимущественно сопутствующая эректильная дисфункция или тазовая ишемия) ввиду противоположных результатов исследований применения данных препаратов при данной патологии.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) также рекомендованы к применению в составе мультикомбинированной терапии заболеваний предстательной железы.

Елена Яковлева

Российская компания «Фармстандарт» информирует о выходе нового препарата под торговым наименованием «Джозафен®» (МНН джозамицин), 500 мг

Препарат относится к фармакотерапевтической группе «антибактериальные средства системного действия; макролиды, линкозамиды и стрептограмин; макролиды» (код АТХ: J01FA07) и выпускается в форме таблеток, покрытых пленочной оболочкой, в фасовках № 10 и № 20 (производитель ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Россия).

«Джозафен®» применяется у взрослых и детей с массой тела более 20 кг при инфекционно-воспалительных заболеваниях, вызванных чувствительными к джозамицину микроорганизмами, в т.ч. при инфекциях верхних, нижних дыхательных путей и ЛОР-органов, инфекциях в стоматологии и офтальмологии, кожных покровов и мягких тканей, мочеполовой системы, заболеваний желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* [1].

Препарат активен в отношении внутриклеточных микроорганизмов, показал свою эффективность как в монотерапии, так и в комбинации с доксициклином при лечении пациентов с ХБП (исследование TAURUS) [2]. Джозамицин обладает преимуществом по безопасности по сравнению с фторхинолонами [3].

«Джозафен®» – единственный препарат джозамицина на рынке в дозировке 500 мг [4]. Фасовки № 10 и № 20 комплементарны основным курсам терапии и обеспечивают удобство и высокую комплаентность пациента к лечению. Фасовка № 10 подходит для детей до 14 лет с массой тела 20–40 кг при длительности курса терапии пять дней; фасовка № 20 – для взрослых и детей при длительности курса терапии 10 дней и более.

«Джозафен®» биоэквивалентен оригинальному препарату в аналогичной лекарственной форме [5].

С 3 марта 2025 г. «Джозафен®» доступен в гражданском обороте.

РЕКЛАМА

1. Инструкция по медицинскому применению препарата «Джозафен®».
2. Винаров А.З. и соавт. Лечение больных простатитом доксициклином («Юнидокс Солютаб®») и/или джозамицином («Вильпрафен®») в реальной клинической практике. Результаты наблюдательной программы TAURUS. Урология. 2015;3:75–83.
3. Aspinall S.L. et al. Serious cardiovascular adverse events with fluoroquinolones versus other antibiotics: A self-controlled case series analysis. Pharmacol Res Perspect. 2020;8(6):e00664.
4. По данным ГРЛС (дата обращения 28.03.2025).
5. Проспективное открытое рандомизированное перекрестное исследование по изучению сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов «Джозафен®» (МНН джозамицин), таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг (производства ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Россия) и «Вильпрафен®» (МНН джозамицин) таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг (производства «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», Нидерланды) у здоровых добровольцев.

Джозафен® джозамицин **НОВИНКА**

Джозафен® – единственный препарат джозамицина на рынке в дозировке 500 мг¹

500 мг → 3 раза в сутки → 7-10 дней*

Биоэквивалентен оригинальному препарату²
Обладает более высокой активностью в отношении внутриклеточных возбудителей урогенитальных инфекций³⁻⁴
Эффективен в отношении *M. genitalium*, *M. hominis*, *U. urealyticum*, *C. trachomatis*⁵

*Схема применения при инфекциях мочеполовых путей, вызванных *C. trachomatis* и *M. genitalium* согласно ИМП Джозафен® 1. По данным ГРЛС (дата обращения 28.03.2025) 2. Проспективное открытое рандомизированное перекрестное исследование по изучению сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов Джозафен® (МНН джозамицин), таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг (производства ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Россия) и Вильпрафен® (МНН джозамицин) таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг (производства Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нидерланды) у здоровых добровольцев. 3. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Рекомендации Минздравнадзора ассоциацией по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2021. 4. Bebear C.M. et al. Comparative activities of tetracycline, levofloxacin, and other antimicrobial agents against human mycoplasmas. Antimicrob Agents Chemother 2000; 44: 1960-2. 5. Bebear C.M. et al. In vitro activity of trovafloxacin compared to those of five antimicrobials against mycoplasmas including Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum fluoroquinolone-resistant isolates that have been genetically characterized. Antimicrob Agents Chemother 2000; 44: 2557-60 & Donati M, Pollini GM, Sparacino M, Fortugno MT, Lotti E, Cevenini R. Comparative in vitro activity of garenoxacin against Chlamydia spp. J Antimicrob Chemother. 2002;50:407–10. 7. Pridmore D, Duvert JP, Clerc M, et al. Effects of antibiotics on Chlamydia trachomatis viability as determined by real-time quantitative PCR. Journal of medical microbiology 2011; 60(Pt 4): 508-14. 8. Zhu H, Wang HP, Jiang Y, Hou SP, Liu YJ, Liu QZ. Mutations in 23S rRNA and ribosomal protein L4 account for resistance in Chlamydia trachomatis strains selected in vitro by macrolide passage. Andrologia. 2010 Aug;42(4):274-80. В Инструкции по медицинскому применению препарата Джозафен® Реклама АО «Фармстандарт» pharmstd.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Острый пиелонефрит

В рамках XIX Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии — 2025» профессор кафедры урологии РУМ, д.м.н. **Андрей Владимирович Зайцев** ознакомил коллег с новыми клиническими рекомендациями «Острый пиелонефрит». После почти двухлетней подготовки и обсуждения на сайте РОУ они утверждены МЗ РФ в декабре 2024 г.



По словам эксперта, уже само определение острого пиелонефрита (ОП) вызвало споры. В новых российских Клинических рекомендациях (КР) предложена следующая формулировка: «Острый пиелонефрит – это острый неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, характеризующийся одновременным или последовательным поражением чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек (преимущественно интерстициальной ткани). Как подчеркнул докладчик, это определение соответствует данным фундаментальных работ отечественной урологической литературы.

В классификации ОП выделяют первичный острый пиелонефрит (неосложненный), развивающийся в интактной почке (без аномалий развития и видимых нарушений уродинамики верхних мочевыводящих путей), и вторичный (осложненный), возникающий на фоне заболеваний, нарушающих пассаж мочи.

Для ОП характерны следующие стадии:

- серозное воспаление;
- гнойное воспаление;
- апостематозный пиелонефрит;
- карбункул почки;
- абсцесс почки.

Диагностика

Критерии установления диагноза ОП основываются на патогномоничных данных:

- наличии боли в поясничной области и костoverтебральном углу, сопровождающейся, как правило, лихорадкой, дизурии;
- результатах лабораторных исследований;
- результатах инструментальных исследований.

Лабораторные клинические исследования

Всем пациентам с подозрением на ОП рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа мочи (ОАК) для выявления лейкоцитурии и бактериурии на этапе первичной диагностики. Исследова-

ние целесообразно выполнять не позднее двух часов после поступления в стационар.

До начала эмпирической антибактериальной (АБ) терапии всем пациентам также рекомендуется выполнение микробиологического (культурального) исследования мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам для выявления возбудителя заболевания и выбора АБ терапии.

Эксперт обратил внимание, что текущие клинические рекомендации предлагают диагностировать ОП на основании клинических особенностей и пиурии, и привел в этой связи результаты исследования с участием 391 пациента с диагнозом ОП. Выяснилось, что более половины из них не имели типичных симптомов со стороны мочевыводящих путей, а у 30% отсутствовала болезненность в реберно-позвоночном углу, у 22,5% пациентов было нормальное количество лейкоцитов (0–5 / HPF) при микроскопии мочи, а вероятность пиурии снизилась на 75,1% у пациентов, принимающих АБ перед обращением в отделение неотложной помощи. Таким образом, нельзя упускать из виду диагноз ОП, даже в отсутствие типичных клинических признаков или при нормальных результатах микроскопического исследования мочи [1].

Всем пациентам при первичной диагностике ОП рекомендуется выполнение общего анализа крови и биохимического общетерапевтического анализа крови (исследование уровня креатинина, глюкозы в крови, С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови) для уточнения активности воспалительного процесса и функционального состояния почек.

При наличии в анамнезе указаний на хроническую болезнь почек (ХБП) рекомендуется исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (проба Реберга) с определением скорости клубочковой фильтрации (мл/мин.) и канальцевой реабсорбции (%) по клиренсу эндогенного креатинина крови и мочи с учетом объема выделенной жидкости (в единицу времени) для оценки выделительной способности почек.

Комментируя эти рекомендации, спикер сослался на исследование, показавшее, что нарушение функции почек является неблагоприятным предрасполагающим фактором для развития ОП [2].

Эксперт отметил важность определения уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови. По результатам работы французских урологов показатель ПКТ — биологический маркер, связанный с наивысшей точностью для прогнозирования

сепсиса, превосходящий по информативности уровень СРБ. Чувствительность и специфичность этого показателя составляет 95 и 77% соответственно. Уровень ПКТ более 1,12 мкг/л может помочь врачам выявлять пациентов с высокими рисками развития сепсиса [3].

Инструментальные диагностические исследования

Пациентам с неосложненным течением ОП рекомендуется выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) почек с целью исключения обструкции верхних мочевыводящих путей (ВМП) и наличия в них конкрементов. Это исследование, проведенное не позднее двух часов после поступления в стационар, позволяет диагностировать отек паренхимы почки и ее очаговые изменения, а доплерография сосудов почки – оценить степень нарушения кровотока. Расширение чашечно-лоханочной системы свидетельствует о нарушении оттока мочи из почки и вторичном характере заболевания.

УЗИ не является информативной методикой в 100% случаев. Пациентам с подозрением на мочекаменную болезнь (МКБ) или ее наличием, выраженными клиническими признаками системного воспаления (лихорадка, озноб, рвота), снижением диуреза (скорость гломерулярной фильтрации менее 40 мл/мин.) рекомендуется выполнение компьютерной томографии (КТ) почек и ВМП с внутренним болюсным контрастированием либо обзорной урографии (рентгенографии мочевыводящей системы) и внутренней урографии (экскреторной) с целью определения анатомо-функционального состояния ВМП.

Обзорная урография позволяет диагностировать калькулезный характер ОП, а внутренняя (экскреторная) урография — оценить состояние почек и мочевыводящих путей, а также пассаж мочи. У длительно лихорадящих (72 часа) пациентов или/при подозрении на конкремент в мочевыводящих путях следует обязательно выполнять КТ почек и ВМП с внутренним болюсным контрастированием.

Магнитно-резонансную томографию (МРТ) почек рекомендуется выполнять беременным пациенткам с подозрением на ОП или же пациентам с высоким уровнем креатинина крови.

Диффузно-взвешенная МРТ (DWI – diffusion weighted imaging) показала самую высокую чувствительность (100%), в то время как чтение DWI с T2-взвешенным изображением (оба результата были положительными) показало самую высокую специфичность (100%) для диагностики ОП в популяции с высоким исходным креатинином.

DWI – это превосходный автономный инструмент визуализации, который можно комбинировать с обычными методами для диагностики ОП даже у пациентов с высоким уровнем сывороточного креатинина или другими противопоказаниями к внутривенному контрастированию [4].

Сканирование с использованием Tc-димеркаптоянтарной кислоты (DMSA – dimercaptosuccinic acid) является «золотым стандартом» в обнаружении паренхиматозных изменений, особенно рубцевания, при пиелонефрите. В последнее время в диагностике пиелонефрита набирает популярность МРТ. Опубликованный метаанализ семи исследований (164 пациента) показал, что МРТ и сканирование с DMSA оказались эквивалентными в обнаружении рубцов, но это должно быть дополнительно изучено на большем количестве пациентов. [5].

Иные диагностические исследования

Пациентам с подозрением на ОП и аллергической реакцией на рентгеноконтрастные средства, содержащие йод, рекомендуется сцинтиграфия почек и мочевыводящей системы с целью радионуклидной визуализации поражения почек. Исследования показали, что сцинтиграфия почек и мочевыводящей системы является более чувствительным методом, чем УЗИ почек для выявления острого и хронического пиелонефрита. Сканирование с 99m Tc-DMSA обнаруживает больше дефектов, чем ультразвуковая или рентгенологическая визуализация.

Лечение

Лечение пациентов с ОП должно заключаться в ликвидации инфекционно-воспалительного процесса и санации мочевыводящих путей на фоне адекватного оттока мочи из почки.

Медикаментозная терапия

Всем пациентам для медикаментозного лечения ОП рекомендуется АБ терапия.

Пациентам с вторичным (обструктивным) ОП АБ терапию рекомендуется начинать только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки для исключения развития бактериотоксического шока и повышения эффективности лечения.

Методами декомпрессии почки у пациентов с острым обструктивным пиелонефритом могут быть ретроградное мочеточниковое стентирование (РМС) и чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС). Результаты исследования показали, что, несмотря на схожую эффектив-

ность и частоту успеха, отмеченную между применением ЧПНС и РМС при экстренном дренировании ВМП, в случаях с обструктивным пиелонефритом применение ЧПНС оказалось целесообразным из-за меньшей продолжительности операции и рентгеноскопии [6].

При несвоевременном проведении декомпрессии почки и запоздалом начале АБ терапии высока вероятность развития бактериемического шока. Задержка декомпрессии ВМП при обструктивных процессах, препятствующих прохождению мочи при инфекции мочевыводящих путей (ИМП), связана с повышением риска смерти.

Публикация американских исследователей 2020 г. свидетельствует, что у пациентов с обструкцией ВМП конкретными и ИМП задержка декомпрессии ВМП увеличивает вероятность смертности на 29% [7].

Обструкция может быть вызвана разными причинами. Например, выпадением (пролапсом) тазовых органов (POP – Pelvic Organ Prolapse), которое может привести к острому двустороннему обструктивному пиелонефриту из-за двусторонней компрессии мочеточников. Распространенность гидронефроза при POP колеблется от 3,6 до 30,6%. Прямое сдавливание мочеточников приводит к двустороннему гидронефрозу.

При выборе способа назначения АБ терапии – перорально или внутривенно – исходят из состояния пациентов. В случае, если нет факторов, способных значительно нарушить всасывание препаратов из ЖКТ, антимикробные препараты (фторхинолоны и цефалоспорины III по-

коления) можно применять перорально в зависимости от степени выраженности пиелонефрита, данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

У более тяжелых пациентов: с подозрением на внутрибольничную инфекцию, иммуносупрессией, риском наличия мультиантибиотикорезистентных возбудителей, при сохранении у пациента фебрильной температуры в течение более 72 часов, клинико-лабораторных признаках системного воспаления применяется внутривенная АБ терапия, в том числе и как стартовая. В зависимости от состояния пациента это могут быть карбапенемы, но прежде всего речь идет о фторхинолонах и цефалоспоринов III поколения, а также аминогликозидах, где их применение возможно.

В КР включены АБ препараты, которые чаще всего входят в список жизненно необходимых. Вместе с тем данные исследования «ДАРМИС» – 2023 показали, что АБ резистентность к цефалоспоринов III и даже IV поколения достигает до 15%.

Иногда результат посева мочи свидетельствует, что *Pseudomonas aeruginosa* нечувствительна ни к какому препарату, включая амикацин, амоксициллин/клавулановая кислота, имипенем/циластатин, меропенем, цефотаксим, цефтазидим, цiproфлоксацин. Двойное слепое рандомизированное исследование III фазы показало, что исходно цефепим-резистентные возбудители, ESBL (Extended-spectrum beta-lactamase – бета-лактамазы расширенного спектра) – продуцирующие возбудители и возбудители с множественной лекарствен-

ной устойчивостью, были выявлены у 22,0%, 26,5% и 35,6% пациентов. По его результатам, цефепим-таниборбактам превосходил меропенем по первичному исходу – как микробиологическому, так и клиническому успеху (комплексный успех) на 19–23 дни исследования [8].

Оперативное лечение

Основными принципами лечения являются своевременное восстановление уродинамики мочевыводящих путей, адекватная эмпирическая АБ терапия и устранение (по возможности) осложняющих факторов (камней, катетеров, дренажей и т.д.).

Всем пациентам с острым вторичным пиелонефритом рекомендуется провести экстренное дренирование почки – установку внутреннего стента для восстановления пассажа мочи.

При невозможности установки стента пациентам с острым вторичным пиелонефритом рекомендуется выполнение ЧПНС для возможности длительного дренирования почек.

Открытое оперативное лечение рекомендуется пациентам с ОП в стадии гнойного воспаления, невозможности дренирования почки малоинвазивными методами независимо от причины, с отрицательной динамикой на фоне адекватной АБ терапии и функционирующей нефростомой.

Спикер отметил, что нефрэктомия у больных с ОП, к сожалению, и сегодня по-прежнему возможна, несмотря на наличие малоинвазивных методов хирургического лечения. Иногда имеет смысл понизить порог для проведения экстренной нефрэк-

томии, чтобы спасти пациента, утверждают специалисты из Великобритании [9]. Поэтому такая возможность должна быть отражена в КР с учетом принципов доказательной медицины.

Завершая выступление, А.В. Зайцев напомнил, что КР «Острый пиелонефрит» уже утверждены Минздравом РФ, но в них еще можно будет внести изменения с учетом поступивших замечаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hyang Keun Song et al. Clinical investigation on acute pyelonephritis without pyuria. Yeungnam Univ. J Med. 2021 Aug 11. doi: 10.12701/yujm.2021/01207. Online ahead of print.
2. Henriette Vendelbo Graversen et al. Preadmission kidney function and risk of acute kidney injury in patients hospitalized with acute pyelonephritis: A Danish population-based cohort study. Plos One, 2021;16(3):e0247687.
3. Michael Baboudjian et al. The prognostic value of serum procalcitonin in acute obstructive pyelonephritis. World J of urol. 2021. May 39(5) DOI:10.1007/s00345-020-03353-2.
4. Denver Steven Pinto et al. Role of MRI in the evaluation of acute pyelonephritis in a high-risk population with renal dysfunction: a prospective study. Emerg Radiol. 2023 Jun;30(3):285-295. doi: 10.1007/s10140-023-02122-z
5. Ismet Sarikaya et al. 99mTc-dimercaptosuccinic acid scan versus MRI in pyelonephritis: a meta-analysis. Nucl Med Commun. 2020 Nov;41(11):1143-1152.
6. Ferhat Yakup Suçeken et al. Efficacy and Safety of Two Different Approaches in the Drainage of the Upper Urinary Tract in «Acute Obstructive Uropathy»: A Critical Evaluation J Endourol. 2025 Jan;39(1):84-89. doi: 10.1089/end.2024.0242.
7. Christopher R Haas Delayed Decompression of Obstructing Stones with Urinary Tract Infection is Associated with Increased Odds of Death. World J of urol 2020 Dec;204(6):1256-1262. doi: 10.1097/JU.0000000000001182.
8. Florian M Wagenlehner et al. Cefepime-Taniborbactam in Complicated Urinary Tract Infection. Clinical Trial N Engl J Med. 2024 Feb 15;390(7):611-622.
9. Eve Boakes et al. Deriving a management algorithm for emphysematous pyelonephritis: Can we rely on minimally invasive strategies or should we be opting for earlier nephrectomy? Int Urol Nephrol. 2017 Dec; 49(12):2127-2136. doi: 10.1007/s11255-017-1706-8.

Елена Яковлева

ТЕМА ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

Воспалительные заболевания органов мошонки

Проект клинических рекомендаций «Воспалительные заболевания органов мошонки» представил на XIX Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармако-терапия в урологии – 2025» ведущий научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал НМИЦ радиологии, к.м.н. **Степан Сергеевич Красняк**.



Определение, классификация

Будучи одним из авторов проекта клинических рекомендаций (КР), докладчик рассказал об основных сложностях работы. Известно, что КР должны опираться на доказательства в виде научных публикаций. Однако в отношении некоторых заболеваний мужских репродуктивных органов, к примеру, таких, как фимоз, не так много рандомизированных клинических исследований. Кроме того, рекомендации по поводу эпидидимита, эпидидимоорхита присутствуют в руководствах по лечению пациентов с инфекциями мочевыводящих путей (ИМП) и репродуктивных органов. И в существенной части сочетаются с

рекомендациями по лечению пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Все это необходимо было учесть при составлении проекта КР «Воспалительные заболевания органов мошонки». Прежде всего докладчик привел включенные в проект КР определения эпидидимита, орхита и эпидидимоорхита.

«Эпидидимит – это воспаление придатка яичка, которое развивается чаще всего вследствие проникновения инфекции в придаток восходящим путем, из уретры или гематогенным путем как осложнение инфекционных заболеваний».

«Орхит – это воспаление тканей яичка, которое развивается чаще всего

вследствие проникновения инфекции в придаток восходящим путем, из уретры или гематогенным путем как осложнение инфекционных заболеваний».

«Эпидидимоорхит – это воспаление, которое развивается чаще всего вследствие проникновения инфекции в яичко и придаток яичка восходящим путем, из уретры или гематогенным путем как осложнение инфекционных заболеваний».

После этого спикер пояснил, что, поскольку изолированные эпидидимиты или орхиты в клинической практике встречаются редко, то в проекте КР под воспалительными заболеваниями органов мошонки подразумевается эпидидимоорхит.

Что касается эпидемиологии, то эпидидимит является распространенным заболеванием с частотой заболеваемости от 25 до 65 случаев на 10 тыс. взрослых мужчин в год.

При кодировании заболевания по МКБ-10 используются три кода:

- N49.2 – Воспалительные болезни мошонки;

- N45.0 – Орхит, эпидидимит и эпидидимоорхит с абсцессом (абсцесс яичка и придатка яичка);

- N45.9 – Орхит, эпидидимит и эпидидимоорхит без упоминания об абсцессе.

Классификация эпидидимоорхита основывается на ряде факторов. По локализации процесса он подразделяется на односторонний и двусторонний. Также различают острый (длительностью до шести недель) и хронический (более шести недель) эпидидимоорхит. По характеру этиологического фактора выделяют инфекционный и неинфекционный (например, вследствие травмы, рака, аутоиммунных или идиопатических состояний) эпидидимоорхит.

По природе инфекционного возбудителя различают следующие типы эпидидимоорхита: хламидийный, микоплазменный, трихомонадный, бактериальный, вирусный, гонорейный, туберкулезный.

Диагностика

При сборе жалоб и анамнеза рекомендуется выявлять информацию о недавнем половом контакте без использования барьерных средств контрацепции, а также иных возможных этиологических факторах у всех пациентов с подозрением на эпидидимоорхит для определения тактики дальнейшей диагностики и лечения. Это объясняется тем, что чаще всего в основе заболевания – ИППП [1]. В целом исторически ИППП считались преобладающей причиной эпидидимита в возрастной группе до 35 лет, а кишечные патогены – в возрастной группе старше 35 лет. Однако доказательств в поддержку этого подхода ограничены, а возраст и сбор сексуального анамнеза недостаточны для выбора антибактериальной (АБ) терапии.

При физикальном обследовании мошонки могут отмечаться классические признаки воспаления: исчезновение складчатости кожи мошонки, ее гиперемия, болезненность при пальпации.

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется выполнение анализа на ИППП, включая, но не ограничиваясь *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, всем мужчинам с подозрением на эпидидимоорхит, для определения необходимости соответствующей АБ терапии. Для анализа лучше всего использовать первую утреннюю порцию мочи или мазок из уретры. Методом выбора является метод амплификации нуклеиновых кислот (МАНК).

Всем мужчинам с подозрением на эпидидимоорхит рекомендуется выполнить анализ мазка из уретры с окрашиванием по Граму/метиленовым синим и посева на *N. gonorrhoeae*, если он доступен. Как подчеркнул спикер, это самый частый

и эпидемически важный анализ, поскольку инфекции, вызываемые *N. Gonorrhoeae*, относятся и к ИППП, и к венерическим заболеваниям, подлежащим статистическому учету. Не рекомендуется выполнение посева мочи с целью диагностики эпидидимоорхита, так как стандартный посев мочи обладает низкой чувствительностью по отношению к основным этиологическим микроорганизмам. Присутствие нитритов и лейкоцитарной эстеразы может свидетельствовать о наличии ИМП у пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП). Однако нормальный анализ мочи не исключает диагноза эпидидимоорхита. Рандомизированные исследования не показали увеличения частоты выявления патогенов, характерных для эпидидимоорхита, на основании посева мочи, потому что посев мочи в отношении возбудителей, находящихся в придатке яичка, является низкочувствительным методом [2]. При подозрении на туберкулезный эпидидимит/эпидидимоорхит рекомендуется провести как минимум три последовательных утренних мазка мочи на наличие кислотоустойчивых бацилл (КУБ) и выполнить анализ мочи на наличие ДНК *Micobacterium tuberculosis*.

Идентификация *M. tuberculosis* в моче при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР) является высокочувствительным и специфичным методом диагностики урогенитального туберкулеза. По сравнению с культуральным исследованием метод ПЦР показал чувствительность 95,6% и специфичность 98,1%. По сравнению с бактериологической, гистологической или клинико-рентгенологической диагностикой он продемонстрировал чувствительность 94,3% и специфичность 85,7%. Тем не менее, несмотря на потенциальную роль ПЦР в диагностике урологического туберкулеза, в настоящее время нет данных, доказывающих диагностику этого состояния без подтверждения микробиологическими методами. При необходимости надо исследовать секрет простаты, эякулят, выделения из дренирующей мошоночной фистулы, а также образцы тонкоигольной аспирационной биопсии с помощью микроспории, посева на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) и МАНК. При наличии подозрений на туберкулезный эпидидимоорхит можно маршрутизировать пациента к фтизиатру. Рекомендуется проведение обследования на другие ИППП, включая сифилис, вирусы, передающиеся через кровь (ВИЧ, гепатиты В и С) всем пациентам с эпидидимоорхитом, вызванным микроорганизмом, передаваемым половым путем, для диагностики сопутствующей инфекции.

С учетом того, что ведущей причиной эпидидимоорхита является возбудитель, передаваемый половым путем, с точки зрения общественного здоровья и вторичной профилактики ИППП, диагностика вирусных и бактериальных инфекций может повысить их выявляемость на ранней стадии.

Инструментальные методы диагностики

Рекомендуется выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) органов мошонки с доплерографией всем паци-

ентам с подозрением на эпидидимоорхит. УЗИ важно как для подтверждения самого диагноза, так и для исключения абсцедирования.

УЗИ более достоверно для диагностики острого эпидидимита, чем только лабораторное обследование. Метод может быть полезен для дифференциальной диагностики и исключения других патологических состояний. На серошкальном УЗИ придаток яичка будет выглядеть увеличенным и неоднородным, может присутствовать реактивное гидроцеле или пиоцеле. Однако это вторичные признаки при диагностике острого эпидидимита. Цветное доплеровское сканирование (ЦДК) покажет повышенный кровоток на пораженной стороне. Необходимо обратить внимание: одного лишь наличия усиления кровотока придатка недостаточно; скорее, следует определить ассиметричное увеличение по сравнению с бессимптомной стороной.

Иные диагностические методы исследования

Рекомендуется выполнение спермограммы после перенесенного эпидидимоорхита пациентам, планиующим зачатие. Когортное исследование показало, что параметры спермы могут быть нарушены во время эпидидимита, но восстанавливаются после успешного лечения [2].

Лечение

Эксперт напомнил о рекомендации проинформировать мужчин с эпидидимоорхитом, вызванным ИППП, о рисках для окружающих и необходимости воздержаться от сексуальной активности без использования барьерных методов контрацепции до полного выздоровления с целью профилактики передачи возбудителя. Всем пациентам с эпидидимоорхитом рекомендуется эмпирическая АБ терапия на основании наиболее вероятного возбудителя еще до получения результатов посевов. Не рекомендуется планировать АБ терапию при остром эпидидимите/эпидидимоорхите на основании молодого возраста пациента и анамнеза сексуальной активности. Данные большой группы сравнения свидетельствуют о том, что молодой возраст не является достаточным прогностическим фактором для патогена, передаваемого половым путем [3].

Для мужчин с острым эпидидимитом при низком риске гонореи (например, без выделений из уретры) следует использовать один препарат или комбинацию двух препаратов в достаточной дозе и продолжительности для эрадикации *C. trachomatis* и *Enterobacterales*. Рекомендуется применение одной из следующих схем эмпирической АБ терапии: фторхинолоновый антибиотик, активный против *C. trachomatis* – левофлоксацин, 500 мг один раз в сутки перорально в течение 10–14 дней или Доксциклин 200 мг – начальная доза перорально, а затем 100 мг два раза в день в течение 10–14 дней + антибиотик, активный против *Enterobacterales* – в течение 10–14 дней.

Для мужчин с вероятным острым гонорейным эпидидимитом необходимо использовать комбинированную схему ле-

чения, активную против *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*, такую как Цефтриаксон 1000 мг внутримышечно однократно + доксициклин 200 мг начальная доза перорально, а затем 100 мг два раза в день в течение 10–14 дней.

Для сексуально неактивных мужчин с острым эпидидимитом следует использовать один препарат в достаточной дозе и продолжительности для уничтожения *Enterobacterales*. Подходящим вариантом является левофлоксацин 500 мг перорально один раз в день в течение 10–14 дней. Естественно, это не исключает назначение других фторхинолонов.

Пациентам с признаками развития гнойно-деструктивного процесса в яичке, придатках яичка и тканях мошонки рекомендуется хирургическое лечение с целью устранения очага инфекции и профилактики возможных осложнений.

Хирургическое лечение – ревизия органов мошонки может потребоваться для дренирования абсцессов или удаления тканей при деструкции. Сравнительное когортное исследование показало, что отсутствие дифференцировки придатка яичка при пальпации и наличие абсцесса при УЗИ может предсказать необходимость хирургического вмешательства после первоначального лечения АБ [4].

Профилактика и диспансерное наблюдение

Крупное когортное исследование по скринингу носительства *C. trachomatis*, включающее случайно выбранную группу из 5 тыс. мужчин, из которых 1033 были протестированы, не выявило никаких преимуществ с точки зрения снижения риска эпидидимита за 10 лет наблюдения. Поскольку редко бывает долгое носительство хламидии, если она есть, то проявляет себя сразу [4].

Критерии оценки качества

Чтобы медицинская помощь, оказанная при воспалительных заболеваниях органов мошонки, соответствовала критериям качества, необходимо выполнить: 1. Сбор жалоб, анамнеза и физикальный осмотр. 2. Исследование методом ПЦР для обнаружения *C. trachomatis* и *N. gonorrhoeae*. 3. УЗИ органов мошонки с доплерографией. 4. Назначение АБ терапии пациентам. 5. Хирургическое лечение пациентам с признаками развития гнойно-деструктивного процесса в яичке, придатке яичка и тканях мошонки.

В заключение эксперт призвал коллег при наличии замечаний по проекту КР поделиться ими через систему общественного обсуждения на сайте МЗ РФ для дальнейшей доработки документа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pilatz A. Acute epididymitis revisited: impact of molecular diagnostics on etiology and contemporary guideline recommendations. Eur Urol. 2015;68(3):428-35.
2. Koeijers J.J. et al. Evaluation of the nitrite and leukocyte esterase activity tests for the diagnosis of acute symptomatic urinary tract infection in men. Clin Infect Dis. 2007;45(7):894-6.
3. Pilatz A. et al. 1092 Impact of bacterial epididymitis on semen quality after antibiotic treatment. The Journal of Urology 2012;187(4):e443.
4. Banyra O, et al. Acute epididymo-orchitis: relevance of local classification and partner's follow-up. Cent European J Urol. 2019;72(3):324-329.

Урологические осложнения у пациентов с трансплантированной почкой

В числе тем прошедшего в Красноярске IX Российского конгресса по эндоурологии и новым технологиям с международным участием были вопросы трансплантологии. Об урологических осложнениях у пациентов с трансплантированной почкой и методах их лечения рассказал заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексологии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, главный внештатный уролог и главный внештатный трансплантолог Министерства здравоохранения Красноярского края, врач-уролог Краевой клинической больницы (Красноярск), доцент, к.м.н., **Михаил Анатольевич Фирсов**.



В целом осложнения после трансплантации зарегистрированы у 32,39% пациентов, у 15,49% из них – в раннем посттрансплантационном периоде. Осложненное течение позднего посттрансплантационного периода зарегистрировано у 21,13% пациентов. Подавляющее число осложнений имело обратимый характер и было скорректировано консервативным или оперативным путем.

Опыт красноярских трансплантологов

Годовая выживаемость трансплантированной почки по данным двух красноярских клиник составила 93,5%, пятилетняя – 81,5%, что сопоставимо с мировой статистикой. Главной причиной утраты функции трансплантированной почки является отторжение. Основные потери трансплантата отмечаются в первый год после операции, что связано с иммунологическими реакциями и другими видами осложнений. В раннем посттрансплантационном периоде (до 3 мес.) причиной трансплантатэктомии, как правило, являются острое отторжение и сосудистые осложнения: артериальные и венозные тромбозы. В позднем (после 3–12 мес.) – урологические, связанные с развитием инфекционно-воспалительных осложнений, острого пиелонефрита трансплантата либо отторжение, которое развивалось на протяжении длительного периода и приводило к деструкции органа.

Урологические заболевания трансплантата можно разделить на несколько основных групп. Основной проблемой является обструктивная уропатия. Порядка 42% всех видов осложнений урологического характера связаны мочеточника пересаженной почки, в меньшей степени – с пузырно-мочеточниковым рефлюксом сочетающегося с рецидивирующими атаками пиелонефрита, еще реже – с формированием камней и новообразованиями. В числе последних, по опыту красноярских урологов, могут быть кисты почек. В частности, киста почечного трансплантата была выявлена у двух пациентов, которым проведено пункционное дренирование, в последующем в связи с рецидивом одному пациенту потребовалось лапароскопическое иссечение кисты.

Мочекаменная болезнь (МКБ) трансплантированной почки и мочеточ-

ника, встречается нечасто. Такие камни обычно либо сформированы уже в трансплантате (камни de novo, образовавшиеся через год после трансплантации), либо присутствовали в трансплантате еще до пересадки органа. В клинической практике красноярских урологов два пациента были прооперированы через пять лет после трансплантации. Развитие и внедрение в практику гибких эндоскопических технологий расширяет возможности лечения пациентов с МКБ в почечном трансплантате. Трем пациентам Красноярска выполнена чрескожная нефроскопия, литотрипсия, литоэкстракция, еще трем – гибкая ретроградная интратанальная литотрипсия, литоэкстракция, стентирование. В последующем рецидивов заболевания не отмечалось. Стриктура уретероцистоанастомоза зафиксирована у шести пациентов. При стриктурах менее 1 см, согласно мировой статистике, хорошие результаты показывают эндоурологические вмешательства. Чрескожная антеградная лазерная уретеротомия (эндоуретеротомия) и стентирование продолжительностью два месяца применялась красноярскими урологами у шести пациентов, у двух из которых в последующем стриктура имела рецидивирующий характер, потребовавший реконструктивной операции – уретероцистоанастомоза.

Вариантом урологических осложнений обструктивного характера пациентов с трансплантированной почкой является облитерация мочеточника протяженностью более 1 см. По этому поводу трем пациентам выполнена реконструкция уретровезикоанастомоза, еще трем – открытая операция Боари. В последующем такой вид операций стал проводиться лапароскопическим доступом, что расширило возможности для хирургии. Клиническая эффективность таких операций по наблюдениям красноярских урологов составила 100%.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) в сочетании с рецидивирующими атаками пиелонефрита также встречается у пациентов, перенесших трансплантацию почки. По этому поводу трем пациентам проведена эндоскопическая пластика устья трансплантированного мочеточника с использованием объемообразующих субстанций по методике HIT+STING, в одном случае отмечен

рецидив рефлюкса, потребовавший в последующем реконструктивного оперативного вмешательства. Использованием собственного мочеточника с предшествующим ипсилатеральным удалением нативной почки выполнено шести пациентам: трем при ПМР, четырем – при облитерации мочеточника на всем протяжении, у одного пациента операция выполнялась дважды в связи с развившейся стриктурой уретеро-пиелоанастомоза. Из семи случаев, в одном операция была проведена открытым доступом, в остальных – лапароскопически.

Опыт красноярских специалистов позволяет сделать следующие выводы:

- в большинстве случаев патологические состояния трансплантированной почки в отдаленном посттрансплантационном периоде (более 12 мес.) носят иммунологический и инфекционный характер, что чаще приводит к утрате функции органа;
- инфекционно-воспалительные и иммунологические осложнения являются основной причиной трансплантатэктомии в отдаленном послеоперационном периоде;
- урологические осложнения чаще фиксируются в позднем послеоперационном периоде (3–12 мес.);
- урологические осложнения в большинстве случаев связаны с нарушением уродинамики, а их своевременная коррекция позволяет сохранить функциональность пересаженного органа;
- число пациентов с урологической патологией трансплантированной почки ежегодно возрастает вследствие увеличения количества трансплантаций, что особенно актуально для региональных центров трансплантации;
- целесообразность погружения врачей-урологов в основы трансплантации почки диктуется нарастающей потребностью в коррекции урологических осложнений трансплантата, которая проводится по основным урологическим принципам, применением которых в большей степени владеют именно врачи урологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kramer A. et al. The ERA-EDTA Registry Annual Report 2017: a summary.
2. Englesbe MJ, et al. Risk factors for urinary complications after renal transplantation. *Am J Transplant.* 2007;7(6):1536–41.
3. Di Carlo H.N. et al. Urologic Considerations and Complications in Kidney Transplant Recipients. *Advances in Chronic Kidney Disease.* 2015;22(4):306–311.

Основные тенденции

Прежде всего эксперт назвал установленным фактом хорошие показатели выживаемости пациентов после трансплантации почки, по сравнению с трансплантациями других органов. При этом он сослался на мировые данные, доказывающие, что трансплантация почки – наиболее правильный вид заместительной почечной терапии [1]. Метаанализ, включающий информацию о 1698 пациентах, перенесших трансплантацию почки, показал, что частота урологических осложнений составляет не более 5,7–7,8% [2]. В посвященном данному вопросу большом международном исследовании отмечена важная роль уролога в трансплантации почки и решающее значение мультидисциплинарного командного подхода для выживания трансплантата [3].

В ходе выступления лектор поделился с коллегами опытом красноярских трансплантологов. Программа трансплантации почки в Красноярском крае стартовала 10 лет назад. За это время в двух центрах трансплантации – Краевой клинической больнице и Федеральном Сибирском научно-клиническом центре Федерального медико-биологического агентства – прооперировано порядка 300 пациентов. Осложнения, возможные после трансплантации почки, подразделяются на ранние и поздние (отдаленные). При этом, вне зависимости от времени развития осложнений, чаще всего они связаны с иммунологической реакцией организма. Вместе с тем, согласно данным мировой литературы, на урологические осложнения приходится порядка 3–6% из всех возможных осложнений. Похожую статистику фиксируют и красноярские специалисты.

Новый способ лапароскопической нефропексии

Новый способ лапароскопической нефропексии был представлен на прошедшем в Красноярске IX Российском конгрессе по эндоурологии и новым технологиям с международным участием. О первых результатах его применения рассказал главный внештатный специалист-уролог Новосибирской области, заведующий кафедрой урологии Новосибирского государственного медицинского университета, куратор урологического отделения Новосибирской областной клинической больницы, д.м.н., доцент **Игорь Викторович Феофилов**.



Цель — избежать травматизации фиброзной капсулы и паренхимы почки

Масштабный форум был организован Российским обществом по эндоурологии и новым технологиям (РОЭНТ) при поддержке Российского общества урологов (РОУ), межрегиональной общественной организацией «Мужское и репродуктивное здоровье» Красноярского государственного медицинского университета. Научная программа мероприятия охватывала широкий круг актуальных медицинских проблем и включала в себя пленарные заседания, образовательные семинары, клубы по интересам, видеосессии, трансляции из операционных Красноярской краевой клинической больницы, клиники онкоцентра. Выступившие на конгрессе ведущие российские специалисты в области урологии и онкоурологии поделились с коллегами опытом и практическими наработками, обсудили задачи, стоящие перед российским медицинским сообществом.

В рамках пленарного заседания «Новые технологии в уроло-

гии: верхние мочевыводящие пути» И.В. Феофилов представил доклад «Новый способ лапароскопической нефропексии: первые результаты», вызвавший большой интерес участников конгресса. Нефропексия — это хирургическое вмешательство, целью которого является фиксация почки в ее физиологическом положении при патологической подвижности. Эта операция применяется при смещении или опущении почки — нефроптозе.

В настоящее время известно более 350 способов фиксации патологически подвижной почки, в числе которых операции по Ривуару в модификации А.Я. Пытеля–Н.А. Лопаткина. Вместе с тем большинство подобных операций, к сожалению, связаны с повреждающим воздействием на фиброзную капсулу либо паренхиму почки, либо на то и другое одновременно.

Академик Н.А. Лопаткин и соавторы разделили все способы нефропексии на четыре группы (1).

1. Способы фиксации почки путем крепления за фиброзную капсулу или паренхиму почки.

2. Способы фиксации почки за фиброзную капсулу при частичном декапсулировании почки.

3. Операции фиксации почки внепочечными тканями (паранефральная клетчатка, поясничные мышцы с прошиванием

почечной фиброзной капсулы или без него).

4. Операции с использованием для этой цели различного рода синтетических тканей (нейлон, поролон, тефлон, перлон, капрон, лавсан, клей и др.), которые начали применять из-за недостаточно надежных результатов нефропексии с использованием внепочечных собственных тканей организма.

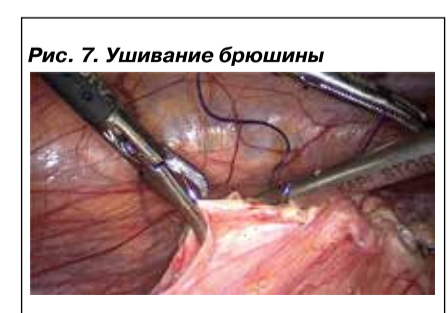
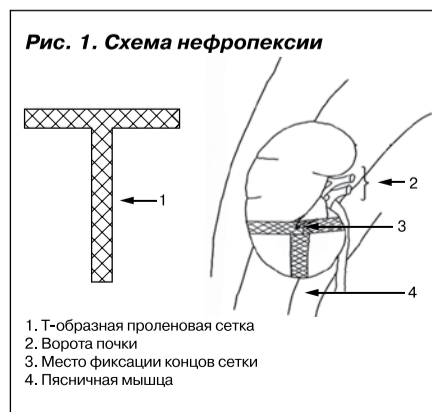
Интерес к синтетическим материалам обусловлен их доступностью, возможностью моделировать различные по форме и величине поддерживающие конструкции. Тем не менее и у способов нефропексии четвертой группы имеется все тот же общий недостаток — травматизация фиброзной капсулы и паренхимы почки.

Обнадеживающие результаты

Появление лапароскопических технологий изменило подходы к хирургическим вмешательствам при нефроптозе. Сегодня появляются все новые предложения, направленные на уменьшение травматичности оперативного пособия, улучшение результатов нефропексии. Свой вклад в решение этой задачи внесли и Новосибирские урологи. В 2024 г. они получили патент на новый способ нефропексии проленовой сеткой лапароскопическим доступом. Этому событию

предшествовала большая исследовательская работа по оценке особенностей и преимуществ данной методики. Полученные результаты лектор проиллюстрировал с помощью видеозаписей.

«Почка приводится в анатомическое положение. Из стерильной проленовой сетки выкраивается Т-образная фигура с размерами ее горизонтальной и вертикальной полосок, достаточными для оборачивания с боков и снизу нижнего сегмента почки и создания для почки поддерживающей конструкции типа гамака. Перекрест горизонтальной и вертикальной полосок Т-образной фигуры фиксируется к передней поверхности большой поясничной мышцы позади нижнего сегмента почки. Нижняя часть почки с боков и снизу оборачивается горизонтальной и вертикальной полосками Т-образной сетки. Концы полосок сетки перед передней поверхностью почки фиксируют между собой, не задействуя ее ткани. Нижняя часть почки оказывается внутри созданного из проленовой сетки гамака. Соединенные концы полосок фиксируют к внутренней поверхности брюшины рассасывающимся шовным материалом. Способ исключает повреждения фиброзной капсулы и паренхимы почки при сохранении надежности нефропексии и сохранении физиологической под-



вижности почки», — объяснил суть предлагаемого способа нефроексии проленовой сеткой лапароскопическим доступом один из авторов И.В. Феофилов.

По словам докладчика, с ноября 2022 г. данным способом прооперированы 13 женщин и один мужчина с нефроптозом 2-й и 3-й степени (средний возраст – 36,3 года). При этом рецидив отмечен лишь у одного пациента и связан, по мнению докладчика, с использованием крупноячеистой проленовой сетки.

Отдаленные результаты операций были отслежены с помощью медицинской информационной системы «БАРС», ультразвукового исследования почек лежа и стоя (через 3, 6 и 12 мес.), экскреторной урографии лежа и стоя (через 12 мес.). У всех пациенток в рамках наблюдения в соответствии со сроками контроля жалобы отсутствовали,



Предложенный способ лапароскопической нефроексии является малотравматичным, исключая повреждающий фактор фиброзной капсулы и паренхимы почки при сохранении надежности фиксации и физиологической подвижности почки

рецидива патологической подвижности почки не выявлено.

В заключительной части выступления И.В. Феофилов рассмотрел клинический пример: пациентка, 36 лет, с 2020 г. наблюдается у уролога по поводу интермиттирующей гематурии на фоне нефроптоза справа 3-й степени. В сентябре 2022 г. ей была выполнена лапароскопическая нефроексия по ранее широко применяемой методике перекрестной фиксации проленовой сетки пластиковыми

капсулами к поясничной мышце и фиброзной капсуле почки. В июне 2023 г. у пациентки вновь отмечен эпизод гематурии, выявлен рецидив патологической подвижности почки. По этой причине 11 октября 2023 г. женщине выполнена повторная нефроексия по новому авторскому методу с иссечением ранее установленной сетки. Длительность операции составила 60 мин. При контрольном осмотре жалоб и признаков рецидива нефроптоза у пациентки не выявлено.

Таким образом, подчеркнул лектор, предложенный способ лапароскопической нефроексии является малотравматичным, исключая повреждающий фактор фиброзной капсулы и паренхимы почки при сохранении надежности фиксации и физиологической подвижности почки.

Елена Яковлева

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А., Даренков А.Ф., Грюнов В.Г. Нефроптоз. Урология. М.: Медицина, 1995. С. 180-188.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

К истокам урологии на Белгородчине

История Белгородской урологии непосредственно связана с именем Евгения Сергеевича Захарова.

Являясь выпускником Воронежской медицинской академии, он открыл первый в Белгородской области урологический прием на базе областной больницы в 1956 г. Также под руководством Евгения Сергеевича в 1962 г. было открыто первое в регионе урологическое отделение на базе областной больницы, к 1977 г. коечный фонд отделения расширен до 60 коек. В отделении выполнялись самые современные урологические вмешательства и оказывалась высококвалифицированная помощь урологическим пациентам, что и является фундаментным нынешних успехов урологической службы области. На сегодняшний день урологический прием реализуется во всех районах области, урологические отделения открыты не только в Белгороде, но и в Старом Осколе и Губкине.

Для коллег Евгений Сергеевич остается в памяти добрым и отзывчивым человеком, талантливым врачом и руководителем, наставником молодежи, внимательным к пациентам. Он пользовался заслуженным авторитетом в коллективе, продолжая развивать урологическую помощь на посту заведующего до 1991 г., после чего вышел на заслуженный отдых.

25 мая 2024 г. Белгородским региональным обществом урологов инициирован сбор средств на реставрацию монумента основоположника урологической службы Белгородской области. Работы по реставрации памятника завершены.

Белгородское региональное отделение Российского общества урологов выражает глубокую признательность урологической обществу региона, профкому Белгородской областной клинической



Коллектив урологического отделения Белгородской областной больницы, 1982 год, во главе с заведующим Евгением Сергеевичем Захаровым (нижний ряд посередине)



Памятник первому урологу и организатору урологической службы Белгородской области Евгению Сергеевичу Захарову



Врачи-урологи Белгородской областной больницы, слева на право: Идашкин Юрий Борисович, Захаров Евгений Сергеевич, Илюхин Юрий Анатольевич, Галямин Владимир Алексеевич

больницы Святителя Иоасафа, Ассоциации врачей Белгородской области за неоценимый вклад в реализацию этого проекта.

13 декабря 2024 г. на очередном VIII заседании Белгородского регионального общества урологов в ходе открытого голосования единогласным решением членов заседания утвержден День уролога

в Белгородской области. Символической датой праздника стал день рождения первого уролога региона Евгения Сергеевича Захарова – 17 июля, а годом – год открытия первого урологического приема в области – 1956 год.

**Председатель БелРОУ
Сергей Валентинович Шкодкин**

Простамол® Уно

пальмы ползучей плодов экстракт

Патогенетическое действие¹

1 КАПСУЛА
в день¹

2 ПОКАЗАНИЯ
– доброкачественная гиперплазия
предстательной железы¹
– хронический простатит^{1*}

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ
ТЕРАПИИ
НЕ ОГРАНИЧЕНА¹



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

* Для устранения дизурических симптомов при хроническом простатите.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Простамол® Уно от 31.03.2022.

Сокращенная информация по медицинскому применению препарата Простамол® Уно (МНН: пальмы ползучей плодов экстракт). **Показания к применению:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (I и II стадии); устранение дизурических симптомов (расстройство мочеиспускания, ночная поллакиурия, болевой синдром и др.) при хроническом простатите. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата, возраст до 18 лет. **Побочное действие:** Возможны аллергические реакции на компоненты препарата. В редких случаях – дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, изжога (при приеме натощак). **Способ применения и дозы:** Препарат Простамол® Уно применяют по 1 капсуле (320 мг) 1 раз в сутки в одно и то же время, после еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости. Длительность курса лечения не ограничена по времени. Рекомендуемая продолжительность курса терапии – не менее трех месяцев. **Условие отпуска из аптек:** без рецепта.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМОЛ® УНО ОТ 31.03.2022.

Информация для специалистов здравоохранения. RU-PROS-13-2023-v01-print, утверждено 16.06.2023.

РЕКЛАМА

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