



СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
СКРИНИНГА МОЧЕКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ

8



БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ
У БЕРЕМЕННЫХ: НУЖНА ЛИ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ?

11

ВЕСТНИК

2024 г. №4

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

УЧРЕДИТЕЛЬ – ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ
ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ»

В Екатеринбурге завершил работу XXIV конгресс Российского общества урологов

12–14 сентября 2024 г. в Екатеринбурге состоялся XXIV конгресс Российского общества урологов – масштабное событие, объединившее более 2 тыс. специалистов из России и 10 зарубежных стран: Узбекистана, Армении, Китая, Турции, Казахстана, Беларуси, Индии, Молдовы, Кыргызстана и Туркменистана. Организаторами мероприятия выступили Российское общество урологов и ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) при поддержке Министерства здравоохранения РФ и ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Высокую значимость конгресса для развития российской урологии отметил министр здравоохранения РФ **Михаил Альбертович Мурашко**: «Данный конгресс открывает широкие возможности для профессионального взаимодействия и обмена опытом между специалистами, способствует развитию и внедрению новых медицинских технологий, заметному улучшению качества и доступности урологической помощи в нашей стране».

Председатель РОУ, ректор ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), председатель совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, академик РАН, д.м.н., профессор **Петр Витальевич Глыбочко** подтвердил эти слова: «Конгресс РОУ в течение многих лет остается главным источником новейших знаний и передового опыта. Ощущение единства, которое неизменно сопровождает наши встречи, формирует основу для успешного роста в профессии и уверенности в своей работе».

Кроме того, участники мероприятия тепло приветствовали первый заместитель министра здравоохранения Свердловской области **Сергей Борисович Турков** и вице-президент Международного

общества урологии (SIU), профессор Стамбульского университета **Jean de la Rossette**.

В рамках конгресса было представлено более 500 докладов, посвященных актуальным проблемам урологии, андрологии, онкоурологии и смежных дисциплин. Насыщенная программа включила три пленарных и 27 секционных заседаний, где были озвучены последние научные данные по диагностике



Награждение профессора А.В. Амосова



Церемония открытия конгресса

и лечению мочекаменной болезни, гиперплазии простаты, инфекций мочевыводящих путей, онкоурологических и других заболеваний. Участники обсудили вопросы практического применения цифровых технологий, новейшие достижения в реконструктивно-пластической хирургии, ключевые направления междисциплинарного взаимодействия и другие аспекты урологической помощи.

Практический характер научной программы подчеркнула организация 28 школ РОУ, различных мастер-классов, HANDS-ON тренинга и видеосессий.

В рамках XXIV конгресса РОУ состоялся захватывающий турнир по мини-футболу, в котором приняли участие команды из различных городов. Игры сопровождались высокой напряженностью и зрелищностью, а участники продемонстрировали выдающееся спортивное внимание и командный дух. Первое место заняла команда из Челябинска («Южный Урал»), отметившаяся отличной игрой и высоким уровнем мастерства. Серебряные медали достались команде из Екатеринбурга («Урал-мед»), которая проявила невероятное упорство и показала впечатляющие результаты. Замкнула тройку призеров команда из Москвы («Московские футУрологи»), которая также проявила себя на турнире и оставила незабываемое впечатление.

Продолжение на с. 15

ВЕСТНИК № 4 РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

Газимиев Магомед Алхазурович, д.м.н., профессор, директор Научно-технологического парка биомедицины, заместитель директора Института урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет), исполнительный директор Российского общества урологов

Шеф-редактор

Гаджиева Заида Камалудиновна, д.м.н., руководитель отдела анализа кадровой политики, образовательных программ и научных исследований НМИЦ по профилю «урология» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет), научный редактор журнала «Урология», заместитель исполнительного директора Российского общества урологов

Редакционный совет

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

Редакция газеты «Вестник Российского общества урологов»

Адрес: 117485 Москва, ул. Обручева, д. 30, стр. 1.
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 189)
E-mail: polyakova@bionika-media.ru

Заведующая редакцией

Елена Полякова

Отдел дизайна и верстки

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

Ольга Горяинова

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 20 ноября 2024 г. Время подписания в печать: по графику 10:00 фактическое 10:00
Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Вестник Российского общества урологов», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.



Уважаемые коллеги, друзья!

В Екатеринбурге завершил работу XXIV конгресс Российского общества урологов, в котором приняли участие более 2 тыс. специалистов, в том числе из стран ближнего и дальнего зарубежья.

В рамках конгресса состоялись 28 школ, различных мастер-классов и видеосессий. Конгресс РОУ – знаковое событие в жизни урологического сообщества нашей страны, так как их отличает насыщенная научная программа, оживленные дискуссии как на секционных заседаниях, так и в кулуарах.

В наше непростое время трудно переоценить роль личного общения для обмена мнениями по наиболее актуальным проблемам нашей специальности. Одной из серьезных задач современной урологии является внедрение в практику цифровых технологий и элементов искусственного интеллекта, позволяющих улучшить диагностику ряда урологических заболеваний и избрать

оптимальную стратегию лечения. Примером может служить разработанная нашими коллегами из Сеченовского университета система поддержки принятия врачами решений, информацию о которой читатель найдет на страницах настоящего номера газеты.

Редколлегия газеты «Вестник Российского общества урологов» считает целесообразным публикацию статей по разнообразной тематике с акцентом на проблемы, далекие от окончательного решения. В частности, в номере опубликована статья профессора Х.С. Ибишева, посвященная проблеме бессимптомной бактериурии у беременных. Вопрос, снижает ли антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии у беременных риск развития нежелательных явлений, остается открытым.

О возможностях современного скрининга мочекаменной болезни рассуждает в статье, посвященной этой проблеме, д.м.н. М.Ю. Просяников.

Кроме того, на страницах газеты читатель найдет информацию о новых методах диагностики и лечения ряда распространенных урологических заболеваний.

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





Омник Окас*

Пероральная система контролируемого всасывания:
Уникальная технология доставки лекарственного препарата, позволяющая создать непрерывное высвобождение действующего вещества на протяжении всего желудочно-кишечного тракта¹

Тамсулозин значительно улучшает скорость потока мочи (Повышение Q_{max} на 0,7–1,8 мл/с по сравнению с исходным уровнем)²

Тамсулозин ОКАС™ значительно снижает балл по IPSS (на 43% по сравнению с плацебо)³

Частота побочных эффектов при приеме Омника Окас существенно ниже, чем на тамсулозине в капсулах^{4,5}

Действие 24 часа и удобный прием в любое время дня^{3,6}



Реклама
МАТ-RU-OMNOCAS-2023-00015-MAR-2023

Информация для специалистов здравоохранения
ООО «Астеллас Фарма Продакшн» 109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16 Тел. +7 (495) 737-07-56

* OCAС — Oral Controlled Absorption System; Q_{max} — максимальная скорость потока мочи; IPSS — Международная шкала оценки симптомов заболеваний предстательной железы (International Prostate Symptom Score); 1. Michel M. et al. European Urology Supplements 4 (2005) 15–24; 2. Schulman CC et al. Eur Urol. 1999;36(6):609-20. 3. Djavan B. et al. Eur Urol Suppl. 2005;4(2):61-8. 4. Chapple CR et al. Eur Urol Suppl 2005; 4: 33-44. 5. Michel MC. Et al. Eur Urol Suppl 2005; 4: 53-60. 6. Инструкция по медицинскому применению препарата Омник ОКАС (ЛС-000849 от 20.07.2022) доступна на сайте <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

Система поддержки принятия врачебных решений Sechenov.AI_nephro в лечении пациентов с новообразованиями паренхимы почки



Е. С. Сирота
д.м.н., руководитель центра нейросетевых технологий, институт урологии и репродуктивного здоровья человека. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР) – это информационная система, обеспечивающая путем анализа данных (в т.ч. с использованием технологий искусственного интеллекта) информационное сопровождение врача при обследовании пациента, диагностике, назначении лечения с целью снижения возможности допущения врачебных ошибок и повышения качества оказываемой медицинской помощи [1]. Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР) – это информационная система, обеспечивающая путем анализа данных (в т.ч. с использованием технологий искусственного интеллекта) информационное сопровождение врача при обследовании пациента, диагностике, назначении лечения с целью снижения возможности допущения врачебных ошибок и повышения качества оказываемой медицинской помощи [1].

Врачебная практика уролога – это постоянный процесс принятия клинических решений. Независимо от возникающих задач и вопросов для принятия эффективных решений клиницисту необходимо соблюдение трех основных категорий требований: (1) точные данные, (2) соответствующие знания и (3) соответствующие навыки решения проблем.

Для персонализированного и предиктивного подхода при определении хирургической тактики лечения пациентов с новообразованиями паренхимы почки требуется учитывать три основных группы факторов, связанных с опухолью паренхимы почки, пациентом и «кривой» обучения хирурга. Анализ и учет всех факторов позволяет достигать максимальной эффективности лечения с минимальным воздействием на функции и качество жизни пациента и его здоровье.

Фактически при определении хирургической тактики лечения паци-

ентов с новообразованиями паренхимы почки перед врачом возникает масса вопросов. Приоритетными задачами при планировании лечения является определение операбельности больного, рассмотрение возможности выполнения органосохраняющей операции и вида хирургического доступа.

Выполняемые пациенту на предоперационном этапе современные методы лучевой диагностики в объеме мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и/или магниторезонансной томографии (МРТ) позволяют получать данные о топографической нормальной и патологической анатомии области предстоящего оперативного вмешательства.

DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine – стандарт обработки, хранения, передачи, печати и визуализации медицинских изображений) данные МСКТ и/или МРТ доступны для просмотра в режиме 2D, программное обеспечение рабочих станций томографов позволяют строить 3D-модели. Однако трехмерные построения не учитывают все фазы прохождения контрастного вещества по органам и системам организма, поэтому 3D-модели являются неполноценными и не соответствуют требованиям для выполнения предоперационного планирования и виртуального осуществления оперативного вмешательства.

Первостепенно значимыми данными анатомии при планировании операции, которые врач получает при предоперационном обследовании, являются отсутствие или наличие аномалий почки, вариант расположения почки в соответствии с естественными анатомическими ориентирами, сосудистая анатомия почки, строение чашечно-лоханочной системы.

Основными данными патологической анатомии опухоли при планировании операции являются сторона поражения, расположение новообразования согласно сегментам почки, поверхность расположения, количество и размер новообразования(ий), глубина расположения новообразования в паренхиме почки, кровоснабжение новообразования, соотношение новообразования с чашечно-лоханочной системой, соотношение новообразования с синусом почки, наличие или отсутствие опухолевого венозного тромбоза, инвазия опухоли в прилежащие органы и ее глубина, поражение лимфатических узлов и их локализация при наличии, отдаленное метастазирование, наличие сопутствующих заболеваний почки (наличие конкрементов, кист).

На сегодняшний день семантическая сегментация DICOM данных, полученных на мультиспиральных томографах, с воссозданием 3D-моделей является основой анализа на этапе планирования оперативного пособия. Просмотр 3D-моделей сокращает время и упрощает когнитивную деятельность врача-хирурга на этапе принятия решения по тактике хирургического лечения.

Существующие 3D-редакторы для трехмерных построений с расширенными функциональными возможностями сегодня доступны в виде программ с открытым исходным кодом или в виде лицензионного программного софта. Однако работа с любыми софтами сопряжена с временными затратами на обработку DICOM данных МСКТ и/или МРТ. В среднем, согласно мировым исследованиям, время для построения 3D-модели может составлять от 30 минут до 1,5–2 часов. Кроме того, имеется потребность для практического врача владения специальными знаниями в IT-сфере или же требуется привлечение IT-специалиста со знаниями в медицине. Также необходимо отметить и финансовые затраты на приобретение и продление лицензионных соглашений программных редакторов, произведенных за пределами России.

Для решения вышеперечисленных проблемных вопросов урологами Сеченовского университета в настоящее время разработана СППВР Sechenov.AI_nephro в виде веб-платформы автоматизированной семантической сегментации почек на основании МСКТ с контрастированием у пациентов с новообразованиями паренхимы почки.

В основу создания веб-платформы Sechenov.AI_nephro заложены технологии интеллектуального анализа в объеме компьютерного зрения и сверточных нейронных сетей. Временные затраты по автоматической семантической сегментации при работе веб-платформы составляют не более трех-пяти минут после загрузки DICOM данных МСКТ пациента с новообразованием паренхимы почки на сервис.

Возможности веб-ресурса позволяют создавать объемную графическую модель почки с окрашиванием анатомических элементов почки в цвета, которые приняты для обозначения этих структур в печатных анатомических атласах.

Sechenov.AI_nephro не требует от врача наличия специальных знаний информационных технологий, для работы в веб-сервисе достаточно уровня знаний пользования персональным компьютером. Для учреждений здравоохранения не требуется дополнительных ресурсов,

связанных с установкой и поддержкой сложных программных комплексов.

Работа врача на веб-платформе Sechenov.AI_nephro позволяет выполнять многовариантное компьютерное моделирование и виртуальное планирование предстоящего хирургического лечения, тем самым определять хирургическую тактику лечения больных с новообразованиями паренхимы почек при использовании данной разработки в повседневной практике врачей урологов, онкологов и хирургов.

Все этапы многовариантного виртуального планирования благодаря заложенным инструментам интерфейса веб-платформы Sechenov.AI_nephro могут быть записаны в виде видеоролика на любой из возможных электронных носителей. В дальнейшем врач может использовать запись при беседе с пациентом, тем самым повышается уровень доверительных отношений между врачом и больным. Кроме того, трехмерные построения врач может просматривать в ходе хирургического вмешательства с целью навигации в виде дополненной виртуальной реальности.

С июня 2023 г. веб-платформа Sechenov.AI_nephro проходит тестирование в учреждениях здравоохранения России и Беларуси. В настоящее время врачи-урологи применили в своей работе СППВР Sechenov.AI_nephro в лечении более 1 тыс. пациентов с новообразованиями паренхимы почки.

В 2024 г. проводится работа по госрегистрации медицинского изделия веб-платформа Sechenov.AI_nephro. В начале 2025 г. планируется получение регистрационного удостоверения.

В перспективе СППВР Sechenov.AI_nephro будет дополнен двумя инструментами в автоматическом режиме: «цифровая биопсия новообразований паренхимы почки» и «цифровая оценка функции почки».

Цифровые технологии СППВР Sechenov.AI_nephro позволят любому врачу-специалисту на основании DICOM данных МСКТ получить: 3D-построение, прогноз морфологии опухоли и оценить функциональное состояние почек на этапе планирования тактики хирургического лечения, тем самым позволит урологам достигать приемлемых функциональных и онкологических результатов хирургического лечения больных с новообразованиями паренхимы почки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев А.В., Зарубина Т.В. Поддержка принятия врачебных решений в медицинских информационных системах медицинской организации. Врач и информационные технологии. 2017;2:60–72.

Осложнения имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря

С 1970-х годов имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря (ИСМП) остается «золотым стандартом» лечения умеренного и тяжелого недержания мочи у мужчин. Частота ревизионных вмешательств в долгосрочной перспективе достигает 50%, что подразумевает необходимость освещения разновидностей осложнений в целях их предотвращения.



П. С. Кызласов,
д.м.н., руководитель
Центра урологии и
андрологии ФГБУ ГНЦ
ФМБЦ им. А. И. Бурназяна
ФМБА России

В 2012 году Wang с соавторами сообщили о дополнительных вмешательствах после первичной имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря у более чем 50% пациентов:

- ревизии (изменение расположения элементов импланта и размера манжеты, замена патрубков, тандемная установка манжеты) (63%),
- эксплантации (25%),
- реимплантации (12%).

В мировой литературе описываются две группы факторов риска осложнений после имплантации ИСМП: анатомические (связанные с уретрой) и общемедицинские.

Проведение лучевой терапии при наличии онкологических заболеваний тазовых органов является анатомическим фактором риска, наиболее часто ассоциирующимся с осложнениями. По данным Hughes et al. (2019), описывающих гистологическую характеристику

пострадиационных изменений уретры, радиация повреждает мембрану кровеносных сосудов, приводя к окклюзии и тромбозу, а в конечном итоге к неоваскуляризации, что приводит к пролиферации фибробластов и образованию рубцов.

Во многих исследованиях показана связь осложнений имплантации ИСМП с предшествующими уретропластиками. Так, Maurer et al. (2019) предположили, что повышенный риск осложнений после имплантации ИСМП у пациентов после уретропластики связан с нарушением перфузии уретры за счет повреждения бульбоуретральной артерии. Они обнаружили, что уретропластика без пересечения спонгиозного тела не связана с более высокой частотой осложнений. Однако этот вывод остается спорным и необходимы дополнительные исследования по изучению взаимосвязи между типом реконструкции уретры и рисками осложнений после имплантации ИСМП.

Считается, что предшествующая операция по поводу недержания мочи (предыдущая имплантация ИСМП или трансобтураторный мужской слинг) является значимым фактором риска осложнений. Однако исследования Fuller et al. (2020) и Rosenbaum et al. (2019) показывают, что предшествующие операции по поводу имплантации ИСМП не увеличивают риск осложнений у пациентов, не имеющих других факторов риска.

К другим установленным анатомическим факторам риска, согласно исследованиям Cohen et al. (2019) и Seidemann et al. (2013), относят предшествующую паллиативную трансуретральную резекцию (ТУР) предстательной железы по поводу рака предстательной железы и интермиттирующую/длительную катетеризацию после установки ИСМП.

К общемедицинским факторам риска осложнений относят:

- периоперационное использование антикоагулянтов;
- сердечно-сосудистые заболевания;
- сахарный диабет;
- синдром старческой астении;
- гипертоническая болезнь;
- низкий предоперационный уровень сывороточного альбумина (<3,5 нг/дл);
- гипогонадизм.

Классификация осложнений имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря.

I. Интраоперационные:

1. Повреждения, связанные с имплантацией резервуара:
 - повреждения мочевого пузыря;
 - компрессия кишки;
 - повреждение подвздошной вены, артерии.
2. Другие осложнения:
 - повреждение компонентов импланта в ходе наложения швов;
 - повреждения, возникающие при перемещении фиксаторов, ретрактора Скотта;
 - повреждение уретры.

II. Послеоперационные:

1. Инфекционно-воспалительные:
 - протезная инфекция.
2. Ассоциированные с манжетой:
 - несоответствие размеров уретры и манжеты;
 - дистальная установка манжеты;
3. Связанные с помпой:
 - инфекция;
 - гематома;
 - миграция;
 - эрозия.
4. Связанные с резервуаром:
 - миграция;
 - инфекция;
 - развитие псевдокапсулы резервуара.
5. Эрозии и экстррузии:
 - эрозия манжеты и компонентов импланта
6. Механическое повреждение компонентов протеза.
7. Иные осложнения:
 - острая задержка мочи;
 - утечка жидкости из устройства;
 - гиперактивный мочевого пузыря;
 - случайная деактивация устройства;
 - стойкое стрессовое недержание мочи.

Осложнения, связанные с установкой резервуара, в основном обусловлены спецификой этой слепой процедуры. Типичные осложнения на этапе установки резервуара:

- поверхностная установка резервуара, к которой приводят неполноценный доступ и недостаточная диссекция мышечно-фасциальных слоев, что не дает имплантировать резервуар на достаточную глубину;
- повреждение брюшины и кишечника, вследствие чрезмерного и насильственного выделения ложа;
- перфорация мочевого пузыря, которую можно предупредить максимальным опорожнением мочевого пузыря путем перманентной его катетеризации уретральной катетером.

При перфорации мочевого пузыря необходимо провести цистоскопию в целях определения степени повреждения. Лечение обычно сводится к более длительной по срокам трансуретральной катетеризации мочевого пузыря. При значительной перфорации и даже разрывах его стенки в редких случаях может быть выполнено ушивание дефектов.

Нераспознанные повреждения уретры обычно затрагивают дорсальную поверхность (скорее всего, поврежденной при доступе к уретре и ее мобилизации). Могут проявляться гематурией, дизурией или затрудненным мочеиспусканием. При выявлении повреждения уретры, по данным уретроскопии, пациенту показана эксплантация устройства и рассмотрения вопроса об одновременной уретропластике. Многочисленные недавние исследования показывают, что немедленная уретропластика во время эксплантации ассоциируется с более низкой частотой развития стриктуры уретры по сравнению с консервативным лечением путем использования катетера Фолея.

Инфекционно-воспалительный процесс в зоне имплантации ИСМП и (или) его компонентов – одно из самых грозных послеоперационных осложнений, которое может дебютировать через несколько месяцев после операции. Его типичный симптом – боль (постоянная и усиливающаяся), которая может усугубляться при активации устройства. Другими признаками протезной инфекции являются гиперемия кожи мошонки и промежности, отек, лихорадка, гнойные выделения из раны, эрозивные очаги в проекции манжеты. Инфекционно-воспалительные осложнения чаще развиваются у пациентов с сахарным диабетом. К числу других факторов, связанных с повышенным риском развития протезной инфекции, относят:

- использование иммунодепрессантов и стероидов;
- наличие травмы спинного мозга.

Инфекция может быть:

- ранней (менее 6 недель);
- отсроченной (более 6 недель).

Ранняя инфекция может быть диагностирована на основе клинических и лабораторных признаков.

В плане дифференциальной диагностики может быть использована ультразвуковая диагностика, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

При поверхностных инфекциях возможно проведение консервативной антибактериальной терапии, но любой случай инфекции глубоких тканей требует полного удаления устройства. При инфекционно-воспалительном процессе необходимо проведение интраоперационной уретроскопии для исключения сопутствующей эрозии манжеты.

При верификации протезной инфекции использование системной антибиотикотерапии неэффективно в подавляющем большинстве случаев. Это связано с тем, что инфекционный агент способен создавать биопленку вокруг протеза, защищая бактерии от действия антибиотика.

Эрозия помпы и (или) соединительных трубок обычно связана с инфекционным фактором. Если инфекционно-воспалительный процесс является локализованным и не ассоциирован с тяжелым некрозом тканей, может быть выполнена реимплантация помпы и соединительных трубок. В случаях же выраженных инфильтративно-деструктивных процессов, неудовлетворительного соматического состояния пациента и лихорадки, рекомендуется удаление всех компонентов устройства с отсроченной реимплантацией.

К осложнениям, ассоциированным с манжетой, относят избыточный размер манжеты и дистальное расположение манжеты. Важно отличать большой размер манжеты от неадекватной регуляции давления в манжете соответствующего размера. И то, и другое приводит к неадекватной коаптации (смыканию) уретры при активации устройства. При полной коаптации просвет уретры стягивается, что напоминает сжатые губы. При неполной коаптации можно увидеть «замочную скважину», что способствует рецидивирующему недержанию мочи. Если во время ревизии выявлен адекватный объем резервуара в сочетании со свободной уретральной манжетой, то причиной отказа устройства является избыточный размер манжеты. Это редкое осложнение можно исправить путем изолированной замены манжеты.

Манжета предназначена для расположения вокруг проксимальной части бульбозного отдела уретры. Если система была установлена через пеноскrotальный доступ, важно учитывать, что сохраняющееся послеоперационное недержание мочи может быть вызвано чрезмерно дистальным расположением манжеты, поэтому предпочтение нужно отдавать промежностному доступу. Дистальная часть бульбозного отдела уретры имеет меньший обхват, чем проксимальная, и вероятность достижения адекватной коаптации в уретральной манжете ниже. В таких ситуациях рекомендуется удалить манжету и установить ее проксимальнее через промежностный доступ.

К осложнениям, связанным с резервуаром, относят супрафасциальное его позиционирование, миграцию, образование псевдокапсулы в результате нарушенной дефляции устройства. С помощью надлобкового доступа можно провести коррекцию расположения резервуара. При нарушенной дефляции устройства вокруг резерву-

ара может образовываться псевдокапсула. Лечение сводится к ревизии, которая может включать удаление псевдокапсулы, формирование нового адекватного ложа.

Эрозии манжеты обычно сопровождаются гематурией, дизурией, инфекционными осложнениями или рецидивирующим недержанием мочи. Группу высокого риска по развитию эрозии составляют пациенты, находящиеся на длительной катетеризации или перенесшие эндоскопические вмешательства, особенно если они проводились без деактивации устройства, а также больные сахарным диабетом. Для этого осложнения характерна нормальная цикличность работы устройства при нажатии на помпу. Диагноз ставится с помощью уретроцистоскопии. Лечение включает эксплантацию манжеты с рассмотрением возможности одновременной уретропластики. После удаления манжеты желательно подождать не менее трех месяцев, затем провести цистоскопию, чтобы исключить стриктуру и убедиться в адекватном заживлении тканей, прежде чем планировать повторную имплантацию.

Утечка жидкости – одно из послеоперационных осложнений, может сопровождаться рецидивирующим стрессовым недержанием мочи. Ее следует заподозрить, если устройство не срабатывает (помпа при нажатии остается в таком же положении) или при нажатии на помпу ощутимо отклонение от нормы. Если баллон, регулирующий давление был заполнен рентгеноконтрастным раствором во время установки устройства, можно провести рентгенологическое исследование с целью диагностики. УЗИ может выявить сдвинувшийся резервуар, но не помогает определить место утечки жидкости. При неэффективности УЗИ уместна и эффективна неконтрастная КТ. Простой способ проверить на наличие утечки из резервуара интраоперационно – полностью аспирировать жидкость из баллона, затем заполнить баллон 20 мл физиологического раствора, подождать две минуты и снова аспирировать. Если возвращаемая жидкость составляет менее 20 мл, значит, имеется утечка. Однако очень маленькие утечки на уровне манжеты могут быть пропущены при использовании этой методики.

Случайная деактивация устройства технически не является осложнением, однако может вызвать периодическое недержание мочи. Пациенты могут сообщать о стрессовом недержании мочи, возникающем при определенных положениях тела, которые провоцируют давление на помпу. Подтверждение активации устройства является первым шагом физикального обследования пациентов с рецидивирующим стрессовым недержанием мочи. Обычно с этим можно справиться путем повторного обучения пациента, однако может потребоваться повторная операция для репозиционирования помпы.

Имплантация искусственного сфинктера – сложная хирургическая операция, которая имеет определяющее значение в лечении недержания мочи умеренной и тяжелой степени. Важное значение играет большое количество факторов: сопутствующие заболевания, предоперационная подготовка, опыт хирурга, техника оперативного вмешательства. Перед имплантацией искусственного сфинктера мочевого пузыря необходимо учитывать и обсуждать с пациентом имеющиеся факторы риска осложнений. Соблюдение правил антисептики и правильной техники имплантации искусственного сфинктера мочевого пузыря позволяет значительно снизить риск осложнений.

Современная урология от НАО "Северная звезда"



Показания: лечение преждевременной эякуляции

30 мг №10, 30



Показания: инфекции мочевых путей

200 мг №20



Показания: лечение эректильной дисфункции

25 мг №20
50 мг №4, 10, 20
100 мг №4, 10, 14, 20



Показания: лечение эректильной дисфункции, в т.ч. с СНМП (5 мг)

5 мг №28, 30
20 мг №4, 8, 10



Северная
ЗВЕЗДА

ОТПУСКАЮТСЯ ПО РЕЦЕПТУ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

реклама

Три возраста мужчины

В рамках XXIV конгресса Российского общества урологов, который прошел в Екатеринбурге с 12 по 14 сентября 2024 г., состоялся сателлитный симпозиум «Три возраста мужчины» при поддержке ООО «Астеллас Фарма Продакшен».



С.К. Зырянов



Л.Г. Спивак



А.С. Аль-Шукри



С.В. Котов

В симпозиуме приняли участие:

- Сергей Кенсаринич Зырянов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии Российского университета дружбы народов;

- Леонид Григорьевич Спивак, д.м.н., профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова;

- Адель Сальманович Аль-Шукри, д.м.н., профессор кафедры урологии Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова;

- Сергей Владиславович Котов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Открывая симпозиум, С.К. Зырянов представил своих коллег и отметил, что мероприятие будет проходить в форме беседы между урологами и клиническим фармакологом.

Первые 40 лет в жизни мальчика

Л.Г. Спивак, начиная свое выступление, вспомнил шутку о том, что первые 40 лет в жизни мальчика самые трудные. Именно этой возрастной группе он посвятил свой доклад. Далее профессор упомянул о существующей классификации простатита, которая была разработана в 1995 г. Национальным институтом здоровья США. Она применяется и в настоящее время. Но прошло уже почти 30 лет и многое изменилось даже в способах диагностики. Профессор привел в пример конкретное клиническое наблюдение пациента 34 лет с диагнозом «хронический абактериальный простатит» с повышением количества лейкоцитов в секрете предстательной железы (абактериальный простатит IIIA или СХТБ (синдром хронической тазовой боли) с признаками воспаления). Заболевание длилось пять лет. Периодически проводились курсы антибиотикотерапии по две-четыре недели. Они давали результат, но пациент все равно испытывал обострения не реже одного раза в год. Он проходил лечение, включая физиотерапию, в различных лечебных учреждениях.



Система «Окас» позволяет оказывать бережное действие в отношении артериального давления, способствует защите сердечно-сосудистой системы от резких перепадов. Препарат используют один раз в сутки независимо от приема пищи

Говоря об антибактериальной терапии, спикер напомнил, что Распоряжением Правительства РФ от 25 сентября 2017 г. утверждена Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности на период до 2030 г. Он попросил С.К. Зырянова прокомментировать, насколько эта проблема сейчас актуальна.

С.К. Зырянов отметил, что в настоящее время во всем мире можно наблюдать высокие показатели устойчивости к антибиотикам, которые применяются для лечения распространенных бактериальных инфекций (мочевыводящих путей, сепсиса, диареи, а также заболеваний, передающихся половым путем). Это может говорить об истощении арсенала антибиотиков. Частота устойчивости к некоторым препаратам, применяемым для лечения инфекций мочевыводящих путей может варьироваться в интервале от 8,4 до 92,9% в отношении кишечной палочки (*Escherichia coli*) и от 4,1 до 92,9% – для палочки Фридлиндера (*Klebsiella pneumoniae*) [1].

Во всем мире в 2019 г. было зарегистрировано 4,95 млн случаев смерти, связанной с устойчивостью к антибиотикам [2]. При отсутствии изменений ожидается, что к 2050 г. смертность от инфекционных заболеваний может выйти на первое место [3]. Научные эксперты во всем мире сходятся во мнении, что устойчивость к антибиотикам является неотложной проблемой, требующей совместных скоординированных действий всех стран. Безусловно, в тех случаях, когда антибактериальная терапия не является необходимой, без нее следует обойтись.

Продолжая выступление, Л.Г. Спивак напомнил, что, к сожалению, до сих пор нет официальных клинических рекомендаций Минздрава России по лечению простатита. Однако очевидно, что важную роль в терапии данного заболевания играет именно неантибактериальная терапия. Для уменьшения выраженности расстройств мочеиспускания применяют альфа1-адреноблокаторы. С целью снижения болевого синдрома используют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), антидепрессанты. Остается открытым вопрос: что следует применять для метафилактики?

Возвращаясь к клиническому наблюдению пациента 34 лет с хроническим простатитом, Л.Г. Спивак отметил, что в его эякуляте были обнаружены бактериальные микроколонии в составе биопленок, нейтрофильные лейкоциты. По заключению бактериологического исследования мочи обнаружен рост транзитной микрофлоры, не имеющей диагностического значения (*Streptococcus viridans*). Если у пациента есть некий нарушенный микробиом уrogenитального тракта, надо что-то делать, чтобы как минимум был адекватный иммунный ответ на возможный рост вредных микроорганизмов. Это и есть метафилактика, то есть предотвращение возможных рецидивов.

Л.Г. Спивак напомнил о публикации в журнале *European Urology* статьи «Гиперплазия предстательной железы – иммунная воспалительная болезнь?» [4], где было четко показано, что при хроническом воспалении простаты Т-лимфоциты активизируются и

продуцируют цитокины. А они, в свою очередь, стимулируют продукцию тканевых факторов роста и гиперплазию ткани простаты.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU), пероральная иммунотерапия препаратом «Уро-Ваксом®» может применяться с целью профилактики инфекций мочевыводящих путей (уровень доказательности 1А, степень рекомендации – сильная), в том числе в снижении симптоматики, увеличения длительности межрецидивного периода и повышения качества жизни у пациентов с хроническим простатитом. Курсы следует периодически повторять.

Препарат «Уро-Ваксом®» применяется для комбинированного (в сочетании с антибиотиками или антисептиками) лечения и профилактики рецидивов хронических инфекций мочевыводящих путей, независимо от природы микроорганизма, вызвавшего заболевание. Действие препарата направлено на усиление иммунного ответа в мочеполовом тракте [5]. Был проведен ряд исследований, которые показали, что данное лекарственное средство способствует снижению частоты рецидивов хронического простатита и уменьшению интенсивности симптомов [6–8].

Упомянутому выше пациенту после основного курса лечения был назначен в качестве метафилактики препарат «Уро-Ваксом®» в течение трех месяцев с возможной пролонгацией каждые три месяца. На данный момент срок наблюдения составляет 15 месяцев. Рецидивов простатита за этот период отмечено не было.

Скрытые угрозы в возрасте «чуть за 50»

А.С. Аль-Шукри в начале выступления напомнил, что самой уязвимой категорией населения являются мужчины 50–60 лет. Риск смерти в этот период у них почти на 60% выше, чем у женщин. В среднем, если мужчина доживает до 55 лет, то вероятность, что он сможет достигнуть глубокой старости, становится выше. Поэтому с особым вниманием следует относиться к пациентам «чуть за 50». Распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в этом возрасте достигает примерно 50%. При этом обращаемость мужчин к урологам с жалобами на нарушения мочеиспускания низкая. Это нередко происходит потому, что подобные проблемы воспринимаются как естественные возрастные изменения, что, конечно, неправильно.

В соответствии с клиническими рекомендациями пациентам с умеренными или тяжелыми симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП) для снижения выраженности клинических проявлений и улучшения качества жизни первой линией терапии следует назначать альфа1-адреноблокаторы, в том числе тамсулозин.

Учитывая прогрессирующий характер заболевания, такое лечение необходимо проводить длительно, иногда в течение всей жизни [9].



Препараты даже с одним и тем же международным непатентованным наименованием могут иметь разные характеристики

нов, присутствующих на российском рынке, появились благодаря оригинальному препарату «Омник®». Свойства его хорошо изучены. Субстанция производится в Нидерландах. В настоящее время компания «Астеллас» локализовала производство готовых форм «Омник®» и «Омник Окас» на территории России. Производство контролируется материнской компанией. Источники сырья не изменились. Оборудование в полной мере соответствует тем требованиям, которые компания «Астеллас» предъявляет к своим производственным площадкам. По мнению С.К. Зырянова, нет никаких сомнений в качестве препарата, произведенного в России. Спикер особо отметил систему контролируемого высвобождения лекарственного препарата «Окас» (OCAS – oral controlled absorption system). Она создана компанией «Астеллас» и запатентована. Ее действие осуществляется благодаря двум компонентам: гелеусиливающему и гелеобразующему. Сначала формируется своеобразный лекарственный «комочек», который движется по пищевой трубке. Лекарственный

выраженные СНМП, подтвержденный диагноз ДГПЖ. Проведенное обследование показало, что в этой группе пациентов у 60,9% (864 человека) выявлена гиперактивность детрузора [11]. Похожие данные были получены и среди пациентов, поступивших для оперативного вмешательства по поводу ДГПЖ в ГКБ № 1 им. Пирогова – среди 340 пациентов с показаниями к оперативному лечению ДГПЖ 84,1% имели гиперактивность детрузора по данным КУДИ. При этом у 115 пациентов эти симптомы сохранялись и спустя месяц после операции, что потребовало назначения м-холиноблокаторов или бета3-адреномиметика, который при сопоставимой эффективности показал частоту нежелательных побочных эффектов в 3,5 раза меньше, чем холинолитики (8,1 и 28,2% соответственно).

При назначении М-холиноблокаторов часть больных со временем отказываются от медикаментозной терапии по причине развития нежелательных явлений. Также, согласно положениям обновленных клинических рекомендаций МЗ РФ «Недержание мочи» 2024 г., прежде чем применять

шечного тракта, сердечно-сосудистой, нервной системы, антигистаминные и другие средства. С.К. Зырянов отметил, что, если у пациента заблокировать М-холинорецепторы (а они везде – в гладкой мускулатуре, в сердце, бронхах, в центральной нервной системе и др.), то можно получить развитие нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы, и растет риск смертности. Кроме того, у пожилых пациентов при использовании М-холиноблокаторов начинают прогрессировать когнитивные нарушения, что может быть связано с нарушением целостности гематоэнцефалического барьера [13]. У больных повышаются риски падения, а всем известно, с какими опасностями это сопряжено.

В соответствии с критериями Бирса® (AGS Beers Criteria®) Американского гериатрического общества, необходимо соблюдать осторожность при назначении любых антимиускаринных препаратов, учитывая их потенциальное антихолинергическое действие.

Российские клинические рекомендации говорят о том, что при лечении пожилых людей особое внимание следует уделять оценке антихолинергической нагрузки, особенно при использовании нескольких лекарственных средств. По возможности необходимо отдавать предпочтение препаратам с наименьшей антихолинергической активностью или иным механизмом действия. Например, при лечении ургентного недержания мочи можно использовать мирабегрон, который является селективным агонистом β3-адренорецепторов и обладает благоприятным профилем безопасности [14]. Исследование PILLAR показало хорошую переносимость мирабегрона, его влияние на когнитивные функции оказалось сопоставимым с плацебо [15].

Светлана Кудинова



Всеми этими качествами обладает Омник Окас

Для этой цели необходим препарат с благоприятным профилем безопасности, особенно в отношении сердечно-сосудистой системы и половой функции. Он должен снижать симптомы СНМП, в том числе ноктурию, и тем самым способствовать повышению качества жизни пациента. Поскольку терапия длительная, необходимо, чтобы пациент был долгое время привержен лечению. Поэтому важно, чтобы препарат имел удобную схему приема (независимо от пищи) и доступную цену. Желательно, чтобы его назначение не требовало консультаций других специалистов и врачу не нужно было каждый раз индивидуально подбирать дозу. Также имеет значение, насколько хорошо препарат изучен, проверен временем, врачами и пациентами. Всеми этими качествами обладает Омник Окас.

С.К. Зырянов, отвечая на вопрос о качестве лекарственных препаратов, отметил, что эта тема только на первый взгляд не касается врачебной аудитории.

Препараты даже с одним и тем же международным непатентованным наименованием (МНН) могут иметь разные характеристики. Ориентироваться в большом количестве торговых наименований (ТН) непросто, но желательно уметь. Он подчеркнул, что большое количество тамсулози-

препарат постепенно и равномерно высвобождается. Система «Окас» позволяет оказывать бережное действие в отношении артериального давления, способствует защите сердечно-сосудистой системы от резких перепадов. Препарат используют один раз в сутки независимо от приема пищи. Такая удобная схема приема повышает compliance.

Как получить удовольствие без угрызений совести

С.В. Котов посвятил свое выступление мужчинам старше 60 лет. Начиная доклад, он упомянул фразу, предположительно принадлежащую Иммануилу Канту: «Мочеиспускание – единственное из удовольствий, после которого не мучают угрызения совести».

Принято считать, что нарушение мочеиспускания – это, в основном, беда пожилых мужчин. Но, к сожалению, с этой проблемой могут столкнуться уже после 40 лет как мужчины, так и женщины [10]. Тем не менее у мужчин СНМП усугубляются с годами, что может быть связано с развитием заболеваний предстательной железы. К сожалению, это далеко не всегда побуждает обратиться к врачу.

С.В. Котов привел данные зарубежного исследования, в которое были включены 1418 мужчин с медианой возраста 63 года. У них отмечены

такие препараты, важно определить антихолинергическую нагрузку. К сожалению, не все урологи знают, как это делать. С.В. Котов обратился с данным вопросом к С.К. Зырянову.

Антихолинергическая нагрузка – это кумулятивный эффект при приеме одного или одновременно нескольких препаратов с антихолинергической активностью [12]. Таких лекарственных средств достаточно много. К ним могут относиться препараты, применяемые при заболеваниях желудочно-ки-

ЛИТЕРАТУРА

1. Данные ВОЗ, Устойчивость к противомикробным препаратам, 13 октября 2020 г.
2. Murray Christopher JL et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. The Lancet. 2022;399(10325):629–655.
3. O'Neill J. Tackling drug-resistant infections globally: Final report and recommendations. The review on antimicrobial resistance. 2016.
4. Kramer Gero et al. Is Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) an Immune Inflammatory Disease? Eur Urol. 2007;51(5):1202–1216.
5. Инструкция П N011541/01.
6. Суриков В.Н. Иммуноterapia в комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом. Урологические ведомости. 2017;7(1S):105–107.
7. Park S.J., Byun D.O., Shim B.S. The application of Uro-vaxom®, urinary tract immunostimulator in the treatment of chronic pelvic pain syndrome. Korean Journal of Urology, 2005;46(8):810–814.
8. Lee HN, Kim JS, Shim BS. The Recurrence of Chronic Pelvic Pain Syndrome and the Role of Uro-Vaxom®. Korean J Urol. 2006;47(1):42–46.
9. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Клинические рекомендации РФ 2024.
10. Шорманов И.С., Соловьев А.С., Жигалов С.А., Азизов М.И. Частота и характер симптомов нарушения функции нижних мочевых путей у лиц старше 40 лет. Экспериментальная и клиническая урология. 2023;16(2):10–15.
11. Oelke M, Baard J, Wijkstra H, de la Rosette JJ, Jonas U, Höfner K. Age and bladder outlet obstruction are independently associated with detrusor overactivity in patients with benign prostatic hyperplasia. Eur Urol. 2008;54(2):419–26.
12. Nishtala PS, Salahudeen MS, Hilmer SN. Anticholinergics: theoretical and clinical overview. Expert Opin Drug Saf. 2016;15(6):753–68.
13. Zeevi N, Pachter J, McCullough LD, Wolfson L, Kuchel GA. The blood-brain barrier: geriatric relevance of a critical brain-body interface. J Am Geriatr Soc. 2010;58(9):1749–57.
14. Старческая астенция. Клинические рекомендации РФ. 2024.
15. Herschorn S, Staskin D, Schermer CR, Kristy RM, Wagg A. Safety and Tolerability Results from the PILLAR Study: A Phase IV, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study of Mirabegron in Patients ≥65 years with Overactive Bladder-Wet. Drugs Aging. 2020;37(9):665–676.

Современные возможности скрининга мочекаменной болезни



М.Ю. Просьянников, д.м.н., заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Мочекаменная болезнь (МКБ) является широко распространенным заболеванием, встречающимся у 1–20% населения в различных регионах мира. В Великобритании на лечение МКБ, учитывая ее распространенность, тратится средств больше, чем суммарно на лечение рака мочевого пузыря и рака предстательной железы.

В нашей стране, как и во всем мире, фиксируется многолетний ежегодный рост заболеваемости МКБ, достигший максимального уровня в 2019 г., – 889891 случай. Отметившийся в период пандемии COVID-19 спад фиксируемых случаев МКБ, в 2023 г. был скомпенсирован практически до уровня 2019 г.

На долю МКБ приходится более 45% больных, получающих лечение в урологических стационарах, при этом более 60% пациентов госпитализируются по экстренным показаниям. Высокая доля экстренных госпитализаций сопряжена со значительными финансовыми расходами.

Использование методов визуализации (мультиспиральная компьютерная томография и обзорная урография) на первом этапе в рамках скрининга МКБ яв-

ляется нецелесообразным, как с клинической точки зрения (обладают лучевой нагрузкой), так и с экономической точки зрения (являются дорогостоящими методами обследования). УЗИ, несмотря на множество положительных сторон данного метода, при обнаружении камней мочевого выделительной системы имеет значительный разброс в чувствительности и специфичности, основная причина – выявленная операторозависимость.

Под руководством академика РАН А.Д. Каприна и чл.-корр. РАН О.И. Аполихина при активной поддержке главного уролога Республики Чувашия Е.Н. Павлова, сотрудниками отдела МКБ (М.Ю. Просьянников, Д.А. Войтко, О.В. Константинова, Н.В. Анохин) был разработан опросник риска наличия МКБ (далее – Опросник), позволяющий выявить группы риска наличия МКБ.

Опросник представляет собой список из восьми вопросов, касающихся симптоматики МКБ и факторов риска ее рецидива, с однозначными ответами (да/нет). Заключение формируется на основе суммы баллов ответов, где положительный кодируется – 1, отрицательный – 0. В зависимости от суммы баллов формируются две группы: низкий риск МКБ – 0–1 балл; высокий риск – 2–8 баллов.

Для валидации результатов анкетирования всем участникам исследования диагностической службой БУ РЧ «БСМП» г. Чебоксары на аппаратах экспертного класса проводилось УЗИ почек и мочевого пузыря. Под камнями понимали гиперэхогенные включения ≥ 3 мм с четкой акустической тенью. Для подтверждения результатов УЗИ при выявлении камней, в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России, выполняли МСКТ органов брюшной полости без контрастного усиления.

Анализ клинико-экономической эффективности скрининга МКБ при помощи разработанного Опросника проведен

среди 4473 жителей г. Чебоксары (2945 мужчин и 1530 женщин), территориально прикрепленных к БУ «БСМП» Минздрава Республики Чувашия (далее «БСМП») (основная группа) в 2021–2023 гг. Сравнение результатов проведено с данными по оказанию медицинской помощи пациентам с МКБ в БУ «ГКБ №1» г. Чебоксары Минздрава Республики Чувашия (далее «ГКБ №1») (контрольная группа). Медико-экономическая эффективность оценена по числу выписанных больных, доле экстренных госпитализаций, количеству проведенных койко-дней и затратам на оказание помощи больным МКБ.

Из 4473 обследуемых на основании оценки анамнестического блока Опросника 994 пациента (22,2%) наблюдались у уролога и не вошли в исследуемую группу. Среди остальных респондентов камни почек и мочеточников обнаружены у 11,7 и 0,9% соответственно. Среди мужчин МКБ встречалась в 1,5 раза чаще: 10,3 и 6,7%, соответственно.

В зависимости от суммы баллов по Опроснику зафиксировано прогрессивное увеличение размеров выявленных конкрементов – с 3,0 до 9,5 мм. При этом в группе низкого риска МКБ (сумма баллов 0–1) также фиксировались конкременты, но их размер был меньше 3,5 мм, что позволяло предположить их самостоятельное отхождение без каких-либо клинических последствий.

Исследование проведено при сравнении двух схожих по кадровому и техническому оснащению урологических отделений г. Чебоксары: «БСМП» (основная группа), к которому прикреплено население, прошедшее скрининг МКБ, и «ГКБ №1», где скрининг не проводился. У данных учреждений одинаковое число прикрепленного населения = 250 тыс. человек.

За время скрининга в «БСМП» (основная группа) отмечена тенденция к увеличению общего количества больных

на 27,1% (с 446 до 567 случаев), снижению доли экстренных госпитализаций с 48,2 до 45,6% и сокращению длительности койко-дня с 8,6 до 7,4. При этом в «ГКБ №1» выявлено снижение общего числа больных на 7,6%, при росте экстренной госпитализации с 51,8 до 58,4% и увеличению длительности койко-дня с 8,1 до 9,0. Зарегистрирована статистически значимая разница – по частоте экстренных госпитализаций и продолжительности среднего койко-дня.

В рамках оценки экономической эффективности скрининга были оценены затраты на оказание медицинской помощи больным МКБ и на оказание экстренной медицинской помощи больным МКБ в «БСМП» и «ГКБ №1».

При оценке затрат на всех больных МКБ выявили, что в 2021 г. в «БСМП» объем финансирования был в два раза меньше, чем в «ГКБ №1»: 8,7 и 17,6 млн руб. соответственно ($p < 0,05$). Причина этому ранее уже озвучивалась – изменение маршрутизации урологических больных в связи с перепрофилированием урологического отделения «БСМП» для работы с больными новой коронавирусной инфекцией COVID-19. В 2022 г. после стабилизации ситуации с COVID-19 и обратным перепрофилированием урологического отделения для работы с урологическими больными объем финансирования в «БСМП» и «ГКБ №1» практически сравнялся – 12,7 и 13,4 млн руб. соответственно ($p > 0,05$). В 2023 г. отмечалось значительное превышение объема финансирования в «БСМП» – 21,1 и 17,3 млн руб. соответственно ($p < 0,05$).

При анализе затрат на оказание экстренной медицинской помощи больным МКБ выявили, что в 2021 году в «БСМП» было потрачено в 3 раза меньше средств, чем в «ГКБ №1»: 4,9 и 15,4 млн. рублей, соответственно ($p < 0,05$). В 2022 году, несмотря на то, что общие затраты на оказание медицинской помощи

ОПРОСНИК РИСКА НАЛИЧИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ДЛЯ МУЖЧИН)

Ф.И.О.	Возраст	
Болеете ли вы мочекаменной болезнью?	Да	Нет
Как долго вы страдаете МКБ?	___ лет	
Были ли у вас операции по поводу МКБ?	___ (кол-во, название операции)	
Страдает кто-нибудь из близких родственников МКБ (братья, сестры, родители, дети)	Да	Нет
Были ли у вас почечные колики?	Да	Нет
Были ли госпитализации по скорой помощи по поводу почечных колик?	Да	Нет
Были ли у вас случаи самостоятельного отхождения камней?	Да	Нет
Отмечалось когда-нибудь появление крови в моче?	Да	Нет
Отмечались когда-нибудь тянущие боли в поясничной области?	Да	Нет
Отмечались когда-нибудь иные боли при мочеиспускании?	Да	Нет
Отмечалось когда-нибудь повышение температуры тела одновременно с болями в поясничной области?	Да	Нет

*Правильный ответ подчеркнуть или обвести кружком

ОПРОСНИК РИСКА НАЛИЧИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ДЛЯ ЖЕНЩИН)

Ф.И.О.	Возраст	
Болеете ли вы мочекаменной болезнью?	Да	Нет
Как долго вы страдаете МКБ?	___ лет	
Были ли у вас операции по поводу МКБ?	___ (кол-во, название операции)	
Страдает кто-нибудь из близких родственников МКБ (братья, сестры, родители, дети)	Да	Нет
У вас были почечные колики?	Да	Нет
Были ли госпитализации по скорой помощи по поводу почечных колик?	Да	Нет
Были ли у вас случаи самостоятельного отхождения камней?	Да	Нет
Отмечались когда-нибудь тянущие боли в поясничной области?	Да	Нет
Отмечалось когда-нибудь появление крови в моче в сочетании с болями в поясничной области?	Да	Нет
Отмечались когда-нибудь боли при мочеиспускании в сочетании с болями в поясничной области?	Да	Нет
Отмечалось когда-нибудь повышение температуры тела одновременно с болями в поясничной области?	Да	Нет

*Правильный ответ подчеркнуть или обвести кружком

большим МКБ не имели статистически значимого различия между анализируемыми медицинскими учреждениями, расходы на экстренную помощь больным МКБ в «БСМП» оказались в 1,6 раза меньше: 6,8 и 10,9 млн. рублей ($p < 0,05$). В 2023 году затраты в обоих анализируемых медицинских учреждениях увеличились. При этом в «БСМП» в 1,6 раз, а в «ГКБ №1» – в 1,1 раз. Статистически значимого различия между затратами получено не было, однако в денежном эквиваленте в БУ «БСМП» г. Чебоксары они оказались на 1,5 млн. рублей меньше: 13,2 и 14,7 млн. рублей, соответственно.

Таким образом, проведение скрининга МКБ среди 1,5% прикрепленного

к «БСМП» населения показало, что распространённость МКБ в г. Чебоксары соответствует распространённости МКБ в Европе и США, составив 11,7%. При этом подтверждён факт того, что МКБ чаще встречается у мужчин, несмотря на последние данные американского центра Национального Исследования Здоровья и Питания (NHANES).

Если в существующей практике медицинская помощь оказывается, в основном, по принципу «обращаемости», то при предлагаемом подходе оказание медицинской помощи производится по принципу «выявляемости». Согласно этому принципу активное выявление заболевания происходит на основе ха-

рактерных для заболевания симптомов и факторов риска. Данный подход позволяет обнаружить МКБ в подавляющем большинстве случаев на ранней стадии, тогда как при использовании принципа «обращаемости» очень часто заболевание диагностируется в момент почечной колики, требующей госпитализации и безотлагательного оказания медицинской помощи, что сопряжено с увеличением затрат.

Преимущество проведения скрининга в рамках профилактической модели оказания медицинской помощи при МКБ продемонстрировано на примере одного из ЛПУ Республики Чувашия. Однако, за короткий промежуток реализации скри-

нинга МКБ отметились улучшение основных результатов лечебно-диагностической помощи: уменьшение частоты экстренных госпитализаций, уменьшение длительности среднего койко-дня и др. Такая положительная динамика показателей при МКБ привела к закономерному снижению общих и удельных затрат на пациентов с МКБ в «БСМП», в отличие от «ГКБ №1», где скрининговые мероприятия не проводились.

Представленные данные служат аргументами в пользу медико-экономической эффективности скрининга мочекаменной болезни. Требуется продолжение исследований для подтверждения выявленных тенденций.

НОВОЕ В УРОЛОГИИ

The Russian FUTURE: как МР-прицельные методы биопсии меняют диагностический ландшафт рака предстательной железы

Улучшение диагностики рака предстательной железы остается одной из основных задач современной урологии. Развитие и внедрение новых онкомаркеров и методов визуализации все еще не позволяет отказаться от морфологической верификации диагноза. В настоящее время именно МР-прицельные методы биопсии являются наиболее востребованными, постепенно вытесняя систематиче-

ские. Однако каждому из этих методов присущи как сильные, так и слабые стороны, что зачастую ставит уролога перед непростым выбором. В Российской Федерации заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) в 2023 г. превысила 50 тыс. человек [1]. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РПЖ занимает второе место (14,2%), однако в группе мужчин пожилого возраста (≥ 60 лет) РПЖ уже

уверенно лидирует (17,6%) [2]. При этом морфологическая верификация диагноза составляет 98,5% [1]. Несмотря на тенденцию к увеличению инцидентальных форм РПЖ, основным (80–90%) методом морфологической верификации является биопсия предстательной железы [3–6].

История развития методов биопсии предстательной железы насчитывает порядка 100 лет [7]. Впервые биопсию выполнил Н.Н. Young еще в 1926 г. [8].

В 1930-е гг. на смену этой биопсии пришли пункционные и аспирационные методы. Тем не менее отсутствие адекватной визуализации простаты ограничивало их распространение. Решением проблемы послужило развитие ультразвуковой диагностики [9]. Совершенствование технологий позволило К.К. Hodge в 1989 г. выполнить секстантную биопсию простаты под УЗ-контролем [10]. Однако было установлено, что шести биоптатов зачастую не-

ВИТАПРОСТ®

ПРАВИЛЬНЫЙ КУРС

СНАЧАЛА СВЕЧИ



ЗАТЕМ ТАБЛЕТКИ






Краткая информация из общих характеристик лекарственных препаратов: Суппозитории Витапрост® (простаты экстракт); таблетки Витапрост® (простаты экстракт). Форма выпуска: суппозитории ректальные, содержащие простаты экстракт – 50 мг⁹⁰; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, содержащие простаты экстракт – 100 мг⁹⁰. Показания к применению: суппозитории Витапрост®: Хронический простатит, состояние до и после оперативных вмешательств на предстательной железе; таблетки Витапрост®: Хронический абактериальный простатит, профилактика обострений хронического абактериального простатита, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, состояние до и после оперативных вмешательств на предстательной железе. Противопоказания: Суппозитории Витапрост®: Гиперчувствительность к действующему веществу и/или к любому из вспомогательных веществ, возраст до 18 лет; таблетки Витапрост®: Гиперчувствительность к действующему веществу и/или к любому из вспомогательных веществ, дефицит лактазы, дефицит сахаразы/изомальтазы, непереносимость лактозы, непереносимость фруктозы, глюкозогалактозная мальабсорбция (препарат содержит лактозу и сахарозу), возраст до 18 лет. Суппозитории и таблетки Витапрост® применяют только для лечения взрослых мужчин; не применяют у женщин и детей. Способ применения и дозы (для полной информации см. общие характеристики лекарственных препаратов): Суппозитории Витапрост®: Ректально по 1 суппозиторию после самопроизвольного опорожнения кишечника или клизмы 1 раз в день. После введения суппозитория желательное пребывание пациента в постели в течение 30-40 минут. Длительность курса лечения препаратом Витапрост – не менее 10 дней. Таблетки Витапрост®: Принимать внутрь по 1 таб. 2 раза в день. Длительность курса лечения при доброкачественной гиперплазии предстательной железы – не менее 30 дней; при хроническом простатите – не менее 10 дней; для профилактики обострений хронического простатита применяют по 1 таб. 2 раза в день в течение не менее 30 дней – 1-2 раза в год. Побочные действия: Суппозитории Витапрост®: Очень редко – аллергические реакции. Таблетки Витапрост®: Очень редко – аллергические реакции. Срок годности: 2 года для суппозиториев Витапрост®; 3 года для таблеток Витапрост®. Условия отпуска: без рецепта.

⁹⁰В пересчете на водорастворимые пептиды – 10 мг; ⁹⁹В пересчете на водорастворимые пептиды – 20 мг

ROS-20251211-2038

ВИТАПРОСТ® - РУ ЛП-№(000363)-(РГ-РУ); ВИТАПРОСТ® ТАБЛЕТКИ - РУ ЛП-№(000638)-(РГ-РУ). ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ОБРАЩАТЬСЯ: АО «НИЖФАРМ», 603105 НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛ. САЛГАНСКАЯ, Д. 7, ТЕЛ.: +7 (831) 278-80-88, ФАКС: +7 (831) 430-72-28, E-MAIL: MED@NIZPHARM.RU

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ



В.С. ПЕТОВ,
врач-уролог, ассистент Института
uroлогии и репродуктивного
здоровья человека ФГАОУ ВО
«Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский
университет)

достаточно для выявления РПЖ. В связи с этим количество биоптатов достигло 8–14, что значительно увеличило диагностическую ценность этой биопсии и позволило ей оставаться «золотым стандартом» более 20 лет [11, 12].

Тем не менее трансректальная стандартная биопсия под УЗ-контролем не лишена недостатков. Она характеризуется гипердиагностикой клинически незначимых форм РПЖ (ISUP 1), высоким риском пропуска РПЖ в апикальной или передней зонах простаты и развития инфекционно-воспалительных осложнений [13, 14]. Более того, стандартная биопсия может не обеспечивать приемлемого качества гистологического материала [15].

Нивелирование этих недостатков выдвинуло в дальнейшем увеличение количества биоптатов. Так, C.S. Stewart и P.G. Borboroglu предложили выполнять сатурационную биопсию (>20 биоптатов) [16, 17]. Несмотря на улучшение диагностической ценности в отношении РПЖ, основными недостатками оставались высокая травматичность, необходимость региональной или общей анестезии при трансперинеальном доступе, гипердиагностика РПЖ (ISUP1).

Другими направлениями, нацеленными на улучшение диагностики РПЖ посредством биопсии, стали изоформы ПСА, новые онкомаркеры, калькуляторы риска, дополнительные ультразвуковые методы и мультипараметрическая МРТ (мпМРТ). Однако именно мпМРТ кардинально изменила подход к выполнению биопсии простаты. Так, мпМРТ не только позволяет определить локализацию подозрительного очага, но и охарактеризовать, используя систему PI-RADS (Prostate Imaging – Reporting and Data System) [18, 19].

Применение МРТ как метода интраоперационной визуализации привело к развитию МР-прицельных методов биопсии, которые подразумевают забор биоптатов только из подозрительного очага. Первая МР-прицельная биопсия выполнена А.В. D'Amico и R.A. Cormack в 2000 г. в МР-томографе открытого типа (0,5 Тл) [20]. В дальнейшем МР-прицельную биопсию выполняли уже в томографах закрытого типа (1,5–3 Тл) трансректально, что и получило название in-bore биопсии. Несмотря на высокую точность основными недостатками метода стали большая ресурсоемкость и длительность процедуры, что ограничило ее распространение. В связи с этим разработаны альтернатив-

ные in-bore биопсии методы – аппаратная мпМР/УЗ фьюжн- (от англ. fusion – слияние, совмещение) и когнитивная биопсия. Основным отличием этих методов является то, что визуализация очага происходит не в реальном времени, а посредством переноса данных ранее выполненной мпМРТ на УЗ-картину, получаемую при биопсии. Перенос МР-изображений при аппаратной мпМР/УЗ фьюжн-биопсии осуществляется программным обеспечением, а при когнитивной – пространственным воображением врача. Поэтому главными недостатками этих методов являются высокая стоимость для первого и зависимость от опыта специалиста для второго.

Применение мпМРТ и МР-прицельных методов биопсии в диагностике РПЖ, а также анализ их недостатков привели к разработке двух стратегий. В первом случае, при наличии подозрительного очага (PI-RADS ≥ 3 балла), выполняют комбинированную биопсию (МР-прицельную и систематическую, часто подразумевающую 12-точечную стандартную биопсию), а при отсутствии очага, но сохраняющемся риске РПЖ – только систематическую. Во втором случае, при наличии подозрительного очага, выполняется только МР-прицельная биопсия, а при его отсутствии биопсия и вовсе не проводится («путь МРТ»; от англ. MRI pathway) [5]. Однако в настоящее время Европейская ассоциация урологов (EAU) предлагает выполнять МР-прицельную и периочаговую биопсию при наличии подозрительного очага (PI-RADS ≥ 3 балла), тем самым уменьшая количество необходимых для постановки диагноза биоптатов. В конечном итоге переход от систематических методов биопсии к МР-прицельным привел к высокой выявляемости клинически значимого РПЖ (ISUP ≥ 2), при этом снизив риски гипердиагностики клинически незначимых форм заболевания.

EAU рассматривает все три метода МР-прицельной биопсии, как равные, однако степень рекомендации слабая. Данная рекомендация основана на результатах двух РКИ, на одном оригинальном исследовании и двух систематических обзорах и метаанализах. Следует отметить, что только в исследовании The FUTURE Trial авторы непосредственно сравнили все три метода МР-прицельной биопсии, которые действительно продемонстрировали сопоставимую выявляемость РПЖ (ISUP ≥ 2) (in-bore – 32,5%; аппаратная мпМР/УЗ фьюжн – 34,2%; когнитивная – 33,3%; $p > 0,9$) [21]. В двух других исследованиях – the PICTURE trial и the SmartTarget biopsy trial – авторы также не выявили различий в выявляемости РПЖ (ISUP ≥ 2), однако сравнивали только аппаратную мпМР/УЗ фьюжн- и когнитивную биопсию [22, 23]. Более того, все исследования касались только пациентов, которым биопсия выполнялась повторно. При рассмотрении систематических обзоров и метаанализов следует отметить умеренный уровень гетерогенности данных, а также особенности дизайна включенных исследований [24, 25].

В связи с недостатком работ, сравнивающих все три метода МР-прицельной биопсии, сотрудники Института урологии и репродуктивного здоровья челове-

ка Сеченовского университета (Москва, Россия) совместно с коллегами из «КДЦ «Здоровье» (Ростов-на-Дону, Россия) провели контролируемое исследование.

В данное исследование включены как первичные пациенты с подозрением на РПЖ, так и пациенты с ранее проведенной биопсией. Критерии включения: ПСА ≥ 2 нг/мл и/или подозрительный участок при ТРУЗИ, и/или «положительное» ПРИ и очаг PI-RADSV2.1 ≥ 3 баллов. Всем проведена мпМРТ в томографах закрытого типа (3 Тл). Аппаратная мпМР/УЗ фьюжн-биопсия выполнялась трансректально (3–5 биоптатов) в комбинации с сатурационной (>20 биоптатов). Когнитивная биопсия выполнялась трансректально (3–5 биоптатов) в комбинации со стандартной (8–12 биоптатов). In-bore биопсия выполнялась трансректально (2–3 биоптата).

Всего в исследование включены 335 пациентов: 188 выполнена аппаратная мпМР/УЗ фьюжн, 102 – когнитивная, а 45 – in-bore биопсия. Группы пациентов были однородны по демографическим показателям за исключением возраста (63; 63,5 и 68 лет; $p = 0,002$) и распределения частоты очагов PI-RADS 5 баллов (16%; 16%; 36%; $p = 0,007$). Общая выявляемость РПЖ при выполнении аппаратной мпМР/УЗ фьюжн, когнитивной и in-bore биопсии составила 48,9%, 42,1% и 40% соответственно ($p = 0,39$). Выявляемость РПЖ (ISUP ≥ 2) составила 25,5%, 30,3% и 35,6% ($p = 0,35$).

При сравнении комбинированных методов (аппаратная мпМР/УЗ фьюжн- и сатурационная; когнитивная и стандартная) с in-bore биопсией общая выявляе-

мость РПЖ для первых оказалась значительно больше (62,8%; 53%; 40%; $p = 0,015$). Однако при сравнении выявляемости РПЖ (ISUP ≥ 2) различий не выявлено (33%; 34,3%; 35,6%; $p = 0,94$). Тем не менее в отношении клинически незначимого РПЖ (ISUP 1) именно in-bore продемонстрировала наименьшую выявляемость по сравнению с другими методами МР-прицельной биопсии (20,4%; 11,8%; 4,4%; $p = 0,008$). Таким образом, общая выявляемость РПЖ, как и его клинически значимых форм (ISUP ≥ 2), сопоставима при сравнении всех трех методов МР-прицельной биопсии простаты. При сравнении комбинированных методов биопсии (МР-прицельная и систематическая) с in-bore первые характеризуются большей общей выявляемостью РПЖ, однако выявляемость клинически значимого РПЖ остается сопоставимой. МР-прицельные методы биопсии в настоящее время являются наиболее востребованными способами морфологической верификации диагноза РПЖ. Тем не менее остаются нерешенными некоторые вопросы: стоимость и ресурсоемкость, ошибки переноса данных, необходимость дополнительных биоптатов, оптимальный доступ и вид анестезии.

Дальнейшее развитие МР-прицельных методов биопсии, вероятно, заключается в применении искусственного интеллекта и дополненной реальности, роботизированных технологий, новых методов ультразвуковой диагностики, а также оптимизации показаний для ее выполнения посредством стратификации риска.

В.С. Петов

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году / под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. – 262 с. – ISBN 978-5-85502-297-1.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38572751.
3. Scheipner L, Incesu RB, Morra S, et al. Characteristics of incidental prostate cancer in the United States. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2023 Oct 23.
4. Yilmaz M, Toprak T, Suarez-Ibarrola R, et al. Incidental prostate cancer after holmium laser enucleation of the prostate – A narrative review. *Andrologia.* 2022 Apr;54(3):e14332.
5. Cornford P, van den Bergh RCN, Briers E, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer – 2024 Update. Part I: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol.* 2024 Aug;86(2):148-163.
6. Клиническая рекомендация «Рак предстательной железы» / Российское общество урологов, Российское общество клинической онкологии, Российское общество онкоурологов, Ассоциация онкологов России. – Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. – С. 136.
7. Schmeusser B, Levin B, Lama D, Sidana A. Hundred years of transperineal prostate biopsy. *The Adv Urol.* 2022 May 21;14:17562872221100590.
8. Young, H.H. Young's Practice of urology : based on a study of 12,500 cases / H.H. Young, D.M. Davis, F.P. Johnson; Philadelphia: W.B. Saunders company, 1926. – 738 p.
9. Watanabe H, Kato H, Kato T, et al. Diagnostic application of ultrasonotomography to the prostate. *Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi.* 1968 Apr;59(4):273-9. Japanese.
10. Hodge KK, McNeal JE, Terris MK, Stamey TA. Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate. *J Urol.* 1989 Jul;142(1):71-4.
11. Babaian RJ, Toi A, Kamoi K, et al. A comparative analysis of sextant and an extended 11-core multisite directed biopsy strategy. *J Urol.* 2000 Jan;163(1):152-7.
12. Eskew LA, Bare RL, McCullough DL. Systematic 5 region prostate biopsy is superior to sextant method for diagnosing carcinoma of the prostate. *J Urol.* 1997 Jan;157(1):199-202.
13. Loeb S, Bjurlin MA, Nicholson J, et al. Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. *Eur Urol.* 2014 Jun;65(6):1046-55.
14. Wright JL, Ellis WJ. Improved prostate cancer detection with anterior apical prostate biopsies. *Urol Oncol.* 2006 Nov-Dec;24(6):492-5.
15. Siddiqui MM, Rais-Bahrami S, Truong H, et al. Magnetic resonance imaging/ultrasound-fusion biopsy significantly upgrades prostate cancer versus systematic 12-core transrectal ultrasound biopsy. *Eur Urol.* 2013 Nov;64(5):713-719.
16. Stewart CS, Leibovich BC, Weaver AL, Lieber MM. Prostate cancer diagnosis using a saturation needle biopsy technique after previous negative sextant biopsies. *J Urol.* 2001 Jul;166(1):86-91.
17. Borboroglu PG, Comer SW, Riffenburgh RH, Amling CL. Extensive repeat transrectal ultrasound guided prostate biopsy in patients with previous benign sextant biopsies. *J Urol.* 2000 Jan;163(1):158-62.
18. Barentsz JO, Richenberg J, Clements R, et al.; European Society of Urogenital Radiology. ESUR prostate MR guidelines 2012. *Eur Radiol.* 2012 Apr;22(4):746-57.
19. Turkbey B, Rosenkrantz AB, Haider MA, et al. Prostate Imaging Reporting and Data System Version 2.1: 2019 Update of Prostate Imaging Reporting and Data System Version 2. *Eur Urol.* 2019 Sep;76(3):340-351.
20. Cormack RA, D'Amico AV, Hata N, et al. Feasibility of transperineal prostate biopsy under interventional magnetic resonance guidance. *Urology.* 2000 Oct 1;56(4):663-4.
21. Wegelin O, Exterkate L, van der Leest M, et al. The FUTURE Trial: A Multicenter Randomised Controlled Trial on Target Biopsy Techniques Based on Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Prostate Cancer in Patients with Prior Negative Biopsies. *Eur Urol.* 2019 Apr;75(4):582-590.
22. Simmons LAM, Kanthabalan A, Arya M, et al. Accuracy of Transperineal Targeted Prostate Biopsies, Visual Estimation and Image Fusion in Men Needing Repeat Biopsy in the PICTURE Trial. *J Urol.* 2018 Dec;200(6):1227-1234.
23. Hamid S, Donaldson IA, Hu Y, et al. The SmartTarget Biopsy Trial: A Prospective, Within-person Randomised, Blinded Trial Comparing the Accuracy of Visual-registration and Magnetic Resonance Imaging/Ultrasound Image-fusion Targeted Biopsies for Prostate Cancer Risk Stratification. *Eur Urol.* 2019 May;75(5):733-740.
24. Wegelin O, van Melick HHE, Hooft L, et al. Comparing Three Different Techniques for Magnetic Resonance Imaging-targeted Prostate Biopsies: A Systematic Review of In-bore versus Magnetic Resonance Imaging-transrectal Ultrasound fusion versus Cognitive Registration. Is There a Preferred Technique? *Eur Urol.* 2017 Apr;71(4):517-531.
25. Watts KL, Frechette L, Muller B, et al. Systematic review and meta-analysis comparing cognitive vs. image-guided fusion prostate biopsy for the detection of prostate cancer. *Urol Oncol.* 2020 Sep;38(9):734.e19-734.e25.

Бессимптомная бактериурия у беременных: нужна ли антибактериальная терапия?

В течение многих лет исследователи считали, что мочевыводящие пути в норме обладают стерильностью, которая поддерживается за счет защитных свойств уротелия. Во всех случаях выявления бессимптомной бактериурии (ББ) общепринятым стандартом лечения служило проведение антибактериальной терапии. Однако за последнее десятилетие отношение к ББ претерпело радикальные изменения.



Х.С. Ибишев,
д.м.н., профессор кафедры
урологии и репродуктивного
здоровья человека (с курсом детской
урологии-андрологии) ФГБОУ ВО
«РостГМУ» Минздрава России,
Ростов-на-Дону

В настоящее время определено, что как мужская, так и женская мочеполовая система является средой обитания для жизнеспособных бактериальных сообществ. Также доказано, что моча имеет свою собственную уникальную микробиологическую структуру, даже при отсутствии инфекционно-воспалительного процесса в мочевыводящих путях.

Согласно гайдлайнам Европейской ассоциации урологов по урологическим инфекциям от 2024 г., ББ является распространенным состоянием и соответствует комменсальной колонизации. У здорового человека без симптомов со стороны мочевыводящих путей ББ представляет собой образец мочи средней порции, показывающий рост бактерий $>10^5$ КОЕ/мл в двух последовательных образцах у женщин и в одном образце у мужчин. Спектр бактерий при ББ аналогичен видам, обнаруживаемым при неосложненных или осложненных ИМП, в зависимости от наличия факторов риска. Также клинические исследования последних лет показали, что ББ может защищать от суперинфицирования симптоматической ИМП. Таким образом, ББ следует лечить только в случаях доказанной пользы для пациента, чтобы избежать риска выбора устойчивости к противомикробным препаратам и искоренения потенциально защитного штамма ББ.

Итак, в норме мочевыводящие пути и моча содержат уникальный микробиом. Качественные и количественные изменения в микробиоме могут быть при некоторых урологических заболеваниях: недержание мочи, рак мочевого пузыря, цистит, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, инфекции, передаваемые



Антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии у беременных не снижает риск развития нежелательных явлений. Кроме того, полученные нами результаты ставят под сомнение рутинную практику лечения ББ у женщин одноплодной беременности без факторов риска.

половым путем, и хронический простатит/синдром хронической тазовой боли.

Дискутабельным и не решенным является вопрос: «если в норме бактерии могут присутствовать, то нужно ли их лечить, особенно у такой сложной категории больных, как беременные?»

Метаанализ имеющихся доказательств показал, что лечение ББ у беременных женщин было полезным. Однако большинство имеющихся исследований имели низкое методологическое качество и относились к периоду с 1960-х по 1980-е годы. Диагностические и лечебные протоколы, а также доступ к медицинским услугам с тех пор существенно изменились, поэтому качество доказательств для этой рекомендации низкое.

Установление диагноза ББ у беременных основано не только на старой парадигме стерильности мочи, но и на ее рутинном бактериологическом исследовании, которое позволяет выявить лишь узкий спектр уропатогенов. В связи с этим вопрос о диагностике и лечении ББ у беременных является дискутабельным и многогранным, и ведет за собой ряд других вопросов: в какие сроки беременности нужно проводить бактериологическое исследование мочи и нужно ли проводить вообще антибактериальную терапию беременным женщинам с ББ?

Исследования последних лет (Набока и соавт., 2024) доказали, что беременность у здоровых женщин в I, II, III триместрах всегда сопровождается бактериурией. Бактериальный спектр мочи при беременности подобен, но не идентичен моче здоровых небеременных женщин. Кроме того, к родам в моче снижаются частота обнаружения и уровни бактериурии каузативных уропатогенов: *E. coli*, *E. faecalis*, *E. faecium*, *S. aureus*, *Candida* spp., и в моче нарастает частота обнаружения и уровни бактериурии для *Lactobacillus* spp., которые являются резидентными представителями нормобиоты урогенитального тракта. Известно, что *Lactobacillus* spp. выполняют такие важные функции, как поддержание оптимального значения pH мочи, продукция собственных антимикробных агентов, влияние на

обменные процессы, особенно связанные с метаболизмом витаминов В, С, К, фолиевой кислоты, выработка аминокислот, уксусной, молочной и прочих органических кислот, активных веществ, обладающих антибактериальным эффектом, продукция перекиси водорода, и др.

В исследованиях с более высоким методологическим качеством полезные эффекты лечения антибиотиками ББ у беременных не столь очевидны, так как, нарушая нормобиоту у беременных, мы вызываем дисбиотические изменения в кишечнике, влагалище и мочевыводящих путях, которые являются фактором риска у беременных женщин. Поэтому лечение здоровых беременных женщин без факторов риска антибактериальными препаратами приводит к ряду нежелательных явлений, которые сами требуют в последующем антибактериального лечения.

Учитывая, что проблема ББ у беременных является архисложной и не решенной до конца, было проведено многоцентровое ретроспективное исследование, цель которого оценить последствия леченой и нелеченой бессимптомной бактериурии во время беременности. В исследование были включены 162 женщины с неосложненной одноплодной беременностью в возрасте 20–35 лет с диагнозом ББ. В зависимости от тактики лечения ББ пациентки были разделены на две группы. В 1-ю группу были включены 52 пациентки, которым проводилось только наблюдение в связи с их отказом от антибактериальной терапии. Во 2-ю группу включены 110 пациенток, которые получали антибактериальную терапию по поводу ББ, согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ. Критерием включения являлись беременные женщины с бактериурией, выявленной при первом обращении к гинекологу в первом триместре беременности (наличие *E. coli* при культуральном исследовании мочи со степенью контаминации более 10^5 КОЕ/мл). Критерием невключения было наличие факторов риска развития инфекций мочевыводящих путей: анатомические и функциональные нарушения и инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей и репродуктивных

органов, соматические заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз и др.), микст-инфекции, многоплодная беременность, дисбиотические изменения кишечника и репродуктивной системы.

Первичными конечными точками исследования были регистрация инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит) и репродуктивных органов (кольпит и цервицит) во время беременности и в течение шести недель в послеродовом периоде, а также преждевременные роды. При анализе нежелательных явлений во время беременности в группах отмечены достоверные различия. В 1-й группе острый цистит отмечен у 4 (5,7%), а острый пиелонефрит – ни у одной из беременных, а во 2-й группе – у 13 (11,8%) и у 2 (1,8%) беременных соответственно. Преждевременных родов в 1-й группе не было, а во 2-й группе зарегистрированы у 17 (15,4%) беременных. Кольпит и цервицит в 1-й группе были зарегистрированы в единичных наблюдениях, а во 2-й – у 14 беременных (12,7%).

Кроме того, регистрация дисбиотических изменений кишечника и влагалища также были выше в группе, где проводилась антибактериальная терапия, для коррекции которых проводились лечебные мероприятия, которые включали и антибактериальную терапию.

Полученные данные свидетельствуют, что антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии у беременных не снижает риск развития нежелательных явлений. Кроме того, полученные нами результаты ставят под сомнение рутинную практику лечения ББ у женщин одноплодной беременности без факторов риска. Наши результаты противоречат предыдущим исследованиям, в которых сообщалось о связи ББ у беременных женщин и высоких цифр развития пиелонефрита и других нежелательных явлений. Естественно, для подтверждения полученных результатов требуется продолжение исследования. Более полные результаты нашего исследования будут представлены в одном из номеров журнала «Урология».

Регуляторные пептиды в практике нейроуролога

В сентябре 2024 г. в Екатеринбурге прошел XXIV конгресс РОУ, собравший широкий круг медицинских специалистов из разных регионов России и зарубежья. В рамках форума состоялось секционное заседание «Нейроурология», на котором обсуждались актуальные вопросы помощи пациентам с гиперактивным мочевым пузырем, симптомами нижних мочевых путей. Большое внимание в этой связи было уделено возможностям препарата «Везустен» на основе регуляторных пептидов.

Новые возможности врача в терапии ГМП

Профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) РостГМУ, д.м.н., доцент Игорь Иванович Белоусов рассказал



о возможностях регуляторных пептидов в коррекции гиперактивности мочевого пузыря (ГМП).

В рамках стандартной терапии по поводу ГМП применяются М-холинолитики, β_3 -адреномиметик и интравезикальные инъекции препаратов ботулинического токсина типа А (БТГА). При этом в современной доступной литературе, как отметил лектор, до 90% пациентов с ГМП в долгосрочной перспективе отказываются от терапии из-за плохой переносимости либо отсутствия эффекта. Кроме того, лечение с помощью М-холинолитиков чревато холинергической нагрузкой, что, например, у пациентов старше 65 лет может вызывать спутанность сознания, головокружения и падения, в т.ч. приводящие к серьезным травмам и в некоторых случаях даже к смерти. Не стоит забывать и о существенном влиянии этих препаратов на сердечно-сосудистую функцию. Уже известно, что до 58% пациентов с ГМП имеют сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания [1]. На этом фоне растет интерес к возможностям лечения таких пациентов с помощью регуляторных полипептидов. Пептиды представляют собой части белков, обладающие некоторыми их функциями, но с более короткой последовательностью аминокислот и продолжительностью жизни (от нескольких секунд до нескольких минут). Благодаря своим регуляторным способностям эти части белков получили название регуляторных пептидов. Они обладают тканевой специфичностью, полифункциональны и, что очень важно, запускают каскадные процессы, обеспечивая тем самым длительность действия, превышающую

жизнь самого пептида. За короткий период своего существования регуляторные пептиды связываются со специфическими рецепторами на поверхности клеток, проникают внутрь клетки и ядра, где участвуют в синтезе белка, способствуя тем самым нормализации гомеостаза и функционирования органа. При этом достигнутый практический результат может сохраняться и нарастать после завершения курса терапии [2]. Ключевыми преимуществами препаратов на основе регуляторных пептидов являются патогенетический механизм действия, органоспецифичность, пролонгированное действие («феномен пептидного каскада»), геропротекторный эффект, благоприятный профиль безопасности, комфортный курс применения.

«Везустен» – рецептурное лекарственное средство для лечения взрослых пациентов с ГМП, относится к полипептидам мочевого пузыря крупного рогатого скота. На протяжении 10 лет препарат прошел полный комплекс доклинических исследований. В 2020 г. опубликовано заключение совета экспертов по результатам его применения в рамках клинического исследования у пациентов с ГМП. В 2022 г. представлены результаты многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования, в котором участвовали ведущие научные учреждения страны.

В 2024 г. полипептиды мочевого пузыря (препарат «Везустен») включены в Клинические рекомендации по недержанию мочи в качестве средства медикаментозной терапии ургентного недержания мочи 1-й линии. Согласно Клиническим рекомендациям, возможно применение «Везустана» в качестве стартовой терапии, а также при наличии ограничений к терапии другими средствами для лечения учащенного мочеиспускания и недержания мочи или при их недостаточной эффективности. Оценку эффективности «Везустана» следует проводить через три недели после завершения курса терапии. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

«Везустен» – препарат выбора у коморбидного пациента с ГМП, поскольку не оказывает холинолитического действия, сопряженного с риском прогрессирования деменции, негативного влияния на сердечно-сосудистую систему и желудочно-кишечный тракт. Целевая группа для назначения «Везустана» – не только пациенты с впервые установленным диагнозом ГМП, пациенты, плохо переносящие

стандартную терапию или неудовлетворенные ее результатом, но и больные с базовой высокой холинолитической нагрузкой из-за применения других препаратов. Патогенетическое действие «Везустана» позволяет также рассматривать его применение при синдроме ГМП, спровоцированном заболеваниями центральной или периферической нервной системы (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз), идиопатическом ГМП, сочетанном поражении мочевого пузыря (например, на фоне послеродовых нарушений и урогенитальной атрофии в постменопаузе).

Регуляторные пептиды в комбинированной терапии ГМП

Профессор института урологии и репродуктивного здоровья Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, председатель совета Ассоциации специалистов консервативной терапии в урологии «Аспект», д.м.н. Леонид Григорьевич Спивак выступил с докладом «Пепти-



ды – альфа и бета реальной клинической практики».

В Клинических рекомендациях 2024 г. появилась новая опция для лечения пациентов с ГМП – полипептиды мочевого пузыря (препарат «Везустен»). Вместе с тем у специалистов возникают вопросы, можно ли лечить пациентов комбинацией «Везустана» с β_3 -адреномиметиком или с $\alpha 1$ -адреноблокатором.

В поисках ответа было проведено проспективное рандомизированное клиническое исследование в отношении применения комбинированной терапии «Везустановом» и $\alpha 1$ -адреноблокатором в сравнении с монотерапией $\alpha 1$ -адреноблокатором у 100 пациентов с симптомами нарушенного мочеиспускания, обусловленными гиперплазией простаты. В это исследование включались пациенты 45–80 лет с ДГПЖ, сопровождающейся в том числе учащенным мочеиспусканием, ургентностью и/или другими симптомами накопления в течение трех месяцев и

более (в том числе прооперированные по поводу ДГПЖ), получающие симптоматическое лечение $\alpha 1$ -адреноблокаторами. В рамках исследования одна группа пациентов продолжала монотерапию $\alpha 1$ -адреноблокаторами, другая дополнительно к постоянному приему $\alpha 1$ -адреноблокатора получала стандартный курс «Везустана» из 10 инъекций (три инъекции в неделю). Поскольку благодаря пептидному каскаду после окончания курса действие пептидов продолжается, суммарные результаты лечения оценивались через 50–55 дней от начала исследования, что соответствовало одному месяцу после окончания курса «Везустана» в основной группе. Процедуры исследования включали прием врача-уролога, урофлуометрию портативным прибором для домашнего применения (мониторинг в течение трех суток), трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы, ультразвуковую оценку объема остаточной мочи, оценку дневника мочеиспускания, анкетирование, оценку комплаентности, сбор информации о нежелательных явлениях.

Первичным критерием для исследователей было изменение выраженности симптомов по шкале IPSS (International Prostate Symptom Score). В числе вторичных – изменения выраженности симптоматики по шкале OAB-q (The Overactive Bladder Questionnaire Short Form), а также числа эпизодов мочеиспускания, максимальной и средней скорости потока мочи при мочеиспускании, объема выделенной мочи при мочеиспускании, простаты и остаточной мочи. По результатам исследования у пациентов, получавших монотерапию $\alpha 1$ -адреноблокаторами, никаких изменений в симптоматике и показателях функционального состояния нижних мочевыводящих путей (НМВП) не произошло. В то время как у пациентов, дополнительно прошедших курс терапии препаратом «Везустен», симптоматика по шкале IPSS выражено улучшилась. Кроме того, в этой группе пациентов уменьшились симптомы накопления мочи и опорожнения мочевого пузыря, достоверно повысились максимальная скорость потока мочи (Qmax), средняя скорость потока мочи (Qave) и средний объем выделенной мочи по данным урофлуометрии, уменьшился объем остаточной мочи.

Во втором исследовании приняли участие пациенты с симптомами нарушенного мочеиспускания, включающими в себя симптомы накопления. В большинстве своем это были женщи-

ны. Все пациенты исходно принимали β3-адреномиметик, в основной группе к терапии мирабегроном был добавлен «Везустен» курсом 10 инъекций. Процедуры исследования были аналогичными, за исключением ультразвукового исследования мочевого пузыря с определением толщины детрузора. У женщин оценивались только число мочеиспусканий и объем выделенной мочи при мочеиспускании, у мужчин – еще и скорость потока мочи.

Первичным критерием исследования стало изменение выраженности симптомов ГМП по шкале OAB-q. Вторичными – изменение числа мочеиспусканий, толщины детрузора, объема остаточной мочи. Согласно результатам исследования, по толщине детрузора никакой разницы в группах выявлено не было. Оценка выраженности симптомов ГМП изменилась в той группе, где пациенты получали комбинированное лечение. Достоверно уменьшилось число мочеиспусканий. Отмечено увеличение объема выделяемой мочи и достоверное уменьшение объема остаточной мочи, а также выраженное уменьшение симптомов по шкале OAB-q.

Регуляторные пептиды при нейрогенной ГМП на фоне рассеянного склероза

Второе выступление И.И. Белоусова было посвящено влиянию препарата «Везустен» на симптомы нижних мочевых путей у пациентов при рассеянном склерозе (РС). РС – прогрессирующее заболевание, протекающее с поражением ЦНС. При этом симптомы нижних мочевых путей (СНМП) – наиболее частое осложнение РС со стороны органов мочевой системы. Также хорошо известно, что нередко СНМП являются дебютом РС, особенно у молодых мужчин. Клинические рекомендации по рассеянному склерозу (неврология) 2022 г. свидетельствуют, что нарушениям мочеиспускания при данном заболевании подвержены 40–90% пациентов. Там же сказано, что в части коррекции СНМП у этих пациентов ведущим лечащим врачом становится уролог.

Стандартная терапия, согласно клиническим рекомендациям по РС, предлагает следующее лечение СНМП, обусловленных нейрогенной ГМП:

- 1-я линия – М-холинолитики;
- 2-я линия – интравезикальная (внутридетрузорная) инъекционная терапия препаратами БТГА.

На этапе научных исследований в коррекции нейрогенной ГМП пока еще остаются терапевтические эффекты β3-адреномиметиков. Тем временем продолжается поиск новых способов коррекции СНМП у пациентов с РС. На кафедре урологии и репродуктивного здоровья человека (с курсом детской урологии-андрологии) РостГМУ с 2022 г. ведется проспективное моноцентровое клиническое простое сравнительное плацебо-контролируемое исследование с последовательной сменой лекарственного препарата по оценке эффективности и безопасности пептидной терапии у пациентов с РС. Небольшая часть этого исследования с полученными предварительными данными и была представлена на XXIV конгрессе РОУ.

Она представляет собой последовательную терапию М-холинолитика (солифенацин) и «Везустана». После приема каждого препарата следовал период «отмывки» в течение четырех недель, сравнение эффективности двух препаратов осуществлялось у этого же пациента.

И.И. Белоусов поделился результатами работы, подчеркнув, что они не финальные, а предварительные. Так, по данным дневников мочеиспусканий 41 пациента, солифенацин показал уменьшение частоты мочеиспусканий в сутки на 38,5%, через месяц – на 20,8% от исходного уровня. У «Везустана» эти же показатели составили 48,5 и 33,1% соответственно. Объем мочевого пузыря после приема солифенацина увеличился на 86,4%, через месяц составил только 20,1% от исходного уровня, а после приема «Везустана» – на 97,6 и 63,6% соответственно. Преимущества «Везустана» отмечены и в части уменьшения эпизодов ургентности. На фоне терапии препаратом снижается частота недержания мочи (НМ) как симптома на 24,4%, со снижением эффекта всего лишь на 4,9% от достигнутого уровня после его отмены. Частота ноктурии сокращается на 56,1%, с усилением эффекта от достигнутого уровня на 12,2% после отмены препарата. Остается открытым вопрос, достаточно ли дневника мочеиспусканий для оценки состояния пациентов, которые являются инвалидами. Ведь дневник мочеиспусканий не оценивает уровень влияния нейрогенной ГМП на качество жизни пациента. Дальнейшее представление результатов анкетирования пациентов с РС валидированными профильными опросниками (NBSS – шкала симптомов нейрогенного мочевого пузыря; SF-Qualiveen – оценка влияния нейрогенных нарушений мочеиспускания на качество жизни больных; I-QoL – качество жизни, связанное с недержанием мочи) показало безусловную ценность этих инструментов оценки. Так, солифенацин показал умеренное влияние СНМП в доменах Недержание мочи, Накопление/опорожнение, Осложнения и качество жизни по анкете NBSS, в то время как «Везустен» дал в два раза больший эффект. Подобные результаты продемонстрированы при анкетировании опросником I-QoL (качество жизни, связанное с недержанием мочи): на фоне терапии солифенацином показатель улучшился на 56%, а при лечении «Везустановом» – на 80,4%. Хотя следует отметить, что, несмотря на такие высокие результаты проводимой терапии, ни один из пациентов, тем не менее, не дал максимальной оценки своему качеству жизни.

Что касается побочных действий, то все нежелательные явления «Везустана» связаны с инъекционным способом его введения.

В заключение докладчик отметил, что и солифенацин, и «Везустен» способны эффективно влиять на снижение поллакиурии и ургентности, увеличивать объем мочевого пузыря и уменьшать частоту эпизодов недержания мочи, влияя на качество жизни пациентов с нейрогенной ГМП на фоне РС. Вероятно, «Везустен» может являться более подходящим препаратом для этой группы пациентов, поскольку, обладая высокими эффективно-

стью и безопасностью, сохраняет свое терапевтическое действие после отмены препарата как минимум на протяжении четырех недель наблюдения по всем измеряемым параметрам.

Клинический опыт при нейрогенной детрузорной гиперактивности: влияние на уродинамические показатели

Ассистент кафедры урологии КубГМУ, к.м.н. Павел Валентинович Шорников рассмотрел динамику клини-



ческих и уродинамических показателей у пациентов с ГМП на фоне терапии препаратом «Везустен».

Будучи физиологом, лектор признался, что поначалу испытывал скепсис к препарату «Везустен», считая, что выводы о его действии строятся на субъективных критериях. Вместе с тем на приеме у врача после терапии «Везустановом» пациенты отмечали улучшения. Для того, чтобы убедиться, насколько субъективные ощущения пациентов соответствуют динамике клинических и уродинамических показателей, был проведен анализ клинических наблюдений пациентов с диагностированным ГМП, имеющих детрузорную

гиперактивность ненейрогенного генеза. Эксперт отметил, что у шести из восьми пациентов после лечения «Везустановом» был получен достоверно лучший результат по всем уродинамическим показателям, у одного пациента результат оказался сомнительным, еще у одного достоверного улучшения не получено ни субъективно, ни объективно. Сравнительная характеристика субъективных показателей осуществлялась на основе данных анкет-опросников и дневников мочеиспусканий.

В качестве иллюстрации эксперт привел пример пациентки 66 лет. Через месяц после лечения «Везустановом» у нее уменьшилась частота мочеиспусканий, исчезли эпизоды ноктурии, ургентные позывы к мочеиспусканию. Вместе с тем улучшились и уродинамические показатели: отмечено прекращение спонтанной детрузорной активности, а также отмечалось улучшение удерживающей функции при сопутствующей уретральной недостаточности. «Везустен» способен уменьшать спонтанную детрузорную активность и нормализовать сенсорику мочевого пузыря, снижать число эпизодов недержания мочи в 2,9 раза по сравнению с исходным уровнем. Действие препарата более чем в два раза превосходит плацебо [3].

«Эффект «Везустана» уродинамический, снижающий детрузорную активность мочевого пузыря, улучшающий емкость мочевого пузыря, но не у всех пациентов этот эффект был получен. Я считаю, что необходимы дальнейшие фундаментальные исследования», – подытожил свое выступление эксперт.

Список литературы в редакции
Елена Яковлева

ГМП ТЫ НИКОГДА НЕ ЗНАЕШЬ, ГДЕ ЭТО СЛУЧИТСЯ...

ВЕЗУСТЕН

10 инъекций

ВЕЗУСТЕН

10 инъекций

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ» 2024:

полипептиды мочевого пузыря (Везустен®) рекомендуются

- Уровень убедительности рекомендаций А
- Уровень достоверности доказательств 2

ВЕЗУСТЕН® ПЕРВЫЙ* ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ГМП

<p>Снижение частоты мочеиспусканий и ургентных позывов у 67% пациентов более чем на 20% по шкале TUF5</p>	<p>Снижение количества эпизодов недержания мочи в 2,9 раза</p>	<p>Эффект нарастает после завершения курса терапии в течение 3 недель и более</p>
--	---	--

ГМП – гиперактивный мочевой пузырь, TUF5 – Total Urgency and Frequency Scale – обобщенная шкала ургентности и частоты мочеиспусканий
 *Первый препарат для патогенетического лечения ГМП в анатомо-терапевтической-химической группе B04B0 – Средства для лечения учащенного мочеиспускания и недержания мочи
 Пучкарь Д.А., Курьянов В.А., Тамбов С.А., Кривошаров Д.С., Сливак Л.С., Аль-Шукри С.Х. и др. Оценка безопасности и эффективности лекарственного препарата Везустен у пациентов с гиперактивным мочевым пузырем. Урология, 2022;3:42-51
 ООО «ПептидПро», 115054, Москва, Космодамианская наб., д.52, стр.1В
 Телефон: +7(495)230-09-08 www.peptidpro.com

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ВЕЗУСТЕН ОТ 26.06.2024

Эндоскопическое лечение пациента с крупным камнем уретры

По этиологии камни уретры можно разделить на первичные и вторичные. Первичные камни могут возникать на фоне стаза мочи в мочеиспускательном канале из-за свищей, дивертикулов. Другой причиной могут являться воспалительные заболевания предстательной железы и уретры. Вторичные камни уретры связаны с миграцией из верхних мочевыводящих путей и мочевого пузыря. Учитывая редкую встречаемость данного патологического состояния, в литературе не представлено четких рекомендаций по диагностике и лечению пациентов с камнями уретры. Как следствие, в каждом случае требуется индивидуальный подход с учетом различных аспектов, включая сопутствующие заболевания, размер камня, а также предпочтения пациента.

И.А. АБОЯН, К.А. ШИРАНОВ, М.А. ХИДИРБЕКОВ

ГБУ РО «Клинико-диагностический центр «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону



К.А. ШИРАНОВ, к.м.н., врач-уролог,
ГБУ РО «Клинико-диагностический центр «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону

Представляем клиническое наблюдение пациента с крупным камнем уретры, которому выполнено эндоскопическое лечение.

Пациент (70 лет) направлен из поликлиники по месту жительства в ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» на консультацию урологом в декабре 2023 г. Основной жалобой было отсутствие самостоятельного мочеиспускания и наличие цистостомы. Из анамнеза в марте 2023 г. пациент поступил в больницу скорой медицинской помощи с острым нарушением мозгового кровообращения. После неудачной попытки катетеризации мочевого пузыря больному выполнена троакарная цистостомия. До момента госпитализации пациент у уролога не наблюдался и с его слов у него не было нарушений мочеиспускания. Оперативных вмешательств в анамнезе также не было.

После обращения пациенту проведено комплексное амбулаторное обследование. На обзорной и ретроградной уретрографии обнаружен крупный камень проксимальной части бульбозного отдела уретры размером 3×4 см (рис. 1). При ультразвуковом исследовании (УЗИ) мочевого пузыря дополнительных образований не выявлено, объем предстательной железы составил 45 см³.

При физикальном исследовании у пациента отмечается выраженное уплотнение в промежности, болезненное при пальпации. При пережатии цистостомического дренажа самостоятельного мочеиспускания не было. Уверенный позыв к мочеиспусканию появлялся при объеме мочевого пузыря 270 мл. Таким образом, на основании объективных данных и инструментальных методов диагностики, пациенту установлен диагноз первичного камня уретры. С ним обсуждены возможные варианты лечения. Принимая во внимание выраженные сопутствующие заболевания, прием антикоагулянтов, принято решение о выполнении эндоскопической уретролитотрипсии.

Под внутривенной анестезией пациенту выполнена диагностическая уретроскопия. Ввиду подозрения на стриктуру уретры вначале проведен уретероскоп 8 Ch. В проксимальной части бульбозного отдела уретры визуализирован крупный камень, дистальнее него – некоторое сужение просвета, без характерных для стриктуры изменений слизистой. После нескольких минут лазерной литотрипсии из-за плохой визуализации принято решение о замене инструмента на резектоскоп с рабочим каналом для проведения лазерного волокна. Далее проведена лазерная литотрипсия. Использовался тулиевый волоконный лазер U-max. Применяемые режимы дробления составили 1–1,5 Дж

для энергии импульса при частоте 10–15 Гц. После фрагментации большей части камня, оставшиеся фрагменты перемещены механически в мочевой пузырь и отмыты с помощью шприца Александра. В зоне локализации камня сохранялась полость дивертикула (рис. 2). Общее время операции составило 120 минут.

На контрольной уретрографии после удаления резектоскопа обнаружена крупная резидуальная полость. Уретральный катетер удален на 5-е сутки. Пациент оставался на цистостомическом дренаже для контроля объема остаточной мочи. При выписке было восстановлено самостоятельное мочеиспускание на фоне пережатого цистостомического дренажа. Выполнен спектрометрический анализ состава камня, по результатам которого определен карбонат апатит.

Через четыре недели пациент обратился повторно с жалобами на ухудшение струи мочи. При контрольном обследовании на восходящей уретрограмме выявлена короткая стриктура бульбозного отдела уретры протяженностью 1 см. При уретроскопии на уровне стояния камня определяется кольцевидное сужение, не преодолимое для цистоскопа. Выполнена внутренняя оптическая уретротомия. На 2-е сутки после операции удален уретральный катетер, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Цистостомический

дренаж удален при выписке. Далее пациент переведен на программное бужирование с целью профилактики рецидива стриктуры. Для этого использовались бужи 16 Ch, 18 Ch и 20 Ch. В течение первого месяца бужирование проводилось один раз в неделю, далее один раз в две недели, через три месяца – один раз в три недели. Через шесть месяцев проведено контрольное обследование. По данным урофлоуметрии, отмечается необструктивное мочеиспускание, при проведении УЗИ остаточной мочи нет. Пациенту выполнена уретроскопия, в зоне локализации стриктуры определяется незначительное сужение просвета, проходимое для цистоскопа 18 Ch. Показаний к внутренней оптической уретротомии не было. Планируется продолжение бужирования с интервалом один раз в четыре недели.

Нами описано клиническое наблюдение пациента с крупным камнем уретры. Тяжелый коморбидный фон (состояние после острого нарушения мозгового кровообращения, прием антикоагулянтов) стал причиной для поиска альтернативных открытой уретротомии вариантов лечения. На наш взгляд, риск развития стриктуры или дивертикула уретры после удаления камня промежностным доступом превышал преимущества в виде одномоментного удаления камня. В пользу трансуретральной литотрипсии также указывала возможность оценить состояние уретры в зоне камня и выполнить при необходимости внутреннюю оптическую уретротомию. Основные слож-

Рис. 1. Обзорная урография (А) и ретроградная уретрография (Б)

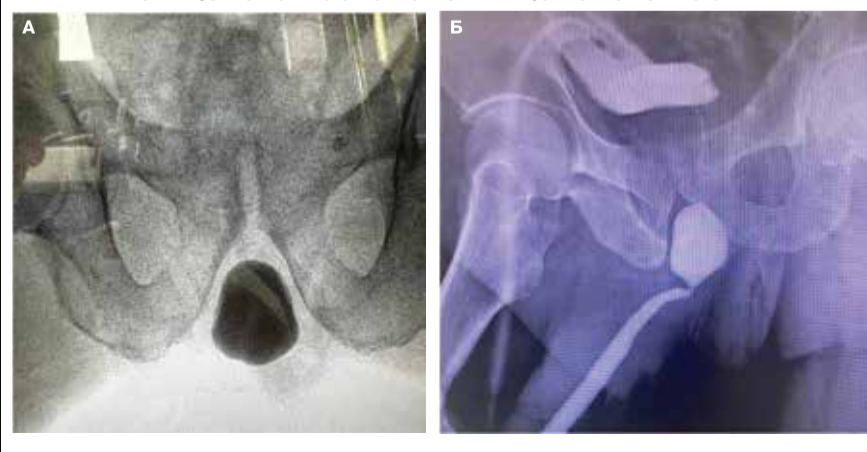


Рис. 2. Ретроградная уретрография после удаления камня



ности во время операции включали недостаточную ирригацию в узком пространстве и риск повреждения слизистой уретры с развитием уже латрогенной стриктуры. Тем не менее выполнение уретротомии промежуточным доступом с иссечением стенки дивертикула у пациента с острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе, который получает антикоагулянты, также связано с риском осложнений, в том числе стриктуры уретры. Обращаясь к данным литературы, в исследование А.Е. el-Sherif и К. Prasad [1], которое проводилось с 1993 по 1995 год, включено 34 мужчины (средний возраст – 38,7 года) с камнем уретры. Ни у одного пациента в анамнезе не было оперативных вмешательств на уретре. Во всех случаях в уретру вводили гель с 2% лидокаином и смещали камень уретральным катетером 16 Ch. 33 пациентам удалось переместить камень в мочевой пузырь. Далее 20 пациентам выполнена дистанционная ударно-волновая литотрипсия камней в мочевом пузыре,

а 13 мужчинам – цистолитотомия. В одном наблюдении после введения геля камень самостоятельно отошел. В нашем наблюдении, учитывая локализацию и размер камня, попытки его перемещения в мочевой пузырь могли привести к травме уретры и/или сфинктера уретры.

Maokun Sun [2] с соавторами описали клиническое наблюдение пациента 82 лет с крупным камнем дивертикула уретры размером 6,5×5,5 см. В качестве первого этапа лечения выполнена троакарная цистостомия. Вторым этапом выполнена пневмолитотрипсия. Камень фрагментирован и удален. Уретральный катетер удален на седьмой день после операции.

В статье Perry Lee and Jordana Haber [3] представлено успешное удаление крупного камня уретры у девушки 24 лет с помощью кровостанавливающих щипцов.

Maheshwari and Shah [4] выполняли уретротомию с иссечением стенки дивертикула при камнях перед-



Отсутствие стандартов лечения камней уретры требует индивидуального подхода к каждому пациенту.

Таким образом, в литературе описаны различные методики лечения пациентов с крупными камнями уретры. Тактика зависит от соматического статуса пациента, анатомических особенностей и характеристик камня.

Отсутствие стандартов лечения камней уретры требует индивидуального подхода к каждому

пациенту. В нашем наблюдении в качестве метода лечения крупного камня уретры была предложена уретролитотрипсия. Данный метод является допустимым в случае тяжелых сопутствующих заболеваний. При этом не следует забывать о риске рецидива стриктуры, который необходимо обсуждать с пациентом на дооперационном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. El-Sherif A.E., Prasad K. Treatment of urethral stones by retrograde manipulation and extracorporeal shock wave lithotripsy. Br J Urol 1995;76(6):761-64. doi: 10.1111/j.1464-410x.1995.tb00770.x
2. Maokun Sun, Wanting Xu, Shuai Guo, Wenyi Ma, Haiyue Xu & Ruili Sun – Giant urethral calculus in anterior urethral diverticulum: a case report. BMC Urol 2019;19(1):71. doi: 10.1186/s12894-019-0498-9
3. Perry Lee, Jordana Haber. Urethral Calculi. Clin Pract Cases Emerg Med 2020;4(2):134-136.
4. Maheshwari PN, Shah HN. In-situ holmium laser lithotripsy for impacted ureteral calculi. J Endourol 2005;19(8):1009-11. doi: 10.1089/end.2005.19.1009.



Команды турнира по мини-футболу

Продолжение. Начало на с. 1

На церемонии открытия конгресса состоялось вручение всероссийской премии «Дело жизни», учрежденной в честь основателя РОУ С.П. Федорова. Высокую награду получили:

• **Александр Валентинович Амосов**, член правления РОУ, профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор (номинация «Полвека в профессии»);

• **Сергей Викторович Лазаренко**, заведующий урологическим отделением Курской областной многопрофильной клинической больницы,

доцент кафедры урологии Курского государственного медицинского университета, к.м.н. (номинация «Будущее урологии»);

• **Александр Израилевич Неймарк**, главный уролог Сибирского федерального округа и Алтайского края, заведующий кафедрой урологии и андрологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор, заслужен-



Награждение проф. А.И. Неймарка

теля Луки, руководитель городского центра эндоскопической урологии и новых технологий, заслуженный врач России, д.м.н. (номинация «Новатор в профессии»).

Также были вручены грамоты:

• **Владимиру Николаевичу Журавлёву**, профессору кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии Уральского государственного медицинского университета, д.м.н. (за заслуги в создании Уральской урологической школы);

• **Ольге Петровне Ковтун**, ректору Уральского государственного медицинского университета, профессору, академику РАН, заслуженному врачу РФ, д.м.н. (за огромный вклад и активное участие в организации XXIV конгресса РОУ);

• **Рамису Рафисовичу Фатихову**, главному внештатному специалисту урологу Московской области, к.м.н. (в связи с 45-летием со дня рождения).

XXIV конгресс РОУ открыл участникам прекрасную возможность обновить знания и получить уникальный опыт, пообщаться с коллегами и расширить горизонты своей профессии.

До встречи в 2025 году!
Все новости конгресса на сайте <https://congress-rou.ru/rou2024>.



Выставка фармацевтических компаний и медицинского оборудования

«Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему»

Слова Льва Толстого, которыми начинается роман «Анна Каренина», не случайно вынесены в заголовок. Медицина современности на первое место ставит качество жизни пациента, в том числе и благополучие семейной жизни. Мы обсудили этот вопрос с профессором **Е.В. Кульчавеня**.



Е.В. КУЛЬЧАВЕНЯ, д.м.н., профессор, профессор кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «НГМУ» МЗ РФ, профессор кафедры урологии им Е.В. Шахова ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ, научный руководитель отдела урологии Клинического госпиталя «Авиценна» Группы компаний «Мать и дитя»; почетный уролог РОУ, член правления РОУ, член Совета по инфекциям в урологии Европейской ассоциации урологов, член Guidelines Group on Urological Infections – AAU/STD

– *Екатерина Валерьевна, на прошедшем в сентябре конгрессе РОУ у вас был доклад с интригующим названием «Посткоитальный цистит в менопаузе». Разве такое возможно? По устоявшемуся мнению, посткоитальный цистит – болезнь молодых женщин?*

– Со школьных времен мой девиз: «Подвергай сомнению аксиомы!». Да, считается, что посткоитальный цистит – болезнь молодых женщин, которая появляется с началом половой жизни, связана с аномалией развития мочеиспускательного канала и может быть излечена посредством операции: транспозиции уретры или рассечения уретро-гименальных спаек. Мы подвергли сомнению эту аксиому и провели исследование, которое показало, что каждая четвертая пациентка впервые перенесла посткоитальный цистит уже в периоде мено- и постменопаузы. Самой младшей пациентке с дебютом посткоитального цистита было 16 лет, и он был дефлорационный, что укладывается в привычную схему. Однако самой старшей пациентке было 60 лет, когда у нее впервые возник посткоитальный цистит [1]. Ни у одной из них не было аномалий развития органов мочеполовой системы, требующих оперативного вмешательства.

– *Может быть, цистит вызывало инфекционно-воспалительное заболевание половых органов мужа?*

– Да, такое в принципе возможно. Есть довольно много исследований, подтверждающих возможность передачи так называемой банальной инфекции половому партнеру, причем уропатогенная *E. coli* с высоким фактором вирулентности передается гетеросексуальному партнеру с большей вероятностью, чем комменсальная [2–3]. Мужья 46,4% пациенток в нашем исследовании страдали хроническим простатитом. Но на момент включения в исследование ни у одной пациентки, равно как и ни у одного из половых партнеров, не было заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП). Хотя в прошлом 39,3% пациенток и 46,4% их половых партнеров перенесли ЗППП и получали по этому поводу соответствующую терапию с контролем излеченности.

– *Всегда ли болезненность, резь при мочеиспускании, учащенные позывы у женщин означают цистит?*

– Не всегда. Последние исследования [4–5] показали, что гиперактивность мочевого пузыря (ГМП) и хронический цистит могут как маскировать, так и взаимно усугублять течение заболевания. Это имеет под собой глубокое патофизиологическое основание. Хроническая бактериальная колонизация мочевого пузыря может усугублять симптомы ГМП. Дисфункция мочевого пузыря, в свою очередь, ведет к нарушению целостности уротелиального барьера и делает его уязвимым для инвазии уропатогенов. Следствием хронического субуротелиального воспаления являются нарушенная барьерная функция уротелия, недостаточная базальная пролиферация и недостаточное созревание клеток, что может приводить как к активации сенсорной иннервации (вызывающей ГМП), так и к невозможности элиминации внутриклеточных бактериальных сообществ (вызывающих рецидивы хронического цистита). Ишемические процессы и каскад реакций оксидативного стресса в области уротелия, характерные для хронического цистита, способствуют развитию идиопатической детрузорной гиперактивности (ГМП).

– *Но ведь в случае сочетания ГМП/хронический цистит антибактериальная терапия, лежащая в основе лечения больных с инфекцией мочевыводящих путей, будет недостаточно эффективна?*

– Совершенно верно. Нельзя пациентку, пришедшую на прием с жалобами на нарушение мочеиспускания, тем более пациентку в менопаузе и постменопау-

зе, сразу и однозначно расценивать как большую острым циститом, назначать ей антибактериальные препараты и ждать эффекта, которого при таком подходе, скорее всего, не дождемся. Стоит потратить время на дополнительные тесты – как минимум заполнение специальных опросников по диагностике ГМП, не говоря уже о возможных гормональных нарушениях, которые тоже требуют осторожной коррекции.

– *В случае острого цистита все руководства в качестве первой линии предлагают фосфомицин и нитрофураны, препаратом второй линии – цефалоспорины III поколения. А есть ли подобные рекомендации в отношении больных ГМП?*

– Для лечения гиперактивности мочевого пузыря создана широкая линейка как симптоматических, так и патогенетических препаратов, позволяющая подобрать эффективную терапию для любой пациентки. Однако препаратами первой линии по-прежнему считают М-холинолитики.

– *Можно назначить любой доступный препарат этой группы или имеются какие-то ограничения?*

– Да, такие ограничения есть. Безусловно, все М-холинолитики высоко и практически одинаково эффективны, но дьявол кроется в деталях! При равной эффективности М-холинолитики существенно различаются по побочным реакциям и метаболизму (биологической трансформации).

– *Разве метаболизм лекарственного препарата имеет какое-либо значение? Ведь нужно, чтобы он подействовал, а дальнейший его метаболизм уже не важен.*

– К сожалению, это не так. Фармакокинетика любого препарата может иметь решающее значение, если его метаболиты сохраняют активность или конкурируют за метаболические ферменты. Иногда это приводит к фатальным последствиям.

– *Какой М-холинолитик следует назначить женщине в постменопаузе?*

– Из всех имеющихся М-холинолитиков в этом плане тропия хлорид, безусловно, предпочтителен: его биологическая трансформация происходит без участия цитохрома P450, что позволяет избежать влияния на метаболизм лекарственных препаратов, которые пациентка принимает по поводу интеркуррентных заболеваний. У тропия хлорид есть еще одно важное преимущество перед дру-

гими М-холинолитиками – он выводится с мочой в неизменном виде, возможно, оказывая дополнительное воздействие на уротелий [6].

– *Какова роль семьи в лечении пациентки с нарушениями мочеиспускания?*

– Решающая! Народная мудрость гласит: «Брат любит сестру богатую, а муж жену – здоровую». Безусловно, и ГМП, и хронический цистит, тем более посткоитальный, снижают качество жизни пациентки и создают предпосылки к напряженности в семейных отношениях. Нами было проведено исследование, показавшее, что у женщин в перименопаузе, страдающих синдромом гиперактивного мочевого пузыря, сексуальная функция была снижена по сравнению со здоровыми женщинами того же возраста и социального статуса. Трехмесячный курс тропия хлорид (Спазмекс®) по 30 мг ежедневно статистически значимо улучшил как параметры мочеиспускания, так и сексуальную функцию пациенток, не оказав при этом никакого влияния на их когнитивные способности и не потребовав корректировки доз препаратов, принимаемых по поводу сопутствующих заболеваний [7].

– *Вы сказали, что почти у каждой второй женщины, страдающей посткоитальным циститом, муж болен хроническим простатитом. Есть ли какие-нибудь особенности лечения мужчин в старшем возрасте (логично предположить, что у женщин в перименопаузе мужа примерно того же возраста)?*

– Да, в таком возрасте диагноз «хронический простатит» стоит в дифференциально-диагностическом ряду с доброкачественной гиперплазией и раком простаты, а также все с тем же гиперактивным мочевым пузырем.

– *Возможна ли профилактика заболеваний простаты?*

– Конечно, возможна и остро необходима! Говорить про нормализацию режима труда и отдыха не буду. Все это понимают, но не у всех есть возможность выполнять это. К примеру, хирург, у которого подряд три плановых операции, потом ночное дежурство, затем дневная смена, может соблюдать хорошо известные ему правила чередования труда и отдыха, а также питания? В такой ситуации может помочь дополнительный прием микроэлементов и витаминов. Ни в коем случае это не панацея, но нутритивная поддержка крайне важна.

Т.А. Юнацкая с соавт. [8] при оценке нутриентного состава рациона омичей обнаружили дисбаланс потребления основных пищевых веществ, макро- и микронутриентов. Липидный состав рациона характеризовался избыточным потреблением насыщенных, моносaturенных жирных кислот, триглицеридов, фосфолипидов и холестерина при дефиците потребления полиненасыщенных жирных кислот. Отчасти это можно объяснить суровым климатом Омска – это в жару хорошо идут овощи и фрукты, а морозная погода требует основательной горячей жирной пищи. Среди микронутриентов наиболее дефицитными оказались йод (недостаток поступления у 42,9% мужчин), а также цинк и селен – их не хватало в питании 50% мужчин. Нехватка цинка составила 8,6%, селена – 22,3% величины физиологической потребности. Также в этом исследовании установили недостаточное потребление витамина А (у 64,3% респондентов), бета-каротина (42,9%), витамина РР (50%), биотина (у 50% обследованных), витамина Е (у 47,1% мужчин). Компенсировать сложившийся дисбаланс можно, в частности, антиоксидантным витаминно-минеральным комплексом Селцинк Плюс®, в состав которого входят как ферментные низкомолекулярные антиоксиданты: а-токоферол (23,5 мг), б-каротин (4,8 мг), аскорбиновая кислота (200 мг), так и микроэлементы: цинк (8 мг) и селен (50 мкг).

– Селцинк Плюс – биологически активная добавка, которую могут принимать только мужчины?

– Нет. Селцинк Плюс гендерно нейтрален. Раз уж мы сегодня говорим о возрастных женщинах, уместно упомянуть о результатах исследования, проведен-

ного И.С. Захаровым с соавт. [9]. Авторы оценивали степень остеопороза у женщин в постменопаузе по уровню биохимического маркера резорбции костной ткани дезоксипиридинолина. При его повышении назначали базовую терапию препаратами кальция и витамина D₃. Пациенток рандомизировали в две группы: группа сравнения получала только базовую терапию, а пациентки основной группы дополнительно в течение двух месяцев принимали Селцинк Плюс по 2 таблетки в день. Контрольное обследование по завершении терапии показало статистически значимо более высокие результаты в группе Селцинк Плюс.

– Действительно ли микроэлементы, входящие в состав Селцинк Плюс, так важны?

– Дефицит цинка наблюдается у трети населения мира. Цинк является вторым по распространенности металлом в организме человека после железа, однако у цинка нет постоянного депозитария в организме, поэтому необходимо его запасы регулярно пополнять. Дефицит цинка может спровоцировать дисбаланс иммунной системы, высокую восприимчивость к инфекциям [10]. Известный онкоуролог Leslie C Costello, который работает в Department of Oncology and the Greenebaum Comprehensive Cancer Center, The University of Maryland School of Dentistry, Baltimore, Maryland, USA, говорил: «Разумно сделать вывод, что раз во всех карциномах наблюдается пониженное содержание цинка, то цинк будет эффективной химиотерапией для этих карцином». Поэтому вполне уместно обоснованно заявить: цинк – чудесное лекарство для лечения рака». На мой взгляд, он преувеличил роль этого микроэlemen-

та, но и так ясно, что без цинка человек существовать не может.

Не менее важен и селен. Se включен в селенопротеины, которые участвуют во многих важных процессах, включая окислительно-восстановительную регуляцию, метаболизм гормонов щитовидной железы и обмен кальция. Обнаружена связь дефицита селена со многими сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая инфаркт миокарда, сердечную недостаточность, ишемическую болезнь сердца и атеросклероз. При недостатке селена нарушается эндотелиальная функция, что закономерно влечет за собой снижение эректильной функции [11].

Дефицит селена редко встречается в США и Канаде, но в Китае и в России дефицит селена почти повсеместный [12]. Низкий уровень селена может быть связан с повышенным риском рака простаты, особенно агрессивных форм [13]. Se увеличивает эффективность химиотерапии (цисплатин, оксалиплатин, иринотекан, паклитаксел, этопозид, доксорубин) и лучевой терапии онкологических больных. Добавки с селеном также улучшают переносимость лучевой терапии и химиотерапии [14].

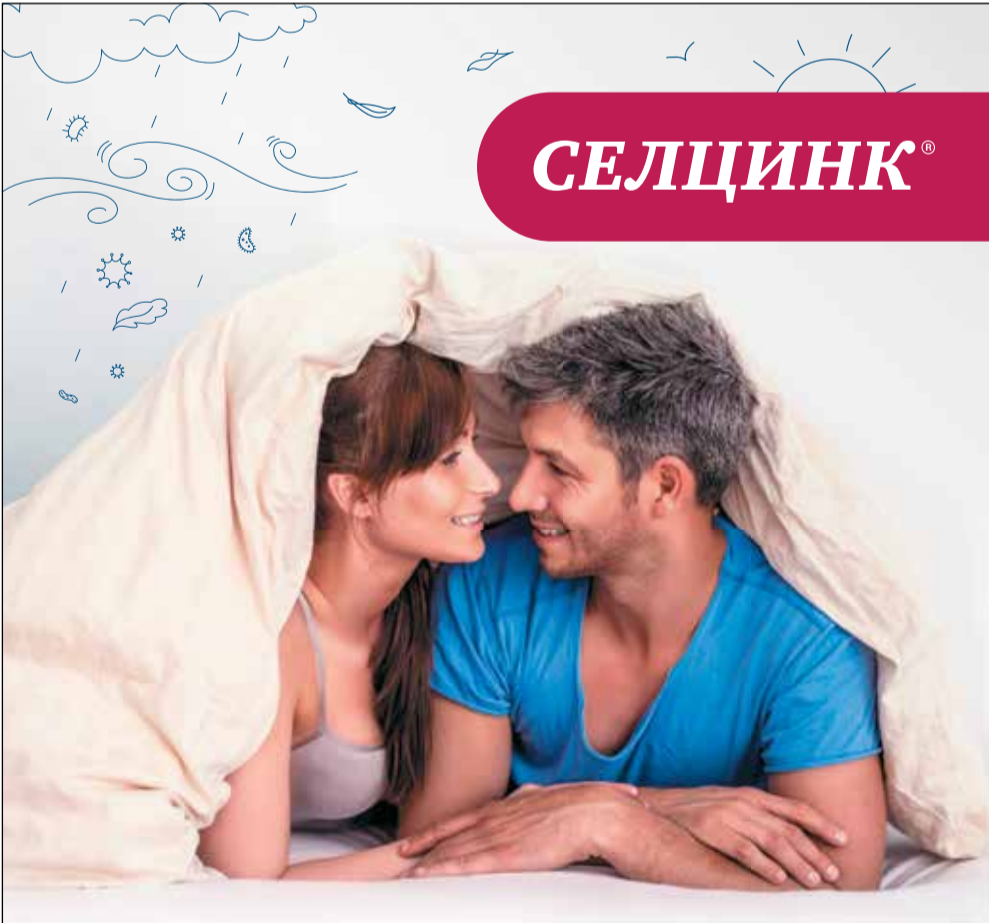
И, возвращаясь к заглавной теме нашего сегодняшнего разговора, можно сказать, что каждая несчастливая семья несчастлива по-своему по очень разным причинам, в том числе и в зависимости от уровня питания, дефицита витаминов и микроэлементов.


ЛИТЕРАТУРА

1. Кульчавеня Е.В., Трейвиш Л.С., Телина Е.В., Холтобин Д.П., Брижатюк Е.В., Шевченко С.Ю. Посткоитальный дистит в менопаузе. Урология. 2024;3:21–27.
2. Foxman B, Manning SD, Tallman P, et al.

Uropathogenic Escherichia coli are more likely than commensal E. coli to be shared between heterosexual sex partners. Am J Epidemiol. 2002;156(12):1133–40. Erratum in: Am J Epidemiol. 2003 Aug 15;158(4):396.

3. Ulleryd P, Sandberg T, Scheutz F, et al. Colonization with Escherichia coli Strains among Female Sex Partners of Men with Febrile Urinary Tract Infection. J Clin Microbiol. 2015;53(6):1947–50.
4. Гаджиева З.К. Инфекция мочевыводящих путей и гиперактивный мочевой пузырь. Есть ли связь? Урология. 2024;1:153–161.
5. Кузьмин И.В., Слесаревская М.Н., Ромих В.В. Гиперактивный мочевой пузырь, воспаление и инфекция мочевыводящих путей: патогенетические параллели. Урологические ведомости. 2024;14(1):65–79.
6. Andersson KE, Fullhase C, Soler R. Urothelial effects of oral agents for overactive bladder. Curr Urol Rep. 2008 Nov;9(6):459–64.
7. Кульчавеня Е.В., Трейвиш Л.С., Баранчукова А.А. Особенности лечения нарушенного мочеиспускания у женщин в постменопаузе. Урология. 2021;6:72–77.
8. Юнацкая Т.А., Цуканов А.Ю., Турчанинов Д.В., и соавт. Особенности фактического питания и их связь с характеристиками эякулята у мужчин с идиопатическим бесплодием: потенциал алиментарной профилактики и коррекции. Гигиена и санитария. 2019;98(7):788–792.
9. Захаров И.С., Колпинский Г.И., Ушакова Г.А., Вавин Г.В. Комплексный подход к диагностике и коррекции остеопоротических изменений у женщин в постменопаузе. Гинекология. 2015;03:26–29.
10. Mayor-Ibarguren A, Busca-Arenzana C, Robles-Marhuenda A. A Hypothesis for the Possible Role of Zinc in the Immunological Pathways Related to COVID-19 Infection. Front Immunol. 2020;11:1736.
11. Shimada BK, Alfuraij N, Seale LA. The Impact of Selenium Deficiency on Cardiovascular Function. Int J Mol Sci. 2021;22(19):10713.
12. Kipp AP, Strohm D, Brigelius-Flohé R, et al; German Nutrition Society (DGE). Revised reference values for selenium intake. J Trace Elem Med Biol. 2015;32:195–99.
13. Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Papageorgiou ST, Myrogiannis I, Mykoniatis I, Papamitsou T, Bogdanos DP, Goulis DG. Dietary Factors and Supplements Influencing Prostate Specific-Antigen (PSA) Concentrations in Men with Prostate Cancer and Increased Cancer Risk: An Evidence Analysis Review Based on Randomized Controlled Trials. Nutrients. 2020;12(10):2985.
14. Kang D, Lee J, Wu C, Guo X, Lee BJ, Chun JS, Kim JH. The role of selenium metabolism and selenoproteins in cartilage homeostasis and arthropathies. Exp Mol Med. 2020;52(8):1198–1208.






СЕЛЦИНК ПЛЮС®
Zn 8 мг | Se 50 мкг | Вит. С 200 мг
Вит. Е 23,5 мг | Бета-каротин 4,8 мг

Для профилактики и комплексной терапии нарушений фертильности и заболеваний мочеполовой системы^{1–5}

Сбалансированный состав микроэлементов и витаминов для мужского и женского здоровья!^{1–5}

PRO.MED.CS Praha a.s.
www.selzink.ru



БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ

РЕКЛАМА

1. Сивков А.В. и соавт. Эффективность и безопасность препарата Селцинк Плюс у пациентов с хроническим неинфекционным простатитом и нарушениями фертильности. Экспериментальная и клиническая урология, №1, 2010.
 2. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Маликова В.О., Чикишева А.А. Особенности прегравидарной подготовки у женщин с дисплазией соединительной ткани. Гинекология, 2018; 20 (5): 42–45.
 3. Борисов В.В. Микроэлементы селен и цинк в организме женщины и мужчины: проблемы и решения. Consilium Medicum, 2018; 20(7): 63–68.
 4. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э. Роль окислительного стресса в развитии гинекологических заболеваний. Акушерство и гинекология, 2021; 2: 150–156.
 5. Борисов В.В. Роль дефицита микроэлементов в снижении фертильности и развитии бесплодия (клиническая лекция). Клинический разбор в общей медицине, 2021; 4: 64–70.
 Уполномоченный представитель дистрибьютора РУ в РФ: АО «ПРО.МЕД.ЦС», 115193, г. Москва, ул. 7-я Кожуховская, д. 15, стр. 1, Тел./факс: (495) 679-07-03, (885) 993-04-16; info@promedics.ru

Применение перкутанной нефролитотомии под ультразвуковым контролем

В статье представлен обзор доклада о применении перкутанной нефролитотомии под ультразвуковым контролем. Рассматриваются преимущества данного метода, его эффективность и безопасность по сравнению с традиционными подходами. Описываются технические особенности процедуры и перспективы развития ультразвуковой навигации в урологической практике.



С.Х. АЛИ,
к.м.н., врач-уролог, доцент Института урологии и репродуктивного здоровья человека. Клиника урологии им. Р.М. Фронштейна (Сеченовский университет)

Мочекаменная болезнь является одним из наиболее распространенных патологий заболеваний в урологии, затрагивая значительную часть населения [1]. Перкутанная нефролитотомия (ПНЛ) зарекомендовала себя как эффективный метод удаления крупных и коралловидных камней почек [2]. Традиционно ПНЛ выполняется под рентгенологическим контролем, однако использование ультразвуковой навигации открывает новые перспективы в повышении безопасности и эффективности процедуры [3].

Преимущества ПНЛ под УЗ-контролем

1. Отсутствие ионизирующего излучения: ультразвуковой (УЗ) контроль исключает воздействие радиации на пациента и медицинский персонал, что особенно важно при длительных и повторных вмешательствах [4].

2. Высокая точность визуализации: ультразвук позволяет четко визуализировать конкременты, окружающие ткани и сосудистые структуры, снижая риск интраоперационных осложнений [5].

3. Реальное время: наблюдение за продвижением инструментов в режи-

ме реального времени повышает контроль над ходом операции и способствует более точному удалению камней [6].

Исследования показывают, что использование ультразвукового контроля при ПНЛ позволяет снизить риск радиационного облучения без потери эффективности процедуры [7]. В работе Li et al. (2017) отмечается, что ПНЛ под УЗ-контролем имеет сопоставимые результаты с традиционным методом, но с меньшим количеством осложнений [8]. Дополнительные исследования подтверждают, что данный подход особенно эффективен у пациентов с аномалиями скелета или ожирением, где рентгенологическая навигация затруднена [9].

Методология ПНЛ под УЗ-контролем

Процедура начинается с позиционирования пациента. Под ультразвуковым контролем определяется оптимальная точка пункции почки [10]. После местной или общей анестезии выполняется пункция чашечно-лоханочной системы. Правильность положения иглы подтверждается ультразвуковыми изображениями и получением мочи. Затем устанавливается проводник и проводится дилатация нефростомического канала. Введенный нефроскоп позволяет визуализировать и удалять камни с помощью соответствующих литотрипторов [11].

По данным метаанализа, проведенного Yang et al. (2019), ПНЛ под УЗ-контролем демонстрирует высокую эффективность с коэффициентом успешности более 90% [12]. Отмечается снижение частоты интра- и послеоперационных осложнений, таких как кровотечение и инфекции [13]. Пациенты быстрее восстанавливаются и имеют более короткий период госпитализации [14].

Развитие трехмерной ультразвуковой визуализации и интеграция с навигационными системами открывают



В Клиническом центре наук о здоровье Сеченовского университета впервые в России начали использовать фьюжн-систему для проведения операций на почке.

новые возможности для повышения точности и безопасности ПНЛ [15]. Исследования в области роботизированной хирургии также показывают потенциал для дальнейшего совершенствования метода [16].

В Клиническом центре наук о здоровье Сеченовского университета впервые в России начали использовать фьюжн-систему для проведения операций на почке.

Новую систему внедрили в Институте урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета. Она позволяет совмещать изображения ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) в режиме реального времени и повышает эффективность и безопасность операции, а также значительно сокращает период реабилитации больного.

«Фьюжн-система при выполнении чрескожных операций незаменима как для опытного, так и для начинающего врача. Благодаря совмещению данных двух диагностических методик (КТ и УЗИ) на одном экране в режиме реального времени врач намного точнее видит индивидуальную анатомию пациента, что обеспечивает более эффективный результат лечения», – поясняет Станислав Али, врач-уролог, доцент Института урологии и репродуктивного здоровья человека Клиники урологии Сеченовского университета.

Врачи-урологи Клинического центра наук о здоровье отмечают, что фьюжн-система – важная и необходимая составляющая для повышения эффективности и безопасности лечения пациентов с верифицированным раком почки и мочекаменной болезнью.

«Институт урологии и репродуктивного здоровья человека является пионером в области чрескожного применения данного метода. Вскоре у нас стартует ряд исследований для оценки реальной эффективности

фьюжн-системы и определения наиболее эффективной ниши ее применения», – сообщил С.Х. Али.

Таким образом, перкутанная нефролитотомия под ультразвуковым контролем является эффективным и безопасным методом лечения крупных камней почек. Преимущества данного подхода позволяют рекомендовать его для широкого применения в урологической практике, особенно в случаях, когда рентгенологический контроль затруднен или нежелателен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Türk C., et al. EAU Guidelines on Urolithiasis. Eur Urol. 2016;69(3):475-482.
2. Fernström I., Johansson B. Percutaneous pyelolithotomy: a new extraction technique. Scand J Urol Nephrol. 1976;10(3):257-259.
3. Chi T., et al. Ultrasound Guidance for Percutaneous Renal Access. J Endourol. 2010;24(4):753-758.
4. Ganpule A.P., et al. Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy: A contemporary review of results with a prospective comparative study of sonography and fluoroscopy-guided punctures. Indian J Urol. 2008;24(4):537-540.
5. Prasad S., et al. Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy: Advantages and limitations. J Endourol. 2009;23(3):277-280.
6. Li X., et al. Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy in the prone position. J Endourol. 2009;23(10):1687-1691.
7. Wang X., et al. Minimizing radiation exposure during percutaneous nephrolithotomy using ultrasound guidance. J Endourol. 2010;24(10):1575-1579.
8. Li J., et al. Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy in patients with solitary kidneys. Urol Res. 2017;45(3):295-301.
9. Falahatkar S., et al. Complete supine percutaneous nephrolithotomy under spinal anesthesia. J Endourol. 2009;23(10):1681-1687.
10. Basiri A., et al. Ultrasonography-guided percutaneous nephrolithotomy. J Endourol. 2008;22(3):423-426.
11. Akman T., et al. Comparison of percutaneous nephrolithotomy outcomes in patients with solitary kidney versus patients with two functional kidneys. Urology. 2011;78(3):535-540.
12. Yang Y., et al. Ultrasound-guided versus fluoroscopy-guided percutaneous nephrolithotomy: A systematic review and meta-analysis. Int J Urol Nephrol. 2019;51(8):1313-1324.
13. Guo J., et al. Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy in flank position: A report of 850 cases. PLOS ONE. 2017;12(3):e0173503.
14. Xiao B., et al. Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy in patients with complex kidney stone. Urol Int. 2014;92(4):444-450.
15. Desai M.R., et al. Virtual reality and augmented reality in endourology. World J Urol. 2020;38(9):2167-2173.
16. Gomez E.L., et al. Robotic-assisted percutaneous nephrolithotomy: the future of minimally invasive stone surgery. Curr Opin Urol. 2020;30(2):118-123.



Перкутанная нефролитотомия под ультразвуковым контролем является эффективным и безопасным методом лечения крупных камней почек.

Инкрустирующий цистит: особенности и сложности

Юбилейный XX конгресс «Мужское здоровье» прошел под девизом «Здоровый мужчина — крепкая семья». В рамках мероприятия состоялась научная секция — дискуссионный клуб «Мужские камни». С докладом «Инкрустирующий цистит» перед его участниками выступил руководитель отделения урологии № 2 дистанционной литотрипсии и эндовидеохирургии университетской клиники Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, к.м.н. Дмитрий Сергеевич Горелов.



Патогенез и факторы риска

По словам эксперта, инкрустирующий цистит — редко встречающееся заболевание, однако страдающие от него больные представляют собой наиболее тяжелый контингент пациентов в клинической практике врачей-урологов.

Инкрустирующий цистит является вариантом хронического цистита, протекающего с образованием солевого осадка на внутренней стенке мочевого пузыря. Обычно такие инкрустации содержат фосфат аммония, фосфат магния и струвит. А запускают данный патологический процесс продуцирующие уреазу бактерии, которых насчитывается более 40 типов. При этом чаще всего причиной инкрустирующего цистита является такой микроорганизм, как *Corynebacterium urealyticum*.

Впервые это заболевание стали системно описывать у пациентов с иммуносупрессией после трансплантации почки. Вместе с тем, по данным исследования [1], 12% здоровых и 30% госпитализированных пациентов являются носителями *Corynebacterium urealyticum* на коже.

Известен патогенез инкрустирующего цистита. Под действием *Corynebacterium urealyticum* происходит расщепление мочевины, изменение уровня Ph мочи и формирование отложений фосфата кальция на слизистой оболочке мочевого пузыря. Отдельные работы также указывают на то, что под влиянием *Corynebacterium urealyticum* может проходить остеогенная трансдифференцировка уротелия. Таким образом, это не просто отложение солей кальция, а изменение самих клеток уротелия.

В числе факторов риска развития инкрустирующего цистита важную роль играют иммуносупрессия, предшествующие манипуляции на мочевыводящих

путях, уреазопродуцирующая флора в моче, выявленная при проведении культурального исследования.

Спикер привел данные интересного исследования [2] о частоте выявления *Corynebacterium urealyticum* в моче. В рамках этой работы анализировалось 20766 проб мочи пациентов на протяжении пяти лет. В результате выявляемость *Corynebacterium urealyticum* составила 0,32% от общего количества всех проб мочи и 3,8% от общего количества проб мочи пациентов с инфекцией мочевыводящих путей. Причем большинство этих пациентов входило в группу риска по развитию инкрустирующего цистита:

- 55% перенесли вмешательства на мочевыводящих путях;
- 27% находились в состоянии иммуносупрессии;
- 73% получали антибактериальную терапию в предыдущие три месяца (цефалоспорины, полусинтетические пенициллины, аминогликозиды и фторхинолоны).

Диагностика и лечение

Для инкрустирующего цистита характерен высокий (более семи) показатель pH мочи. Что касается бактериологического исследования мочи, важно упомянуть, что стандартный анализ чаще всего может не выявить *Corynebacterium urealyticum*. Поскольку эта бактерия является медленно растущим уропатогеном, для нее требуется длительная инкубация — не менее 48–72 часов и среда обогащения (кровяной агар). То есть если результаты базового посева можно получить на вторые-третьи сутки, то *Corynebacterium urealyticum* будет выделена примерно через неделю. Поэтому при подозрении на инкрустирующий цистит необходимо предупредить об этом сотрудников баклаборатории.

В числе методов визуализации инкрустирующего цистита используются компьютерная томография (КТ) и уретроцистоскопия, которые считаются «золотым стандартом» в отношении данного заболевания.

Лечение пациентов с инкрустирующим циститом включает:

- инстилляцию специальными растворами для снижения уровня Ph мочи;
- антибактериальную терапию;
- эндоскопическое удаление инкрустаций.

Вместе с тем эксперт указал на наличие проблем при применении неко-

торых методов лечения. В частности, он отметил, что самый известный раствор для окисления мочи, разработанный еще в 1940 г., не зарегистрирован в России. Поэтому рекомендовать его для лечения пациентов российские врачи не могут. А попытки использовать возможности рецептурных аптек для приготовления этого раствора сопряжены со множеством сложностей.

Имеет свои особенности и антибиотикотерапия пациентов с инкрустирующим циститом. Возможности лечения ограничиваются тем, что *Corynebacterium urealyticum* обладает высокой устойчивостью к бета-лактамам и аминогликозидам; имеет низкую чувствительность к фторхинолонам, макролидам, кетоэфирам, рифампицину и тетрациклину. Вместе с тем *Corynebacterium urealyticum* высоко чувствительна к трициклическим гликопептидам. Поэтому чаще всего для лечения пациентов с инкрустирующим циститом используется ванкомицин 15–20 мг на кг каждые 8–12 часов.

«Если у вас в клинике есть такой пациент, то для его лечения воспользуйтесь привлечением консилиума и клинического фармаколога. Это снимет большое количество вопросов», — посоветовал коллегам докладчик.

Характерная клиническая картина

В рамках выступления эксперт представил клиническое наблюдение инкрустирующего цистита из собственной практики.

Пациент 66 лет предъявлял жалобы по поводу частых и болезненных позывов к мочеиспусканию, мочи «молочного» цвета, боли в надлобковой области. К моменту обращения в его анамнезе были трансуретральная резекция (ТУР) простаты (шесть месяцев назад), лечение в реанимационном отделении по поводу COVID-19, уретральный катетер в течение длительного времени. А в числе сопутствующих заболеваний — ревматоидный артрит с тяжелым течением, в связи с чем пациент получал метотрексат.

Общий анализ мочи выявил, что моча мутная, содержит кристаллы струвита, уровень эритроцитов доходит до 100 в п/эр, показатель Ph составляет 8,0.

По данным первичного бактериологического исследования мочи, роста *Corynebacterium urealyticum* не выявлено. На обогащенной питательной сре-

де с увеличенным временем инкубации бактерия *Corynebacterium urealyticum* была обнаружена.

С помощью КТ и уретроцистоскопии выявлены крупные инкрустации в мочевом пузыре.

Лечение пациента началось с назначения антимикробной терапии: ванкомицин 1,5 г каждые 12 часов с контролем скорости клубочковой фильтрации (СКФ). После этого через пять дней пациенту была выполнена лазерная цистолитотрипсия и ТУР стенки мочевого пузыря.

О результатах лечения говорят данные контрольного обследования, которое включало мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и общий анализ мочи (ОАМ). При контрольной цистоскопии и МСКТ инкрустации не выявлены. По результатам ОАМ показатель Ph мочи снизился, моча прозрачная, кристаллы струвита отсутствуют, число эритроцитов — три-пять.

Докладчик подчеркнул, что пациенты с инкрустирующим циститом требуют длительного наблюдения после лечения в стационаре с контролем основного показателя — Ph мочи. Важно помнить, что заболевание может вернуться, если пациент не соблюдает врачебные рекомендации. Что касается пациента, о котором рассказал эксперт, то ему на полгода был назначен метионин. Хотя доказательная база в отношении этого препарата не очень велика, медикаментозных возможностей в таких случаях, по словам эксперта, не очень много.

Завершая свое выступление, докладчик посетовал, что лечение пациентов с инкрустирующим циститом затрудняет отсутствие кода «инкрустирующий цистит» в международной классификации болезней (МКБ). «Мы написали письмо в Российское общество урологов с просьбой рассмотреть возможность присвоения этой нозологии своего кода МКБ. Это значительно облегчит работу врачей», — подчеркнул спикер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Philippon F., Bimmet F. In vitro susceptibility of *Corynebacterium* group D2 and *Corynebacterium jeikeium* to twelve antibiotics. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1990;9(12):892–95. doi: 10.1007/BF01967505.
2. Nebreda-Mayoral T. et al. Incidence and characteristics of urinary tract infections caused by *Corynebacterium urealyticum* (*Corynebacterium* group D2). Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1994;13(7):600–04. doi: 10.1007/BF01971313.

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>