

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Клинические
рекомендации
EAU-2023
Ненейрогенные
нарушения
мочеиспускания
у мужчин

Остеопороз у мужчин

Эффект плацебо
при патоспермии

ТЕМА НОМЕРА:

**АЛЕКСЕЕВА Е.А.: НЕДЕРЖАНИЕ
МОЧИ У ЖЕНЩИН. ОБЗОР
КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

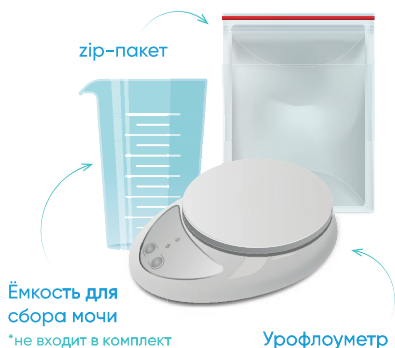


ПОРТАТИВНЫЙ УРОФЛОУМЕТР «ФЛОУСЕЛФИ»

- › Портативный урофлоуметр для использования в амбулаторных и домашних условиях
- › Возможность суточного мониторинга нарушений мочеиспускания
- › Автоматическое построение дневника мочеиспускания
- › Возможность использования в режиме взвешивания



40 000 руб.



Ёмкость для сбора мочи

*не входит в комплект

Урофлоуметр

Описание

- Соответствует лабораторному оборудованию
- Результат – моментально
- В памяти прибора можно хранить 50 урофлоуграмм – 128 кБ
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер, электронную почту, сохранить в формате pdf, распечатать
- Компактен, весит 160 г, легко взять в дорогу
- Количество процедур не ограничено
- Можно применять как в лечебном учреждении, так и в домашних условиях

Исследуемые параметры

1. Регистрирует дату и время начала проведения анализа.
2. Вычисляет время от начала обследования до начала мочеиспускания (время отсрочки) (в сек).
3. Вычисляет и отображает среднюю скорость мочеиспускания (в мл/с).
4. Вычисляет максимальную скорость за время мочеиспускания (в мл/с).
5. Вычисляет общий объем мочи (в мл).
6. Вычисляет общую продолжительность мочеиспускания (в сек).
7. Вычисляет общее время от начала старта мочеиспускания до выключения кнопки «СТОП».
8. Вычисляет и выводит данные в виде урофлоуграммы.
9. Сохраняет и хронологически нумерует серию урофлоуграмм в памяти мобильного устройства за период обследования.

Скачайте приложение для Android или IOS





Тема номера:

- »» Недержание мочи у женщин. Обзор клинических рекомендаций..... 2
- »» Инфекции мочевыводящих путей..... 5
- »» Коррекция стрессового недержания мочи у мужчин..... 9
- »» Метаанализ эффекта плацебо у пациентов с патоспермией.
Доказательные данные и возможные механизмы..... 12
- »» Остеопороз у мужчин. Возможность профилактики и лечения..... 14
- »» Патогенетическая терапия ДГПЖ, клинические рекомендации..... 18
- »» Протезирование яичка у подростков..... 22
- »» Современный взгляд на терапию внутриклеточных
инфекций в урологии..... 27
- »» Новые урологические комплексы - Бинефрон-УРО и Бинефрон-ЦИСТО..... 32
- »» Рак мочевого пузыря в Московской области. Проблемы ранней
диагностики и пути их оптимизации..... 40
- »» Клинические рекомендации EAU-2023 по ненейрогенным СНМП
у мужчин, включая доброкачественную гиперплазию
предстательной железы 44

Недержание мочи у женщин. Обзор клинических рекомендаций



Е.А. Алексеева

К.м.н., доцент кафедры урологии, андрологии и сексологии
ФГБУ ВО Красноярского государственного медицинского университета
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РВ, врач-нейроуролог
КГБУЗ Краевая клиническая больница, Красноярск

*На конференции «Научный мост Абакан-Кемерово»
Екатерина Александровна Алексеева коснулась важной
социальной и гигиенической проблемы – недержание мочи, с которой
сталкиваются более 50% женщин в возрасте 51-70 лет.*

Для выбора подходящей лечебной тактики важна правильная диагностика. Согласно клиническим рекомендациям, диагностика должна включать сбор жалоб и анамнеза, заполнение опросников и дневника мочеиспускания (3 дня), сбор информации о наличии родов и операций на органах малого таза, выполнение влагиалищного исследования с определением пробы «кашлевого толчка», УЗИ почек, мочевого пузыря, ТВУЗИ, общий анализ мочи, при наличии показаний – бактериологическое исследование мочи и уродинамическое исследование, определение функционального состояния органов малого таза.

Для стрессового недержания мочи характерно наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления, при физикальном обследовании – наличие положительной кашлевой пробы, при инструментальном – отсутствие остаточной мочи при УЗИ. Для ургентного недержания характерно наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающимися учащенным мочеиспусканием и ноктурией, наличие отрицательной кашлевой пробы и отсутствие остаточной мочи при УЗИ. Для парадоксальной ишурии характерно

наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи в сочетании с хронической задержкой мочи, наличие остаточной мочи при УЗИ. Для ситуационного недержания характерны жалобы на непроизвольное выделение мочи при различных обстоятельствах, например, при половом акте, оргазме, смехе, отсутствие остаточной мочи при УЗИ.

Клинические рекомендации ICS 2020 года предлагают использование наиболее простой, щадящей и обратимой формы терапии, которая смогла бы удовлетворить потребностям лечения, иными словами, консервативного лечения.

В российских клинических рекомендациях по недержанию мочи 2021 года отмечена необходимость лечения сопутствующих заболеваний для уменьшения выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания, применения абсорбирующих средств, мочеприемников и других вспомогательных устройств в случае отказа пациента от активного лечения, модификации образа жизни.

Что касается медикаментозной терапии, лекарственные препараты для лечения ургентного недержания мочи – М-холиноблокаторы или бета-3-агонисты. В Российской Федерации используются следующие препараты группы М-холиноблокаторов: оксibuтинин, толтерадин, фезотеродин, троспия хлорид, солифенацин. Если терапия М-холиноблокаторами неэффективна, стоит рассмотреть возможность повышения дозировки или переключения на альтернативу – агонисты бета3-адренорецепторов или комбинацию.

В США было проведено двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности и переносимости солифенацина в лечении ГАМП в 61 центре в течение 12 недель среди ранее не получавших терапию (n=739). Пациенты принимали солифенацин (n=357) 5 мг в день, доза могла быть увеличена до 10 мг при хорошей переносимости или плацебо (n=350). 58% пациентов с недержанием мочи сообщили об отсутствии эпизодов недержания мочи через 12 недель терапии солифенацином. Солифенацин (Везигап) в 6,5 раз селективнее к рецепторам мочевого пузыря. Высокая селективность Солифенацина обеспечивает высокую эффективность в снижении выраженности симптомов ГАМП, благоприятный профиль безопасности применения. Научные данные ■

демонстрируют различную частоту самостоятельной отмены М-холиноблокаторов из-за возникновения различных побочных эффектов. Солифенацин хорошо переносится и демонстрирует минимальную частоту самостоятельной отмены препарата. Везигамп имеет более доступную цену в сравнении с оригинальным солифенацином. В объединенном анализе показано, что солифенацин не усиливает когнитивную дисфункцию у пожилых людей.

Для лечения стрессового недержания мочи предложены препарат дулоксетин, вагинальная терапия эстриолом у пациенток постменопаузального возраста с недержанием мочи (ЗГТ), синтетические аналоги вазопрессина, рекомендуется препарат десмопрессин для лечения первичного ночного энуреза у взрослых пациентов.

В качестве хирургического лечения проводятся slingовые операции TVT-O и TVT. Критерии положительного результата оперативного лечения: восстановление адекватного акта мочеиспускания, отсутствие остаточной мочи и признаков рецидива основного заболевания.

Таким образом, лечебная тактика зависит от вида недержания мочи. Стартовая терапия любого вида недержания мочи должна быть начата с консервативных методов лечения. ■

Материал подготовила Шадеркина В.А.

Смотреть видео можно тут:



Инфекции мочевыводящих путей



М.А. Франк

Д.м.н., профессор кафедры урологии Уральского государственного медицинского университета, Екатеринбург

Частое применение антибиотиков может привести к нарушению или изменению видового состава микробиома, что способствует развитию или даже является одной из причин таких заболеваний, как ожирение, мочекаменная болезнь, аллергии, злокачественные новообразования и т.д. «Микробиом – ключ к пониманию происходящего», – подчеркнул Михаил Александрович.

В данном контексте лектор посвятил доклад неосложненному циститу у женщин, который европейские рекомендации определяют как острый, спорадический или рецидивирующий цистит с отсутствием анатомических и функциональных изменений мочевыводящих путей и сопутствующих заболеваний.

Критерии диагностики неосложненных ИМП:

1. Наличие симптомов, которые могут относиться к ИМП (дизурия, повышенная частота мочеиспусканий, императивные позывы)
2. Наличие лейкоцитов (в количестве выше следовых значений, что позволяет предположить воспаление)
3. Наличие нитритов (в любых количествах, включая следовые; они являются продуктом жизнедеятельности *E. coli*)
4. Результаты бактериологического исследования мочи, в котором определяются уропатогены в количестве $\geq 10^3$ КОЕ/мл

В качестве этиотропного лечения неосложненного цистита показана противомикробная терапия с использованием антибиотиков. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была предложена классификация антибактериальной терапии ИМП: ■

1-Access. Антибиотики, которые эксперты ВОЗ рекомендуют для массовой доступности при лечении наиболее распространенных инфекций, при этом препарат должен быть надлежащего качества и в оптимальной лекарственной форме.

2-Watch. Антибиотики, которые значительно увеличивают риск возникновения устойчивости к антибактериальным препаратам. По этой причине к их применению рекомендуют относиться с осторожностью и использовать только для лечения более узкого перечня инфекционных заболеваний.

3- Reserve. Антибиотики, которые должны использоваться только в крайних случаях: при наиболее серьезных обстоятельствах, когда другие варианты лечения неэффективны, при наличии угрожающих жизни инфекций со множественной устойчивостью к лекарствам.

В российских клинических рекомендациях в качестве терапии острого неосложненного цистита представлены препараты выбора – фосфомицин, нитрофурантоин или фуразидин, а также альтернативные препараты – цефиксим, нифурател. Препаратами выбора в терапии острого неосложненного пиелонефрита являются левофлоксацин и цефотаксим, при тяжелом течении – левофлоксацин, ципрофлоксацин, цефепим, пиперациллин, цефатаксим+сульбактам, эртапенем.

В 70-80 % случаев неосложненные ИМП вызваны *E. Coli*, другие энтеробактерии встречаются реже. Исследование «Дармис-2018» отмечает динамику роста БЛРС-продукции с 8,5% в 2011 году до 26,8% в 2018, что свидетельствует о нерациональном использовании антибиотиков.

Лектор отметил, что вопрос ИМП у женщин требует особого внимания. Здоровый микробный состав влагалища характеризуется низким микробным разнообразием, и часто в нем преобладает один вид *Lactobacillus* (sensu lato). Состояние микробиоты зависит от различных факторов женского организма, в том числе и от гормонального статуса. Уровень эстрогенов является самым важным фактором риска ИМП, связанным с возрастом. Эстроген позволяет





поддерживать кислую среду во влагалище, что способствует размножению лактобактерий и подавляет колонизацию влагалища бактериями из кишечника, которые могут вызывать развитие заболевания. Снижение уровня эстрогенов во время менопаузы приводит к изменению преобладающей флоры во влагалище: к замене лактобактерий на *E. coli* и другие *Enterobacterales*. Факторами риска неосложненных ИМП у молодых женщин и женщин в пременопаузальном периоде являются применение КОК, сексуальный контакт, новый сексуальный партнер, ИМП в анамнезе у матери, ИМП, перенесенные в детстве. Недержание мочи, эпизоды ИМП перед наступлением менопаузы, атрофический вагинит вследствие эстрогенодефицита, цистоцеле, наличие остаточной мочи, секреторный статус, катетеризации мочевого пузыря и нарушение функции нижних мочевыводящих путей у женщин – факторы риска у женщин в постменопаузальном периоде. Бактериурия в постменопаузе наблюдается у 15-20% до 65 лет, 20-50% в более старшем возрасте. Приобретение множественной устойчивости условно-патогенных бактерий к антибиотикам диктует необходимость применения профилактических мероприятий с целью предупреждения инфицирования мочевого тракта в пери- и постменопаузе.

15% женщин имеют вульвовагинальную атрофию уже в репродуктивном периоде. Вследствие частых рецидивов воспалительных процессов в урогенитальном тракте наблюдается локальный недостаток эстрогенов, что нарушает дифференцировку вульвовагинального эпителия – он становится атрофичным. Это приводит к новым рецидивам вагинита/вагиноза или ИМП.

Лектор напомнил об уродинамических нарушениях, которые возникают при пролапсах тазовых органов. В этом случае обязательна уретроцистоскопия, хотя во многих учреждениях проводят обычную цистоскопию без осмотра уретры.

Кроме того, диагностика пациенток должна включать УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи, уретры и шейки пузыря, КУДИ, СКТ и МРТ. Необходимо осматривать наружное отверстие мочеиспускательного канала, оценивать наличие пролапса, ректоцеле, цистоцеле. ■

Предотвращение рецидивов ИМП включает:

- Выявление и устранение факторов риска
- Применение методов неантимикробной профилактики
- Антимикробную профилактику

В качестве препарата для неантимикробной профилактики лектор представил Канефрон Н® – комбинированный препарат растительного происхождения, включающий траву золототысячника, корни любистока лекарственного и листья розмарина обыкновенного. «Канефрон Н®» обладает диуретическим, противовоспалительным, спазмолитическим, обезболивающим, антимикробным и нефропротективным эффектом, подтвержденными в исследованиях *in vitro* и *in vivo*. В международном многоцентровом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании была доказана эффективность препарата в сравнении с фосфомицином при острой инфекции нижних мочевых путей.

Результаты сравнительного клинического исследования «Системная энзимотерапия (СЭТ) в лечении женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом» продемонстрировали высокую эффективность препаратов СЭТ. Препарат Вобэнзим в составе комплексного лечения позволяет ускорить купирование дизурической симптоматики, болевых ощущений, добиться снижения количества рецидивов цистита. ■

Материал подготовила Шадеркина В.А.



Коррекция стрессового недержания мочи у мужчин



В.Б. Филимонов

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии с курсом хирургических болезней ФБГОУ ВО РязГМУ, главный врач ГБУ РО ГК БСМП, Рязань, Россия

Научный интерес к проблеме стрессового недержания мочи у мужчин растет, что косвенно подтверждается увеличением количества публикаций на эту тему, так, в 2001 году было 82 работы, а в 2021 г. уже 206.

«**Н**едержание мочи у мужчин – серьезная социально-экономическая проблема», – отметил доктор медицинских наук, профессор Виктор Борисович на конференции «Научный мост Абакан-Кемерово».

В многоцентровом исследовании UREPIK распространенность мужской инконтиненции составила 16,3%, при этом за помощью к врачу обращались лишь 25,9% пациентов. Согласно другому исследованию, включающему 9,071 мужчин старше 20 лет, недержание мочи отмечали 13,9% опрошенных, в том числе urgentное недержание – 8,3%. Ежегодные расходы на лечение пациента с недержанием мочи более чем в два раза превышают расходы на лечение пациента без недержания.

Стрессовое недержание мочи у мужчин имеет ятрогенное происхождение, и наиболее частой причиной является радикальная простатэктомия (РПЭ). Развитие новых методов хирургического лечения опухолей предстательной железы (эндоскопические, лазерные, роботические, брахитерапия) позволило достичь существенных успехов и обеспечить длительный безрецидивный период. Вместе с тем, эти достаточно агрессивные методики часто вызывают нарушение регуляции мочеиспускания и ведут к развитию недержания мочи. ■

За 2020 год отмечено 38223 новых случаев РПЖ, среднегодовой темп прироста заболеваемости составил 2,62%. Ранние стадии РПЖ выявляются практически у 60% пациентов и требуют радикального лечения. Частота возникновения стрессового недержания мочи после применения различных методик для лечения РПЖ составляет 5,7-17%.

В среднем 30% мужчин в течение жизни переносят ту или иную операцию по поводу ДГПЖ. После хирургического лечения ДГПЖ частота недержания мочи у мужчин в зависимости от методики операции и необходимости повторных оперативных вмешательств колеблется от 3,3 до 11,4%.

На сегодняшний день известны следующие методы хирургического лечения недержания мочи:

- Применение объемообразующих препаратов
- Слинговые операции
- Установка искусственного сфинктера

Для лечения недержания мочи рекомендуется применять мужские субуретральные слинги или искусственный сфинктер уретры при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение не менее 12 месяцев. Механизм действия уретральных необструктивных слингов заключается в усилении недостаточных задних опорных структур бульбозного отдела уретры. Этот тип слингов обеспечивает репозицию луковицы уретры. Слинг возвращает комплекс уретрального сфинктера к нормальной конфигурации, которая существовала до простатэктомии. Сейчас применяются слинги APIS – I STOP и I STOP TOMS, с их помощью проведено уже более 800 операций.

Лектор рассказал об исследовании, целью которого была оценка результатов слинговой операции по установке мужского трансобтураторного слинга I STOP TOMS у пациентов со стрессовым недержанием мочи. Критерием включения было наличие стрессового недержания мочи у пациента сроком более 12 месяцев после оперативного вмешательства на предстательной железе. Критерии исключения: наличие в анамнезе лучевой терапии органов малого таза или криотерапии предстательной железы, операций по лечению недержания



ния мочи, наличие хронической задержки мочи. В исследовании участвовали 45 пациентов, 38 из которых имели легкую степень недержания, 14 среднюю и 3 тяжелую. Причинами проведения операции были позадилоновая радикальная простатэктомия, трансуретральная резекция гиперплазии предстательной железы, лазерная энуклеация гиперплазии предстательной железы. I STOP – моноволоконный полипропилен 1 типа, плотность сетки 60 г/м², имеет низкую эластичность, атравматичные края и макропоры, которые облегчают пролиферацию соединительной ткани. Время операции составило около 20 минут, кровопотеря небольшая, осложнений не наблюдалось. Пациенты с легкой степенью недержания достигли полной удовлетворенности результатом, со средней степенью 4 пациента оценивали результат как частичное излечение, в группе с тяжелой степенью 3 пациента также были частично удовлетворены. Проводилась оценка результатов по опросникам I-QoL, шкале ICIQ-SF. Качество жизни пациентов улучшилось после оперативного вмешательства.

Использование I STOP TOMS является безопасным и эффективным для коррекции стрессового недержания мочи у мужчин после перенесенных операций на предстательной железе. ■

Материал подготовила Сырова М.Р.



Метаанализ эффекта плацебо у пациентов с патоспермией. Доказательные данные и возможные механизмы



А.О. Морозов
К.м.н., уролог, научный сотрудник Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Клиника урологии им. Р.М. Фронштейна, Москва, Россия

Согласно оценке всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), проблема бесплодия касается 186 миллионов человек в мире, в 50% случаев присутствует мужской фактор. В 30 и более процентах случаев современные методы обследования не позволяют выявить причину нарушений (идиопатическое бесплодие).

Зачастую медикаментозное лечение данных пациентов включает биологически активные добавки (БАД) и позволяет достичь хороших результатов, однако, не стоит забывать об эффекте плацебо.

Плацебо контроль – золотой стандарт для оценки эффективности препарата. Плацебо может существенно влиять на субъективные, к примеру, восприятие боли, и даже некоторые объективные показатели.

Исходно считалось, что в основе эффекта плацебо лежат исключительно психологические механизмы: позитивное мышление, ожидание успешного лечения. Позже в исследованиях было отмечено, что снижение боли также объясняется биохимическими и нейрофизическими процессами, то есть происходит за счет активации опиоидных рецепторов, дофаминергической системы или каннабиноидных рецепторов. При выполнении функционального МРТ было выявлено, что у пациентов, получающих плацебо, снижается активность зон мозга, отвечающих за восприятие боли. При болезни Паркинсона плацебо способствует высвобождению дофамина в полосатом теле, что приводит к более быстрому движению руки.

Для метаанализа эффекта плацебо у пациентов с патоспермией был проведен поиск статей в двух базах данных Scopus и Medline. Объективные показатели, которые были оценены – объем эякулята, количество сперматозоидов, подвижность, морфология, фрагментация ДНК, частота зачатия ребенка. В анализ были

включены рандомизированные плацебо-контролируемые исследования, оригинальные статьи, посвященные идиопатическому бесплодию. По мета-анализу достоверных изменений объема эякулята не наблюдалось в группе плацебо до и после, общее количество сперматозоидов возросло на $0,16 \cdot 10^6$, концентрация сперматозоидов, морфология и фрагментация ДНК не изменились, прогрессивная подвижность увеличилась на 0,13%. Частота беременности в группе плацебо различалась широко от 0 до 48%. В исследовании Gergis с соавт. частота беременности в группе плацебо была выше, чем в группе лечения – 26%. Отдельное исследование Мельникова с соавт. показало увеличение общего количества сперматозоидов на $2,77 \cdot 10^6$, почти в два раза и концентрации сперматозоидов на $2,06 \cdot 10^6$.

Спикер отметил, что результаты исследований могут быть связаны не только с плацебо, но и с естественным течением заболевания, сопутствующей терапией, образом жизни, частотой половых контактов. Однако, не стоит преуменьшать действие механизмов плацебо: влияние на уровень гормонов и медиаторов, модуляция иммунных ответов.

Метаанализ эффекта плацебо имеет как научное, так и практическое значение, новые лекарственные препараты должны демонстрировать лучшую эффективность в сравнении с плацебо. Плацебо статистически достоверно влияет на общее количество и подвижность сперматозоидов, не влияет на объем эякулята, концентрацию сперматозоидов, морфологию и фрагментацию ДНК.

«Детальные механизмы влияния еще предстоит изучить...», – заключил Андрей Олегович. ■

Материал подготовила Сырова М.Р.



Остеопороз у мужчин. Возможность профилактики и лечения



М.Ю. Сергеева-Кондраченко

Д.м.н., профессор кафедры терапии, общей врачебной практики, эндокринологии и гастроэнтерологии ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, председатель региональной общественной организации, Москва, Россия

Остеопороз занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения. Согласно клиническим рекомендациям, в России среди лиц 50 лет и старше остеопороз выявляется у 34% женщин и 27% мужчин, частота остеопении составляет 43% и 44% соответственно. Невыявленный остеопороз приводит к высокому проценту инвалидизации и эндопротезирования.

Остеопороз (ОП) и остеопоротические переломы обычно рассматриваются как патология, характерная для женщин в постменопаузе и пожилого возраста. Сформировавшееся отношение к мужскому ОП как к редкой патологии и отсутствие настороженности приводят к тому, что многие пациенты остаются без лечения.

Остеопороз – системное заболевание, при котором снижается количество и качество кости. Инвалидизация при остеопорозе связана с высоким риском переломов. Специалистам известен «эффект домино» или феномен каскада переломов: первый перелом в три раза увеличивает вероятность того, что в ближайшее время случится второй. Второй низкоэнергетический перелом на фоне остеопороза уже в пять раз увеличивает возможность третьего перелома. И, наконец, третий перелом в восемь раз повышает вероятность получить четвертый.

Остеопороз является полиэтиологическим заболеванием, развитие которого зависит от:

- Генетической предрасположенности
- Образа жизни



- Физической активности
- Эндокринологического статуса
- Наличия сопутствующих заболеваний
- Приема лекарственных препаратов
- Старения человека
- Индивидуальной продолжительности жизни

Марина Юрьевна акцентировала внимание на причинах вторичного остеопороза: факторы образа жизни – избыток витамина А, выраженный дефицит и резкая потеря массы тела, нарушения питания (дефицит витамина D, низкое потребление кальция, переизбыток соли в рационе); генетические заболевания; некрологические и костно-мышечные факторы риска, гипогонадные состояния. Гипогонадизм – дефицит тестостерона у мужчин – встречается у 12,3% мужчин и является важным фактором развития остеопороза. Как известно, тестостерон отвечает за образование новой костной ткани, блокирует резорбцию кости, повышая минеральную плотность ткани. Поэтому важно определить уровень тестостерона, чтобы подтвердить или исключить наличие вторичного остеопороза. Снижение уровня половых гормонов является пусковым механизмом развития старения. Эндокринные нарушения также могут быть причиной вторичного остеопороза: сахарный диабет 1 и 2 типа, акромегалия, гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, эндогенный гиперкортицизм. Желудочно-кишечные нарушения: целиакия, желудочный шунт, хирургические вмешательства на ЖКТ, воспалительные заболевания кишечника; гематологические заболевания, ревматологические и аутоиммунные заболевания вызывают вторичный остеопороз.

Критерии установления диагноза остеопороза:

- Наличие патологических переломов крупных костей скелета (бедренной кости, тел(а) позвонков(а), множественных переломов) в анамнезе или выявленных при обследовании независимо от результатов рентгеноденситометрии или FRAX (при условии исключения других заболеваний скелета).
- Наличие высокой индивидуальной 10-летней вероятности основных патологических переломов (результат оценки FRAX соответствует Российскому порогу вмешательства и/или превышает его) независимо от показателя рентгеноденситометрии. ■

- Снижение минеральной плотности кости (МПК) на 2,5 и более стандартных отклонений (SD) по T- критерию в шейке бедренной кости и/или проксимальном отделе бедренной кости и/или в позвонках в целом в поясничных (L1-L4, L2-L4), измеренной двухэнергетической рентгеноденситометрией (DXA), у женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет.

Что касается методов диагностики, денситометрия – золотой стандарт ранней диагностики остеопороза. Для поздней диагностики и выявления переломов применяется рентгенография позвоночника. Такой инструментальный метод диагностики, как компьютерная томография, требует немалых затрат и является длительным. В зависимости от значений, полученных после денситометрии, ставится диагноз остеопороза.

Лечение остеопороза сопровождается применением дорогостоящих препаратов и оборудования, поэтому важно не забывать о профилактике: физическая активность, предупреждение падений, поддержание нормального ИМТ, отсутствие вредных привычек, нормальный уровень витамина D, кальция. Говоря о норме потребления кальция, стоит отметить, что у детей 10-13 лет и подростков 13-16 норма составляет 1300 мг (у взрослых 1200 мг). Молочные продукты содержат кальций, но для поддержания нормы 1000-1500 мг, требуется съесть 1 кг творога или выпить 1-1,5 литра молока. Поэтому в качестве альтернативы употребляются семена кунжута (содержат 1474 мг кальция в 100 граммах), твердый сыр «Гауда» 800-1000 мг, сушеный инжир 710 мг, миндаль 273 мг, хурма 200 мг.

Лектор напомнила о возможных последствиях низкого статуса витамина D: костные проявления (рахит, остеомаляция и остеопороз), внескостные проявления (повышенный риск воспалительных, аутоиммунных и инфекционных заболеваний, повышенный риск метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний, психических заболеваний, онкопатологии). Дефицит витамина D может приводить к миопатии, которая проявляется мышечной слабостью, особенно в проксимальных группах мышц, трудностями при ходьбе, поддержании равновесия и склонностью к падениям, что закономерно увеличивает риск переломов. При выявлении дефицита витамина D ($25(\text{OH})\text{D} < 20 \text{ нг/мл}$)

рекомендуется оценить уровни кальция, скорректированного на альбумин; фосфора, щелочной фосфатазы, ПТГ, креатинина, магния сыворотки крови. Сегодня эндокринологи назначают либо Аквадетрим – водный раствор витамина D, либо Вигантол. Не всегда стоит полагаться на пищевые источники витамина D, так как лосось, выращенный на ферме, содержит значительно меньше витамина, чем дикий лосось, так же, как и грибы, облученные УФ.

Для профилактики и комплексной терапии остеопороза назначается БАД Остеомед форте. Рекомендуемая дозировка составляет 2 таблетки 2 раза в день. Остеомед форте – витаминно-минеральный комплекс, в котором содержится кальций, витамины D3 и B6, оказывает комплексное действие:

- Способствует регуляции кальций-фосфорного обмена, эффективному и безопасному восстановлению и формированию структуры костной ткани.
- Подавляет костную резорбцию и стимулирует остеогенез.
- Увеличивает минеральную плотность костной ткани.
- Являясь источником природных прогормонов, препарат способствует безопасной нормализации гормонального фона и формированию коллагена.
- Хорошо усваивается и не понижает кислотность желудочного сока благодаря цитрату кальция в составе.

Назначение препаратов для лечения остеопороза всегда должно проводиться в сочетании с препаратами кальция и витамина D. ■

Материал подготовила Шадеркина В.А.



Патогенетическая терапия ДГПЖ, клинические рекомендации



К.Н. Истокский

Д.м.н., уролог, эндоуролог, онколоуролог, реконструктивный хирург, доцент кафедры урологии УГМУ, Екатеринбург, Россия

14 апреля 2023 года в городе Тюмень состоялась научно-практическая конференция «Наука и практика в современной урологии и гинекологии», в формате которой Константин Николаевич Истокский, доктор медицинских наук, уролог, осветил тему патогенетической терапии ДГПЖ и представил клинические рекоменда-

Как известно, постоянство внутренней среды организма обеспечивают иммунная, нервная и эндокринная системы, воздействуя на клетки-мишени посредством гормонов, ростовых факторов, цитокинов и цитомединов – веществ пептидной природы. Цитомедины или биорегуляторные пептиды получают из тканей и органов благодаря разработанной отечественными исследователями методике и используют для лечения органа-мишени. Регуляторные пептиды поддерживают нормальное функционирование тканей и органов, обеспечивая коммуникацию на трех уровнях: системном (в т.ч. гормональном), нейрональном и локальном (внутри-/межклеточном). Для каждого пептида характерна плеiotропность (множественность эффектов), и каждый эффект регулируется множеством пептидов. Кроме того, эти вещества обладают эффектом последействия, то есть непродолжительный курс лечения (1-3 недели) может запускать каскадную реакцию в органе длительностью 2-6 месяцев. Цитомедины регулируют синтез белка. При связывании с молекулой ДНК пептид активизирует транскрипцию селективных генов, что приводит к образованию матричной РНК и синтезу белков, которые участвуют в процессах дифференцировки, пролиферации и апоптоза.

Сегодня пептидные препараты находят терапевтическое применение в неврологии, офтальмологии, урологии и других областях при лечении различных патологических состояний. Создается все больше лекарственных средств на основе пептидов – за последнее время в Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии разработаны более 30 пептидных лекарственных препаратов, более 40 пептидных БАД, более 10 косметологических продуктов.

Основными пептидными препаратами предстательной железы, входящими в Фармакопею РФ, являются Раверон, Простатилен, Сампрост, Витапрост, Уропрост. В комплексе пептидов предстательной железы методом масс-спектрометрии выявлен пептид Lys-Glu-Asp-Pro, который представляет собой активное начало всех пептидных комплексов предстательной железы. Плейотропными свойствами регуляторных пептидов, входящих в состав препарата Витапрост, являются уменьшение степени отека и лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы, нормализация секреторной функции эпителиальных клеток, уменьшение боли и дискомфорта, стимуляция мышечного тонуса мочевого пузыря. Путем расширения неповрежденных сосудов (эффект вазодилатации) препарат улучшает микроциркуляцию крови в стенке мочевого пузыря, микроциркуляцию в предстательной железе за счет уменьшения тромбообразования, антиагрегантной активности, препятствует развитию тромбоза венул в предстательной железе, нормализует параметры предстательной железы и эякулята, устраняет дизурические явления, улучшает копулятивную функцию.

На увеличение предстательной железы влияет не только гормональный дисбаланс, но и хроническое воспаление предстательной железы. Цитомедины предстательной железы активируют синтез регуляторных белков и положительно влияют на процессы дифференцировки, пролиферации и апоптоза клеток. Так происходит поддержание клеточного резерва и функционала органа, замедляются процессы апоптоза и физиологического старения предстательной железы, как следствие, восстанавливается структура предстательной железы и ее функции. ■

Спикер представил 2-х этапный алгоритм лечения ДГПЖ с помощью препарата Витапрост: применение суппозиторий Витапрост Форте №10 в течение 20 дней (1 суппозиторий 1 раз в сутки) на первом этапе и Витапрост таблетки №20 в течение 20 дней (по 1 таблетке 2 раза в день) на втором этапе. Витапрост прошел более 9 рандомизированных плацебо-контролируемых испытаний, которые доказали эффективность применения препарата при лечении пациентов с умеренно выраженными СНМП и инфравезикальной обструкцией, обусловленной ДГПЖ. Данное утверждение зафиксировано в российских клинических рекомендациях по лечению гиперплазии предстательной железы, утвержденных в 2020 году.

Простатит и Витапрост

Только в 10% случаев при простатите подтверждена бактериальная инфекция, однако, инфекционная этиология может достигать 74,2%. Зачастую назначается комбинированная терапия с антибиотиком. Фторхинолоны остаются стандартом антибиотикотерапии при хроническом простатите согласно рекомендациям европейской ассоциации урологов. Также среди схем антимикробной терапии при хроническом бактериальном простатите предложены такие препараты, как доксициклин, азитромицин, метронидазол. Другие группы антибиотиков при ХП не рекомендованы. Стоит отметить, что регуляторные пептиды обладают карго-эффектом, то есть способностью повышать трансмембранный перенос других молекул. Таким образом повышается активность антимикробных и противовоспалительных препаратов. Витапрост Плюс – единственный лекарственный препарат, разработанный специально для лечения бактериального простатита. Содержит суточную дозировку антибиотика – Ломефлоксацина 400 мг, принадлежащего к группе фторхинолонов. Ректальный путь введения обеспечивает быстрое попадание молекулы в лимфатические пути. Курс лечения продолжается до исчезновения возбудителя в секрете предстательной железы и составляет от 10 до 30 дней.

Докладчик познакомил коллег с дополнительным направлением для применения препарата Витапрост плюс – инвазивные вмешательства на предстательной железе. Предварительный курс терапии длительностью от 7 до 21 дня

обеспечивает подготовку предстательной железы к операции и снижает вероятность осложнений.

Завершая выступление, Константин Николаевич обратил внимание на задачи пептидов в послеоперационном периоде: улучшение микроциркуляции в предстательной железе за счет уменьшения тромбообразования, антиагрегантной активности, препятствие развитию тромбоза венул в предстательной железе, уменьшение боли и дискомфорта, устранение дизурических явлений, улучшение копулятивной функции. ■

Материал подготовила Шадеркина В.А.



Протезирование яичка у подростков



Д.Н. Щедров

Д.м.н., заведующий отделением детской урологии-андрологии ГБУЗ ЯО Областная детская клиническая больница, Ярославль, Россия

6 июня 2023 года состоялся выпуск проекта «На камеру», в котором Дмитрий Николаевич, д.м.н., заведующий отделением детской урологии-андрологии Областной детской клинической больницы, осветил теоретические аспекты протезирования яичка и поделился опытом решения проблемы у подростков.

Первый опыт тестикулярного протезирования был описан в 1941 году [Girdansky J.]. Пациенту был установлен имплант из виталлия, представляющего собой сплав кобальта, хрома и молибдена. 60-е годы XX века ознаменовались разработкой протезов из силиконовой резины различной плотности, в 1972 году они вошли в практику и оставались стандартом до начала 1990-х годов, когда исследователи США опубликовали данные о рисках утечки силикона. В 1980-90 гг. осуществлялся поиск оптимального материала для имплантов. В практике находили применение различные жидкие полимеры, вводившиеся в полость мошонки пункционным путем. Сейчас мировые производители имплантов – GC Aesthetics (Ирландия), Aart (США), Coloplast (Новая Зеландия), Rigicon (США), Sebbin (Франция), Uromed (Германия), Promedon (Аргентина), последний широко распространен на Российском рынке. Отечественная промышленность поставляет на рынок импланты «МИТ», «Мед Сил».

В последнее время тестикулярный имплант рассматривается не только как средство эстетической коррекции и фактор, косвенно влияющий на мужское здоровье, но и как носитель эндокринной функции [Trost L., 2020]. Разрабатываются импланты с двухслойным силиконовым покрытием, с контролируемым высвобождением депо тестостерона, исключающие необходимость других источников гормона. Данные работы носят характер эксперимента над животными и являются перспек-





тивными исследованиями. Длительное время протезирование гонады рассматривалось исключительно как эстетический аспект хирургии [Адамян А.А., 1990], в то же время в западной литературе в тот же период времени оценивалась и психолого-социальная роль протезирования [Cytrin L., 1969; Elder J.S.; 1989].

Протезирование яичка – важная составляющая психологического, физического благополучия пациента после орхэктомии, нормализации репродуктивной функции и половой адаптации [Chen H-X., 2016; Dponati-Bourne J, 2015]. Skoogh J (2010) при анализе когорты из 1173 пациентов, перенесших орхэктомию по онкологическим показаниям, констатировал, что 32% сожалели о необходимости такого вмешательства, 26% испытывали чувство беспокойства и стыда за свое тело из-за удаления яичка, потерю сексуального влечения.

В 2021 году Hampli D. указывал на особое отношение к протезированию в подростковом возрасте, когда дефект тела воспринимается наиболее остро пациентом и приводит к наибольшей неудовлетворенности, нежели в старшем возрасте. Отсутствие яичка у мужчины является такой же психологической травмой, как отсутствие молочных желез или матки у женщины [Zlberman D., 2007].

Ning Ye (2011) считает, что каждому пациенту, перенесшему орхэктомию, должна быть предложена возможность протезирования [Ning Ye., 2011]. Частота тестикулярного протезирования меньше, чем коррекция отсутствия молочных желез у женщин. По данным Srivatsav A. (2019) тестикулярное протезирование выполняется только у 15,7% мужчин, перенесших орхэктомию, в то время как после мастэктомии скорректировано 43,3% пациентов.

В 2014 году Kogan S. выявил в 3 наблюдениях резко выраженное стремление к протезированию, пациенты высказывали суицидальные мысли по поводу отсутствия яичка в мошонке и отказе немедленно скорректировать дефект.

Важно консультировать пациента и/или родителей перед выполнением орхэктомии – 90% пациентов считают важным для себя предложение импланта оперирующим хирургом [Abshead J., 2001, Dickmann K.P., 2015]. При анализе когорты пациентов, которым в 100% случаев предлагалось протезирование, ■

31% считали консультирование слишком коротким, чтобы принять решение, 8,5% считали, что получили недостаточную информацию, что говорит о высокой социальной значимости вопроса для пациента. Однако, в 2001 году Abshead J. отмечал, что не все пациенты, получив полную и разностороннюю информацию, готовы к протезированию. Причиной отказа от операции в значительном количестве наблюдений был страх операции и страх ожидаемой неудачи, а не истинное нежелание восстановления анатомии мошонки.

Дмитрий Николаевич рассказал об опыте наблюдения в отделении детской урологии-андрологии Областной детской клинической больницы: 156 пациентов от 12 до 17 лет. Основные две группы пациентов – орхэктомия по поводу перекрута яичка и крипторхизма. Тестикулярное протезирование целесообразно практически во всех случаях утраты гонады вне зависимости от причины. Противопоказания к протезированию – нежелание пациента, выполнение орхэктомии по онкологическим показаниям при неблагоприятном прогнозе онкозаболевания, грубые психические расстройства пациента, исключающие социальную адаптацию. В процессе работы на основании полученного опыта сформулированы критерии отбора:

- объем собственной контралатеральной гонады не менее 15 см³. Критерий относится к подросткам пубертатного возраста, у взрослого протезирование выполняется имплантом любого симметричного объема.
- возраст пациента на момент протезирования не менее 15 лет
- соответствие половой формуле Tanner 4-5 стадии
- отсутствие грубых не корригированных пороков развития и заболеваний мошонки
- психическое здоровье, либо не выраженные нарушения, допускающие социальную адаптацию пациента.
- костный возраст не менее 15 лет
- социальная заинтересованность пациента

Стоит учитывать, что социальная заинтересованность и принятие решения о протезировании индивидуально и принимается единолично пациентом без внешнего давления. Врач предоставляет полную разностороннюю информацию о вопросе, не навязывая решение.



Пациентам предлагался опросник, отражающий заинтересованность в протезировании. Результаты опроса показали, что наибольший интерес к операции демонстрируют подростки старшей возрастной группы (16-17 лет), готовые к половой жизни и пациенты со сроком после утраты гонады до 5 лет.

118 пациентам было выполнено эндопротезирование яичка, 23 орхэктомия и эндопротезирование яичка, 14 удаление культы семенного канатика и эндопротезирование и 1 пациенту удаление лигатурной гранулемы культы и эндопротезирование.

Структура осложнений при тестикулярном протезировании:

- экструзия импланта (3-8%)
- высокое стояние импланта (3-5%)
- болевой синдром (1-3%)
- гематомы (0,3-3%)
- инфекционные осложнения (0,6-2%)
- сморщивание импланта (2,9%)
- реактивный отек мошонки (11,2%)
- выраженная длительная скроталгия (25,7%)

Осложнения развились у 8,33 % пациентов (n=13): экструзия импланта (n=2), гематома мошонки (n=3), отек мошонки реактивный (n=2), смещение фиксирующей ленты (n=1), сморщивание импланта (n=1), выраженная скроталгия (n=3), келоидный рубец (n=1). Частота осложнений зависит от режимов антибиотикотерапии или антибиотикопрофилактики (однократная антибиотикопрофилактика показала меньшее число осложнений), от модели применяемого импланта. У подростков осложнения чаще возникают в раннем возрасте. Из 13 случаев 5 отмечены в возрасте 16-17 лет, 8 в возрасте 12-15 лет.

Пациенты с осложнениями подверглись оперативному вмешательству. Экструзия импланта – серьезное осложнение протезирования, приводящее к его удалению. Констатировано у двух больных. У пациентов с экструзией при протезировании отмечался ряд особенностей: малый объем скротальной полости, технические сложности формирования полости по причине спаечного процесса, предшествующее при первичной операции обширное нагноение ■

раны. Гематома мошонки констатирована у 3 подростков. Формирование гематомы связано с технически некорректным формированием полости мошонки, отчетливо определяется зависимость от доступа:

Супраскротальный (n=67) – 1 (0,8%)

Паховый (n=75) – 2 (1,4%)

Мошоночный (n=14) – 0 (0%)

Хирургическое вмешательство потребовалось у 3 пациентов, в двух случаях – дренирование гематомы отдельным доступом и в одном ревизия раны на фоне инфицирования гематомы с необходимостью удаления импланта.

Смещение фиксирующей ленты отмечено в двух наблюдениях при использовании импланта «МИТ», последняя является его конструктивной особенностью. Лента определяется у корня мошонки как жесткая структура в тканях, вызывающая косметический дефект. В обоих случаях выполнено иссечение ленты импланта без его удаления из мини-доступа в проекции ленты. Сморщивание импланта отмечено у одного пациента при использовании импланта «МИТ». Изменение структуры импланта выявлено в течение года после установки.

В заключение хотелось бы отметить, что представленная информация имеет важное практическое значение, так как клинические рекомендации или иные регламенты по протезированию яичка на данный момент отсутствуют. ■

Материал подготовила Сырова М.Р.



Современный взгляд на терапию внутриклеточных инфекций в урологии



Д.Г. Почерников

К.м.н., уролог, доцент кафедры факультетской хирургии и урологии
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, Иваново, Россия

Единства мнений в вопросе терапии внутриклеточных инфекций не существует. Урологи, дерматовенерологи и гинекологи имеют свой взгляд, основанный на опыте, и могут не соглашаться друг с другом в вопросах тактики лечения подобных пациентов. «Важно сохранять баланс между использованием клинических рекомендаций и применением собственного опыта», – подчеркнул спикер.

Этиология внутриклеточных инфекций

Понимание этиологии уретрита необходимо для клинициста. Возбудителями неспецифического уретрита являются *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* и *Trichomonas vaginalis*. Уретрит, протекающий бессимптомно, может быть вызван энтеробактериями, гемофильной палочкой и т.д. Как правило, это комбинация возбудителей, которую позволяют выявить современные методы молекулярной диагностики.

Причины возникновения и развития негонококковых уретритов до настоящего времени не до конца понятны и изучены. В развитии негонококковых инфекций уrogenитального тракта существенная роль принадлежит внутриклеточным возбудителям и их ассоциациям. К сожалению, использование современного бактериологического анализа не обеспечивает обнаружение инфекционных агентов, не высеивающихся на стандартных средах.

Несвоевременная и нерациональная антибиотикотерапия при урологических инфекциях чревата такими осложнениями, как воспаление ■

предстательной железы, яичка, семенных пузырьков, поражение придатков яичка, мужское бесплодие, эпизоды обострения воспалительного процесса, инфекции мочевыводящих путей. Своевременное и адекватное лечение урологических инфекций способно предотвратить развитие тяжелых последствий. В журнале *Fertility and Sterility* указано, что у каждого пятого мужчины в бесплодном браке с первичным бесплодием была обнаружена бессимптомная бактериоспермия. Бактериоспермия коррелировала со снижением концентрации и подвижности сперматозоидов. Мужчины с аномалиями мочевыводящих путей, приводящими к бактериурии, а также мужчины, практикующие анальный секс, подвергаются более высокому риску эпидидимита, вызванного *Enterobacteriaceae*.

Особенности диагностики

Согласно федеральным клиническим рекомендациям, наличие инфекций определяется при помощи ДНК или РНК молекулярного исследования. Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

У женщин: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами);

У мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний – секрет предстательной железы.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе ПИФ, ИФА для обнаружения антител к *S.trachomatis*, микроскопический и морфологический методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.

Верификация диагноза заболеваний, вызванных *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов: молекулярно-биологического, направленного на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, с

использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации, или культурального исследования с выделением и идентификацией *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*. При отсутствии клинических проявлений инфекции и обнаружении возбудителей менее 1000 КОЕ(ГЭ)/мл(г) *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma parvum* лечение не показано, основанием для назначения специфического лечения *Mycoplasma spp.* и *Ureaplasma spp.* служит только наличие клинических симптомов и/или невынашивание беременности или доноры спермы и количество возбудителей не менее 1000 КОЕ(ГЭ)/мл(г) и/или наличие АСАТ.

Лектор отметил, что классическая ПЦР диагностика не отвечает современным запросам: не показывает титр микроорганизмов, с помощью которого определяется необходимость в антибиотикотерапии.

Предпочтительным методом диагностики внутриклеточных инфекций является определение ДНК возбудителей – комплексное исследование микробиоценоза урогенитального тракта у мужчин методом ПЦР (Андрофлор). Метод позволяет диагностировать несколько инфекций одновременно и определить количество возбудителей (качественно/количественно) с оценкой представителей нормальной и условно-патогенной микрофлоры, информативность 99%.

Применение антибиотиков: что нового

В журнале The Lancet отмечено, что устойчивость к макролидам среди образцов *M. Genitalium* увеличилась с 10,0% в 2010 году до 51,4% в 2016-2017 гг. Распространенность мутаций, связанных с устойчивостью к фторхинолонам, составила 7,7%. Резистентность к макролидам быстро растет, во многих странах она превышает 50%, что часто объясняется нерациональной антибиотикотерапией.

Денис Геннадьевич представил препарат Кимокс (моксифлоксацин), спектр активности в отношении ключевых уропатогенов которого выше, чем у макролидных антибиотиков и доксициклина. У Кимокса лучшие фармакокинетические показатели среди фторхинолонов. Средняя пиковая ■

концентрация препарата в секрете предстательной железы в 2,8 раз выше концентрации левофлоксацина, в 22 раза выше цiproфлоксацина. Кимокс имеет благоприятный профиль безопасности. Согласно исследованию, в котором приняло участие 14981 пациентов, только 5% прекратили терапию из-за возникновения нежелательных явлений. Моксифлоксацин имеет наивысший уровень убедительности (А) в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями по лечению урогенитальных заболеваний, вызванных микоплазмой. Отдельно стоит отметить удобство применения Кимокса в амбулаторных условиях: прием 1 раз в день обеспечивает лучшую приверженность к терапии по сравнению с двух- или трехкратным приемом джозамицина и доксициклина.

Абактериальный хронический простатит

Лектор выделил в отдельную группу пациентов с абактериальным хроническим простатитом (ХП). Современная тактика лечения данных пациентов требует осторожного назначения антибиотиков, в большинстве случаев полный отказ от антибиотиков, если нет признаков фактической инфекции. Вместе с тем, исследования показывают наличие низких титров внутриклеточных микроорганизмов при ХП и синдроме хронической тазовой боли (СХТБ).

Появляются данные о том, что хроническое воспаление коррелирует с ХП/СХТБ и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), а клинический хронический простатит в анамнезе значительно увеличивает шансы на рак предстательной железы.

Более того, в одном из исследований доказана способность *Mycoplasma genitalium* и *Mycoplasma hyorhinitis*, приводить к злокачественной трансформации доброкачественных эпителиальных клеток человека и индуцировать рак предстательной железы.

В 2021 году был проведен систематический обзор и метаанализ на основе рекомендаций PRISMA. В общей сложности 24,6% пациентов с раком предстательной железы по сравнению с 17,58% пациентами с ДГПЖ дали положитель-

ный результат на *Mycoplasma spp.* В то время как 12,91% больных раком предстательной железы и 2,84 % больных ДГПЖ, соответственно, имели *Ureaplasma spp.* Следовательно, пациенты с раком предстательной железы с большей вероятностью были колонизированы *Mycoplasma spp.* или *Ureaplasma spp.* по сравнению с пациентами с ДГПЖ, что подчеркивает потенциальную связь между хронической инфекцией и раком предстательной железы.

В заключении Денис Геннадьевич представил преимущества препарата Аденопросин при ХП и ДГПЖ, как возможного варианта терапии, в том числе при низком титре микроорганизмов. Доказано *in vitro*, что Аденопросин уменьшает размер предстательной железы, блокирует образование колоний микроорганизмов, обладает антиоксидантным и противовоспалительным эффектом, ингибирует апоптоз в воспалительной среде (клеточная протекция). ■

Материал подготовила Сырова М.Р.



Новые урологические комплексы - Бинефрон-УРО и Бинефрон-ЦИСТО

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одной из наиболее частых инфекций, встречающихся в повседневной клинической практике. На их долю приходится 10–20% всех инфекций, лечившихся в отделениях первичной медико-санитарной помощи, и 30–40% случаев, лечившихся в больницах. Считается, что риск ИМП у женского населения в 14 раз выше, чем у мужского населения [1]. Преобладание бактериальной этиологии приводит к большому потреблению антибиотиков широкого спектра действия, что, в свою очередь, приводит к увеличению частоты резистентных уропатогенов. Поэтому варианты профилактики и лечения без применения антибиотиков в настоящее время имеют большое значение.

Над проблемой антибиотикорезистентности работают многие ученые мира, все их внимание приковано к поиску средств, способных заменить антибиотики. Тем не менее, заменой одного препарата другим проблему не решить, необходимо полностью изменить подходы к лечению инфекционных заболеваний.

В урологии наиболее частой причиной для назначения антибиотиков считается острый и рецидивирующий цистит (инфекции нижних мочевых путей), несколько реже встречается пиелонефрит (инфекции верхних мочевых путей). При этих заболеваниях в комплексной терапии урологи широко применяют фитотерапевтические средства, чтобы добиться более стойкого эффекта – быстрого избавления от болевого синдрома, получения стойкой ремиссии при рецидивирующих формах инфекции.

В 2023 году на рынке биологических активных добавок появилось сразу 2 комплекса – Бинефрон Уро и Бинефрон Цисто.

Их состав включает:

| БИНЕФРОН УРО | | БИНЕФРОН ЦИСТО | |
|-------------------------|---|---|---|
| Хвощ полевой | Мочегонный эффект, способствует выведению солей тяжелых металлов | D-манноза 1500 мг | Нарушает прикрепление кишечной палочки к слизистой оболочке мочевого пузыря |
| Любисток лекарственный | Содержит органические кислоты, эфирные масла и фталиды. Противовоспалительный и антибактериальный эффект | Инулин 1130 мг | Натуральный пробиотик |
| Золототысячник красивый | Содержит флавоноиды | РАС Проантоцианидинов (из 200 мг стандартизированного экстракта клюквы) 30 мг | Антибактериальный эффект Диуретический эффект |
| Розмарин лекарственный | Содержит карнозол, карнозиновую кислоту, розмариновую кислоту – обеспечивает противовоспалительный эффект | | |

Бинефрон Уро представляет собой комплекс активных веществ, способствующих повышению эффективности медикаментозной терапии острых и хронических воспалительных заболеваний мочевых путей. Компоненты Бинефрона Уро приводят к снижению болевых ощущений при воспалении мочевых путей, риска образования мочевых камней, предотвращению рецидивов инфекции.

Содержащийся в комплексе *хвощ полевой* оказывает выраженное диуретическое действие, усиливает спонтанный и водный диурез (в 4-5 раз), способствует выведению с мочой ионов натрия, калия, хлора, а также мочевины, креатинина и других азотистых веществ, оказывает противовоспалительное действие, способствует растворению и выведению мочевых конкрементов, ■

оказывает умеренное антимикробное, главным образом, в отношении грамположительных микроорганизмов, действие [2].

Любисток лекарственный (*Levisticum officinale* Koch.) используется в фармации для приготовления галеновых препаратов, отваров, чаев и для получения эфирного масла. Лекарственным сырьем являются корневища, корни, трава и плоды, которые обладают мочегонным, отхаркивающим, спазмолитическим действиями. В урологической практике любисток интересен эффектом усиления диуреза и антибактериальными свойствами. Исследования, проведенные в РФ, подтвердили наличие у любистока широкого спектра антибактериальной активности в отношении патогенных стафилококков, энтеробактерий и бацилл [3, 4].

Не меньший интерес представляет **розмарин** – его экстракт обладает выраженным бактериостатическим эффектом в отношении *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter freundii*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Morganella morganii* [5]. Наиболее важными компонентами розмарина являются кофейная кислота и ее производные, такие как розмариновая кислота. Эти соединения обладают антиоксидантным действием. Фенольное соединение, розмариновая кислота, получает одно из своих фенольных колец от фенилаланина через кофейную кислоту, а другое – от тирозина через дигидроксифенилмолочную кислоту. Розмариновая кислота хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта и кожи. Он увеличивает выработку простагландина E2 и снижает выработку лейкотриена B4 в полиморфно-ядерных лейкоцитах человека, а также ингибирует систему комплемента. Учеными сделан вывод, что розмарин и его компоненты, особенно производные кофейной кислоты, такие как розмариновая кислота, обладают терапевтическим потенциалом при лечении или профилактике спазмогенных расстройств любого генеза, воспалительных заболеваний, в том числе мочеполовых путей, улучшает подвижность сперматозоидов [6].

Золототысячник, входящий в состав Бинефрон Уро, содержит флавоноиды (дериваты кемпферола), полизамещенные ксантоны (дитри-, тетра- и пентаметоксик-сантоны), алкалоид генцианин; есть также секоиридоиды: свертиама-

рин, сверсайд, генциопикрин, centaурин, эрит- роцентауринцентапикрин и дизацетилцентапикрин. Кроме того, в нем были обнаружены фитостерины (β -ситостерин, стигмастерин, брассикастерин). Основные составляющие золототысячника оказывают противовоспалительное, антиоксидантное, мочегонное, жаропонижающее, антимикробное и спазмолитическое действия. Изучаются антимуtagenные и антиканцерогенные свойства золототысячника [7].

Бинефрон Уро применяют при широком спектре урологических заболеваний – острые и рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей, верхних мочевых путей, профилактике рецидива камнеобразования при мочекаменной болезни по 2 капсулы в день. В таком формате применения обеспечивается максимум пользы четырех активных компонентов.

Бинефрон Цисто объединяет в своем составе **D-маннозу** – простой углевод, который предотвращает прикрепление самого распространенного уропатогена – кишечной палочки – к уротелию мочевого пузыря, после чего бактерии удаляются при мочеиспускании. Ранние пилотные исследования предполагали применение концентрированной формы D-маннозы (таблетки или пакетики) в дозах от 200 мг до 2–3 г и обнаружили возможную эффективность в уменьшении симптомов или рецидивов ИМП. Сейчас повсеместно наблюдается взрывной рост интереса со стороны урологов, клинических фармакологов, клиницистов других специальностей к D-маннозе и ее эффектам при инфекциях мочевых путей. Отсутствие побочных явлений при применении D-маннозы также является плюсом для широкого применения [8].

Содержащийся в комплексе **Инулин** – натуральный пробиотик, не переваривается пищеварительными ферментами организма человека и относится к группе пищевых волокон. Он благотворно влияет на метаболизм кальция – улучшает абсорбцию кальция посредством пассивной диффузии, усиливает абсорбцию кальция посредством ионного обмена. Кроме того, инулин повышает абсорбцию кальция за счет увеличения его растворимости, стимулирования уровня экспрессии кальцийсвязывающего белка и увеличения количества полезных микроорганизмов. Он повышает уровень кальбиндина ■

и стимулирует трансклеточный активный транспорт кальция. По некоторым исследованиям, потребление инулина в дозе не менее 8–10 г/день поддерживает абсорбцию кальция и общее содержание/плотность костной ткани у подростков благодаря его известным механизмам действия. Он также значительно улучшает усвоение кальция и улучшает здоровье костей у женщин в постменопаузе и взрослых мужчин. Постоянное и достаточное употребление инулина у взрослых оказывает положительное влияние на метаболизм кальция и минеральную плотность костей [9].

Проантоцианидины представляют собой олигомерные и полимерные конечные продукты пути биосинтеза флавоноидов. Они присутствуют в плодах, коре, листьях и семенах многих растений. Они придают вкус и терпкость таким напиткам, как вино, фруктовые соки и чай, и все чаще признается, что они оказывают благотворное влияние на здоровье человека [10]. Многочисленные исследования подтверждают взаимосвязь между потреблением проантоцианидина и предотвращением адгезии бактерий к уроэпителиальным клеткам. Работы ученых показали, что проантоцианидины эффективны в нарушении межклеточной связи путем тушения сигнальных молекул. Известны преимущества проантоцианидинов и их эффективность в снижении подвижности и нарушения образования биопленок основных штаммов инфекций мочевых путей (ИМП), таких как *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Proteus mirabilis* [11]. Высокие дозы проантоцианидинов способны предотвратить рецидивы инфекций мочевых путей у женщин, у которых наблюдалось менее 5 обострений в год [12].

Употребление биологически активной добавки *Бинефрона Цисто*, представляющей оптимальную концентрацию трех активных компонентов, полезно в случае острых и рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей. Принимать можно в составе комплексной терапии взрослым и детям старше 14 лет по 1 саше-пакету 1 раз в день, предварительно растворив содержимое в 100-200 мл воды комнатной температуры во время еды.

Таким образом, при помощи пациентам с урологическими заболеваниями, как острыми, так и хроническими, издавна и с успехом используется тради-

ционная медицина, важным направлением которой является фитотерапия – использование лекарственных растений и комплексных препаратов из них. Линейка комплексов Бинефрон (Уро и Цисто) вселяет надежду на пользу активных компонентов для урологических пациентов. ■

Литература:

1. *Clinical Presentations and Epidemiology of Urinary Tract Infections*. Geerlings SE. *Microbiol Spectr*. 2016 Oct;4(5). <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.UTI-0002-2012>.
2. Фармакогностическая характеристика хвоща полевого *Equisetum arvense*. Обзор литературы. Бузук Г.Н., Эльяшевич Е.Г. *Вестник фармации*. 2010. № 2 (48). С. 65-72.
3. Овчинникова С.Я., Орловская Т.В. Изучение спазмолитической активности экстракта корневищ и корней любистока лекарственного//Научные ведомости Белгородского гос. университета. Серия Медицина. Фармация. 2012. No 4 (123). С. 275–277.
4. Орловская Т.В., Овчинникова С.Я. Определение антибактериальной активности субстанций, полученных из корневищ с корнями любистока лекарственного. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2013. № 10-3. С. 474-475.
5. Marcon J, Schubert S., Stief C.G., Magistro G. *In vitro* efficacy of phytotherapeutics suggested for prevention and therapy of urinary tract infections // *Infection*. 2019. Vol. 47. No 6. P. 937–944.
6. *Pharmacology of rosemary (Rosmarinus officinalis Linn.) and its therapeutic potentials*. al-Sereiti MR, Abu-Amer KM, Sen P. *Indian J Exp Biol*. 1999 Feb;37(2):124-30.
7. Исследование жирнокислотного состава травы золототысячника обыкновенного и травы чистеца Зибольда. Стойко Л.И., Гусак Л.В., Марчишин С.М., Демидяк О.Л. *Медицина и образование в Сибири*. 2015. № 6. С. 5.
8. *Systematic review of the effect of D-mannose with or without other drugs in the treatment of symptoms of urinary tract infections/cystitis*. Parazzini F, Ricci E, Fedele F, Chiaffarino F, Esposito G, Cipriani S. *Biomed Rep*. 2022 Jun 15;17(2):69. <https://doi.org/10.3892/br.2022.1552>.

9. *Effects of inulin on calcium metabolism and bone health.* Bakirhan H, Karabudak E. *Int J Vitam Nutr Res.* 2023 Feb;93(1):85-96. <https://doi.org/10.1024/0300-9831/a000700>.

10. *Proanthocyanidins--a final frontier in flavonoid research?* Dixon RA, Xie DY, Sharma SB. *New Phytol.* 2005 Jan;165(1):9-28. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8137.2004.01217.x>.

11. *Proanthocyanidins-Will they effectively restrain conspicuous bacterial strains devolving on urinary tract infection?* Jagannathan V, Viswanathan P. *J Basic Microbiol.* 2018 Jul;58(7):567-578. <https://doi.org/10.1002/jobm.201800131>.

12. *High dose versus low dose standardized cranberry proanthocyanidin extract for the prevention of recurrent urinary tract infection in healthy women: a double-blind randomized controlled trial.* Babar A, Moore L, Leblanc V, Dudonné S, Desjardins Y, Lemieux S, Bochard V, Guyonnet D, Dodin S. *BMC Urol.* 2021 Mar 23;21(1):44. <https://doi.org/10.1186/s12894-021-00811-w>.

Материал подготовлен командой Уровеб



Берём лучшее
у природы

НОВИНКА!
ОТ РОССИЙСКОГО
ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ПОДДЕРЖКА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ



БИНЕФРОН УРО

КОМПЛЕКС РАСТИТЕЛЬНЫХ
ЭКСТРАКТОВ СПОСОБСТВУЕТ:

- повышению эффективности комплексной терапии пиелонефрита, хронического цистита
- снижению риска образования мочевых камней
- уменьшению повторных обострений



БИНЕФРОН

ПОДДЕРЖКА ПРИ ЦИСТИТЕ

БИНЕФРОН ЦИСТО

УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ:

1 САШЕ СОДЕРЖИТ:

- 1 500 МГ D-МАННОЗЫ
- 1 130 МГ ИНУЛИНА
- 30 МГ РАС (ПРОАНТОЦИАНИДИНОВ)

Для поддержки здоровья мочевыводящих путей при лечении и профилактике рецидивов хронической инфекции в особенности циститов

РАЗРЕШЕН ЛЮДЯМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, БЕРЕМЕННЫМ И КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ



№ АМ.01.07.01.003.Р.000730.08.22 ОТ 08.08.2022 № АМ.01.07.01.003.Р.000640.07.22 ОТ 01.07.2022 РЕКЛАМА

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Рак мочевого пузыря в Московской области. Проблемы ранней диагностики и пути их оптимизации



Р.Р. Фатихов

К.м.н., врач-уролог, онколог, Главный внештатный специалист-уролог Московской области, Москва, Россия

Рак мочевого пузыря остается серьезной проблемой современной медицины. На его долю в структуре общей онкологической заболеваемости приходится 2,6%. Выявляемость РМП в России – примерно 77,1 случаев на 100 тысяч населения, что на 1,5 % выше предыдущих значений за счет внедрения новых технологий в диагностике. Также это позволило выявлять 80% РМП на ранних стадиях Ta-T1. Летальность больных на первом году жизни с момента установления клинического диагноза снизилась с 22,4% в 2008 году до 14,4% в 2019.

Рамис Рафисович представил статистические данные по раку мочевого пузыря (РМП) в Московской области в 2022 году. Общее количество зарегистрированных пациентов – 7293, на учете состоят 6403, из которых 3657 наблюдаются пять и более лет, первичных больных – 703. Отмечена тенденция к увеличению доли пациентов, находящихся на учете в течение 5 лет и более. Согласно статистике по летальности, 197 пациентов сняты с учета в связи со смертью от ЗНО, из них 69 умерло на первом году с момента постановки диагноза.

Раку мочевого пузыря больше подвержены мужчины. Так, в 2022 году РМП зарегистрирован у 607 мужчин и 211 женщин. 764 диагноза верифицировано прижизненно, большинство пациентов выявлено в первой и второй стадии рака, что делает прогноз более благоприятным. Пациенты с РМП в количестве 541 человек прошли радикальное лечение, включающее хирургические, химиолучевые и др. методы, 322 пациента пролечены только хирургическим путем,



193 пациентам выполнено комбинированное лечение (кроме химиолучевой терапии), 26 заболевшим – только химиолучевая терапия.

В распоряжении Министерства здравоохранения Московской области от 24.06.2022 № 161-Р «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению Московской области при онкологических заболеваниях» была представлена маршрутизация онкобольных в новом варианте. Определено четыре медицинских организации, занимающиеся онкоурологическими пациентами: Московский областной онкологический диспансер в Балашихе, Подольская областная клиническая больница, МОНИКИ и Медси в Отрадном. В распоряжении от 28 февраля 2023 года возросло число коек паллиативного профиля.

В системе здравоохранения Московской области работает 356 урологов, большая часть занята в поликлиниках – 185 специалистов. Среди врачей 74 человека имеют высшую и 33 – первую категорию. Количество вакантных ставок составляет 27,5%, преимущественно в амбулаторном звене. Укомплектованность в медицинских организациях Московской области врачами урологами составила 92,28%, что свидетельствует о хорошем кадровом потенциале региона.

Согласно анализу работы амбулаторной урологической службы, в 2022 году специалистами проконсультировано 549 796 пациентов: 524 580 взрослых, 2724 консультации проведено на дому, выполнено 54 амбулаторных операций, 81 операция в дневном стационаре. Существует значительный разрыв между общим количеством консультаций и числом оперативных вмешательств, вызванный недостаточной комплектацией необходимого оборудования. Лектор подчеркнул, что при своевременном обновлении материально-технической базы большое количество пациентов могут получить квалифицированную медицинскую помощь в рамках амбулаторного звена, это позволит снизить нагрузку на стационары.

Стоит отметить, что в Московской области функционируют 22 центра амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), которым для улучшения ■

первичной диагностики урологических заболеваний требуются урологи-онкологи. Академиком Д.Ю. Пушкарем было анонсировано решение о предоставлении возможности урологам повысить квалификацию до онколога.

Оптимизация работы амбулаторных поликлиник и ЦАОПов в МО позволит повысить раннее выявление онкологических заболеваний, снизить показатель запущенных стадий, летальность, внедрить современные и малоинвазивные технологии в диагностике онкологии, своевременно маршрутизировать пациентов на профильные койки, использовать меньше средств бюджета МО на лекарственное обеспечение за счет снижения количества запущенных случаев онкозаболеваний в урологии.

На 4 съезде урологов Московской области Рамис Рафисович предложил включить в маршрутизацию по плановой онкоурологии дополнительные отделения МО, привести в соответствие материально-техническую базу учреждений первичного звена для улучшения качества и доступности урологической медицинской помощи, усилить работу ЦАОПов квалифицированными врачами-урологами для улучшения ранней диагностики (потребуется дополнительное оборудование), утвердить школы по биопсии предстательной железы для обучения урологов МО (4 раза в год, с контролем знаний и модернизацией функционала поликлиник и стационаров в отстающих ЛПУ). В марте 2023 года была проведена конференция по РПЖ, также запланированы 3 тренинг-курса.

В Минздрав Московской области направлен пилотный проект «Программа развития ранней диагностики мочевого пузыря в Московской области», подготовленный совместно с компанией OLYMPUS. В данный момент формируется перечень ЦАОПов, поликлиник, стационаров МО, в которых планируется расширение использования эндоскопической диагностики рака мочевого пузыря с применением технологии узкоспектральной визуализации NBI. Также будет производиться оценка эффективности по раннему выявлению заболеваний.

При использовании узкоспектральной визуализации NBI уровень выявле-



ния опухолей более высокий по сравнению с традиционной цистоскопией (94,7/79,2). NBI сокращает риск рецидивов неинвазивного рака мочевого пузыря на 10% за год. Преимущества NBI в рутинной клинической практике: отсутствие противопоказаний, необходимости в установке или одноразовых приспособлениях, дополнительных расходов.

Программа профессионального обучения в МО в рамках пилотного проекта для внедрения выполнения цистоскопии с использованием режима NBI предполагает двухдневный тренинг с участием преподавателей Мартова Алексея Георгиевича, Андропова Андрея Сергеевича и Фатихова Рамиса Рафисовича. ■

Материал подготовила Шадеркина В.А.



Клинические рекомендации EAU-2023 по ненейрогенным СНМП у мужчин, включая доброкачественную гиперплазию предстательной железы

Руководство EAU по симптомам нижних мочевых путей у мужчин (СНМП) представляет собой ориентированное на симптомы руководство, в котором в основном рассматриваются СНМП, обусловленные доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), гиперактивностью детрузора/гиперактивным мочевым пузырем (ГМП) и ночной полиурией у мужчин в возрасте старше 40 лет. Многофакторная этиология СНМП представлена на рис. 1.

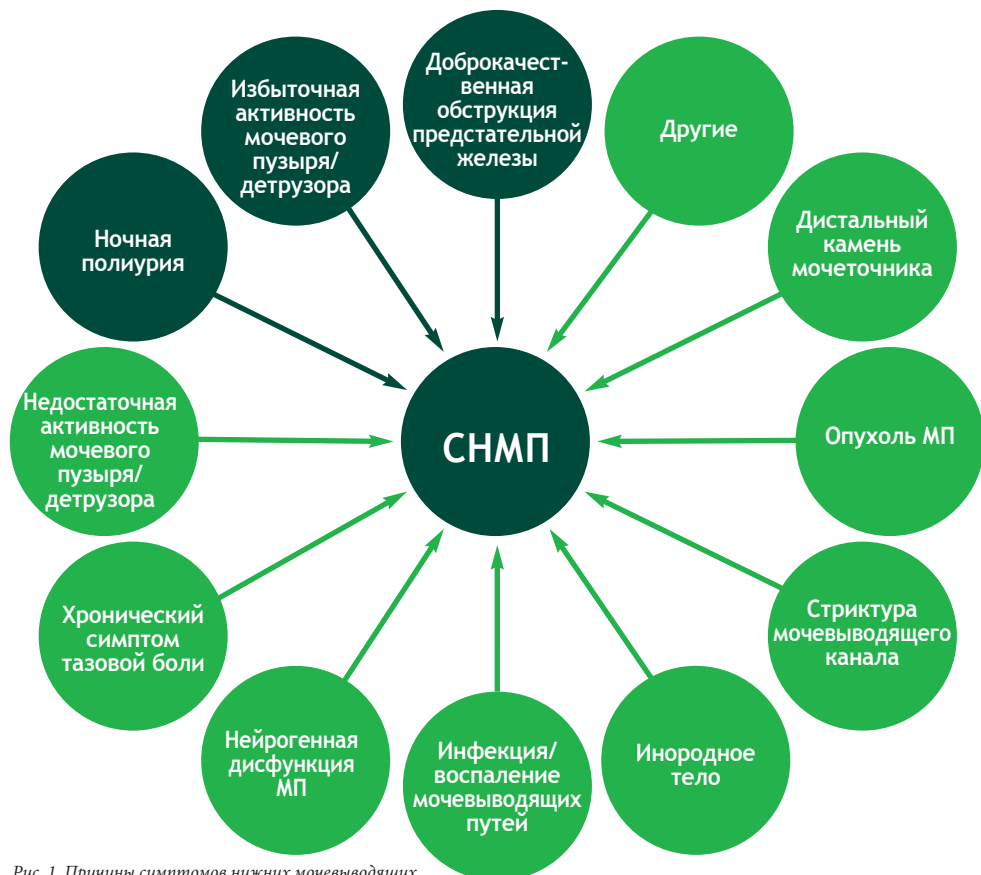


Рис. 1. Причины симптомов нижних мочевыводящих путей у мужчин (СНМП)

Диагностическая оценка

Высокая распространенность и лежащая в основе многофакторная патофизиология СНМП у мужчин означают, что точная оценка СНМП имеет решающее значение для обеспечения наилучшей медицинской помощи, основанной на фактических данных. Клиническая оценка СНМП направлена на дифференциальную диагностику и определение клинического профиля. Разработан практический алгоритм (рис. 2). ■

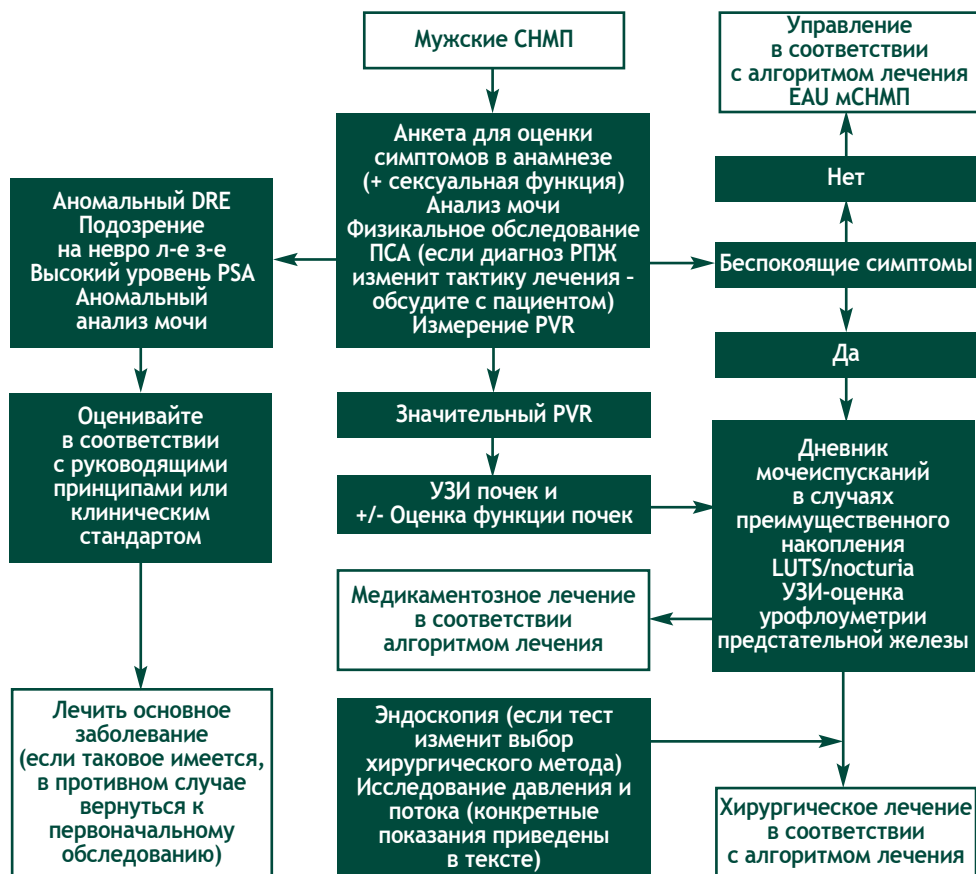


Рис. 2. Алгоритм оценки СНМП у мужчин в возрасте 40 лет и старше. DRE = пальцевое ректальное исследование; FVC = диаграмма частоты и объема; LUTS = симптомы нижних мочевыводящих путей; PSA = рак предстательной железы; PSA = простатспецифический антиген; PVR = остаточные явления после опорожнения; US = ультразвуковое исследование. Примечание: Читателям настоятельно рекомендуется ознакомиться с полным текстом, в котором подробно освещается текущее положение каждого теста.

| Рекомендации по диагностике СНМП у мужчин | Сила рекомендации |
|---|-------------------|
| Соберите подробный анамнез у мужчин с СНМП | Сильная |
| Используйте валидированный опросник оценки симптомов, включающий оценку жалоб и качества жизни в момент обследования мужчин с СНМП и для повторной оценки во время и/или после лечения | Сильная |
| Используйте дневник мочеиспусканий для оценки СНМП у мужчин с выраженными симптомами накопления или ноктурией | Сильная |
| Попросите пациента вести дневник мочеиспускания не менее чем в течение трех дней | Сильная |
| При оценке СНМП у мужчин проведите физикальное обследование, включая пальцевое ректальное исследование | Сильная |
| Анализ мочи и определение простатспецифического антигена (ПСА) | |
| Для оценки СНМП у мужчин используйте анализ мочи (с помощью тест-полоски или общий анализ мочи) | Сильная |
| Измерьте ПСА при подозрении на рак предстательной железы, если это повлияет на тактику лечения | Сильная |
| Измерьте уровень ПСА, если это поможет определить или изменить процесс лечения и будущую тактику | Сильная |
| Консультируйте пациентов о исследовании на ПСА и роли повышенного уровня ПСА | Сильная |
| Функция почек, остаточное количество мочи и урофлоуметрия | |
| Оцените функцию почек, если на основании анамнеза и клинического обследования подозревается нарушение функции почек, или имеется гидронефроз, или рассматривается вопрос о хирургическом лечении СНМП | Сильная |
| Измерьте остаточное количество мочи после мочеиспускания. | Слабая |
| Выполните урофлоуметрию при первоначальной оценке СНМП у мужчин | Слабая |
| Выполните урофлоуметрию перед медикаментозным или инвазивным лечением | Сильная |
| Визуализация и уретроцистоскопия | |
| Выполните ультразвуковое исследование верхних мочевыводящих путей у мужчин с СНМП | Слабая |
| Выполняйте УЗИ предстательной железы при рассмотрении вопроса о медикаментозном лечении СНМП у мужчин, если это помогает в выборе подходящего препарата | Слабая ■ |



| Рекомендации по диагностике СНМП у мужчин | Сила рекомендации |
|---|-------------------|
| При рассмотрении вопроса о хирургическом лечении выполните УЗИ предстательной железы | Сильная |
| Выполняйте уретроцистоскопию у мужчин с СНМП перед началом малоинвазивного/хирургического лечения, если результаты могут повлиять на тактику лечения | Слабая |
| Исследования соотношения «давление/поток» (PFS) | |
| Проводите исследования «давление/поток» только у отдельных пациентов по конкретным показаниям перед началом инвазивного лечения или когда требуется дальнейшая оценка патофизиологии, лежащей в основе СНМП | Слабая |
| Проводите исследование «давление/поток» у мужчин, которые ранее проходили безуспешное (инвазивное) лечение СНМП | Слабая |
| Выполняйте исследование «давление/поток» у мужчин, рассматривающих возможность инвазивного лечения, при остаточном объеме мочи > 150 мл | Слабая |
| Выполняйте исследование «давление/поток» при рассмотрении вопроса о хирургическом вмешательстве у мужчин с преимущественными жалобами на учащенное мочеиспускание и $Q_{\max} > 10$ мл/с | Слабая |
| Выполняйте исследование «давление/поток» при рассмотрении вопроса об инвазивной терапии у мужчин с преимущественными жалобами на учащенное мочеиспускание с объемом остаточной мочи > 300 мл | Слабая |
| Выполняйте исследование «давление/поток» при рассмотрении вопроса об инвазивном лечении у мужчин с преимущественными жалобами на учащенное мочеиспускание в возрасте > 80 лет | Слабая |
| Выполняйте исследование «давление/поток» при рассмотрении вопроса об инвазивном лечении у мужчин с преимущественными жалобами на учащенное мочеиспускание в возрасте < 50 лет | Слабая |
| Неинвазивные тесты для диагностики нарушения оттока из мочевого пузыря | |
| Не предлагайте неинвазивные тесты в качестве альтернативы уродинамическому исследованию/исследованию «давление/поток» для диагностики нарушения оттока из мочевого пузыря у мужчин | Сильная |

Ведение заболевания

Консервативное и фармакологическое лечение

При неосложненных СНМП легкой и среднетяжелой степени подходит тактика активного наблюдения, включающая в себя обучение пациентов, ■

поведенческую терапию, рекомендации по модификации образа жизни и периодический мониторинг.

| Рекомендации по консервативному и фармакологическому лечению СНМП у мужчин | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Поведенческая терапия | |
| Предложите активное наблюдение мужчинам с легкими/умеренными симптомами, которых минимально беспокоят эти симптомы | Сильная |
| Предлагайте мужчинам с СНМП советы по модификации образа жизни и информацию по самоуходу до начала лечения или одновременно с ним | Сильная |
| Консервативное лечение | |
| Предлагайте α 1-адреноблокаторы мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени | Сильная |
| Используйте ингибиторы 5 α -редуктазы (5-ARIs) у мужчин с СНМП средней и тяжелой степени, а также пациентам с повышенным риском прогрессирования заболевания (например, при объеме предстательной железы > 40 мл) | Сильная |
| Проконсультируйте пациентов об отложенном начале действия и5-AP | Сильная |
| Используйте антагонисты мускариновых рецепторов (М-холиноблокаторы) мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени, у которых в основном наблюдаются симптомы накопления | Сильная |
| Не используйте антимиускариновые препараты (М-холиноблокаторы) для лечения гиперактивности мочевого пузыря у мужчин с остаточным объемом мочи > 150 мл | Слабая |
| Используйте бетта-3-агонисты у мужчин с СНМП средней и тяжелой степени, у которых преобладают симптомы накопления | Слабая |
| Используйте ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа у мужчин с СНМП средней и тяжелой степени с эректильной дисфункцией или без нее | Сильная |
| Предложите гексановый экстракт <i>Serenoa repens</i> мужчинам с СНМП, которые хотят избежать любых потенциальных побочных эффектов, особенно связанных с сексуальной функцией | Слабая |
| Сообщите пациенту, что степень эффективности может быть небольшой | Сильная |
| Предложите комбинированное лечение α 1-блокатором и и5-AP мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени тяжести и повышенным риском прогрессирования заболевания (например, объем предстательной железы > 40 мл) | Сильная |
| Используйте комбинированное лечение α 1-блокаторами с антагонистами мускариновых рецепторов у пациентов с СНМП средней и тяжелой степени, если облегчение симптомов накопления было недостаточным при монотерапии любым из препаратов | Сильная |
| Не назначайте комбинированное лечение мужчинам с объемом остаточной мочи > 150 мл | Слабая |
| Используйте комбинированное лечение α 1-адреноблокатором с мирабегроном у пациентов с длительно сохраняющимися СНМП после лечения монотерапией α 1-адреноблокаторами | Слабая |

Краткое описание консервативного и/или медикаментозного лечения

Терапия первой линии – это поведенческая терапия с фармакологическим лечением или без него. Блок-схема, иллюстрирующая выбор консервативного и фармакологического лечения в соответствии с данными доказательной медицины и профилями пациентов, представлена на рисунке 3. ■

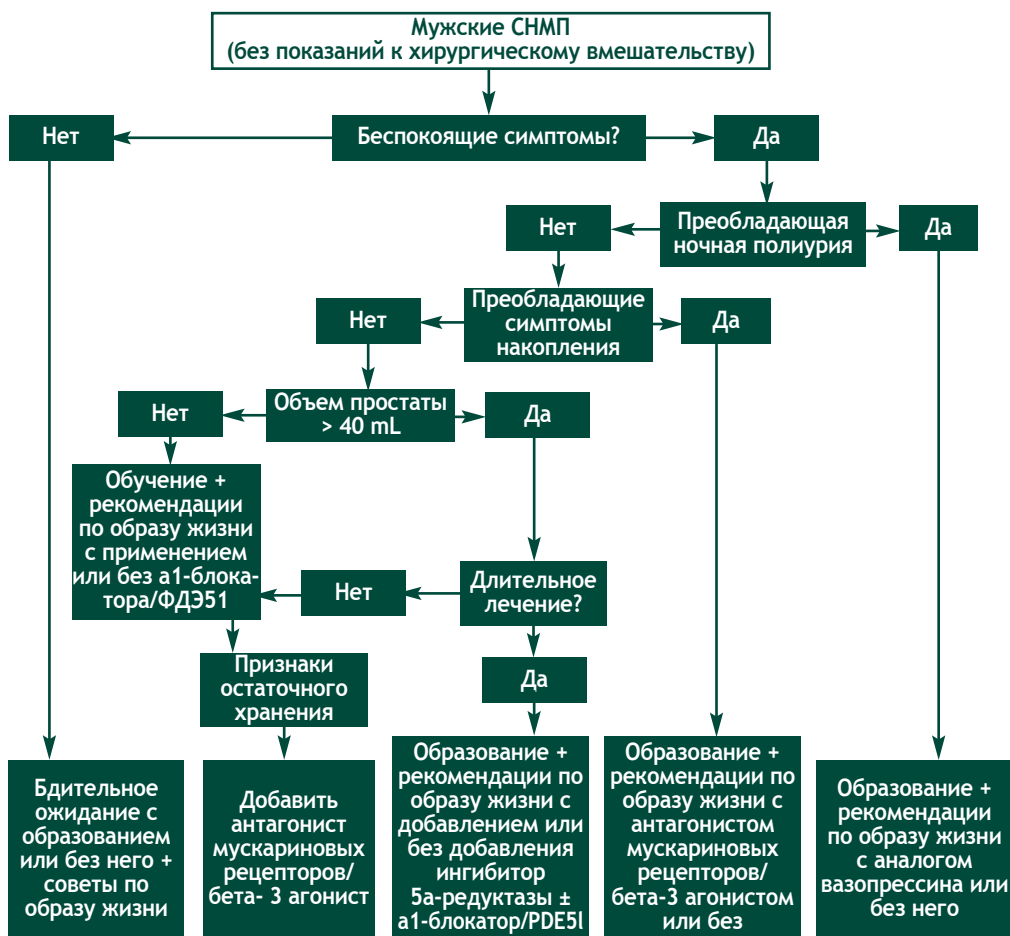


Рис. 3. Алгоритм лечения СНМП у мужчин с использованием медикаментозных и/или консервативных методов лечения. Решение о лечении зависит от результатов, полученных при первоначальном обследовании. Обратите внимание, что предпочтения пациентов могут модифицировать тактику лечения. ФДЭ5 = ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа. Примечание: Читателям настоятельно рекомендуется ознакомиться с полным текстом, в котором подробно освещается текущее положение каждого лечения.

Хирургическое лечение

Операция на предстательной железе обычно требуется, когда у пациентов наблюдается:

- рецидивирующая или рефрактерная задержка мочи,
- парадоксальная ишурия,
- рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей,
- камни в мочевом пузыре или дивертикулы,
- рефрактерная к лечению видимая гематурия из-за доброкачественной гипертрофии предстательной железы (ДГПЖ)/доброкачественного увеличения предстательной железы (ДПЭ)
- расширение верхних мочевых путей из-за доброкачественной обструкции предстательной железы, с почечной недостаточностью или без нее (являются абсолютными показаниями к операции).

Хирургическое вмешательство обычно требуется, когда у пациентов наблюдается недостаточное устранение СНМП или остаточных явлений после консервативного или фармакологического лечения (относительные показания к операции).

Хирургическое лечение делится по хирургическому подходу на: резекцию; энуклеацию; вапоризацию; альтернативные абляционные методы; и неабляционные методы.

Рекомендации по хирургическому лечению СНМП у мужчин

| Рекомендации по резекции предстательной железы | Сила рекомендации |
|---|-------------------|
| Предложите биполярную или монополярно-трансуретральную резекцию предстательной железы (ТУРП) для хирургического лечения СНМП средней и тяжелой степени у мужчин с размером предстательной железы 30-80 мл | Сильная |
| Предложите лазерную вапоррезекцию предстательной железы с использованием тулиевого лазера: иттрий-алюминий-гранатового (Тм:YAG-лазера (ThuVAP)) в качестве альтернативы ТУРП | Слабая |
| Предложите трансуретральную резекцию предстательной железы для хирургического лечения СНМП средней и тяжелой степени у мужчин с размером предстательной железы < 30 мл, без средней доли | Сильная |

| Рекомендации по энуклеации предстательной железы | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Предложите открытую аденомэктомию при отсутствии биполярной трансуретральной энуклеации предстательной железы и гольмиевой лазерной энуклеации предстательной железы для лечения СНМП средней и тяжелой степени у мужчин с размером предстательной железы > 80 мл | Сильная |
| Предложите биполярную трансуретральную (плазмакинетическую) энуклеацию предстательной железы мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени в качестве альтернативы ТУРП | Слабая |
| Предложите лазерную энуклеацию предстательной железы с использованием гольмиевого: иттрий-алюминий-гранатового (Ho:YAG) лазера (HoLEP) мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени в качестве альтернативы ТУРП или открытой простатэктомии | Сильная |
| Предложите Tm:YAG-лазерную (Tulip, ThuVER) энуклеацию предстательной железы) мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени в качестве альтернативы ТУРП, гольмиевой лазерной энуклеации или биполярной трансуретральной (плазмакинетической) энуклеации | Слабая |
| Предложите Tm:YAG-лазерную энуклеацию предстательной железы пациентам, получающим антикоагулянтную или антитромбоцитарную терапию | Слабая |
| Предложите диодную лазерную энуклеацию предстательной железы мощностью 120 Вт 980 нм, 1318 нм или 1470 нм мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени в качестве сопоставимой альтернативы биполярной трансуретральной (плазмакинетической) энуклеации или биполярной ТУРП | Слабая |
| Рекомендации по вапоризации предстательной железы | |
| Предложите биполярную трансуретральную вапоризацию предстательной железы в качестве альтернативы ТУРП для хирургического лечения СНМП средней и тяжелой степени у мужчин с объемом предстательной железы 30-80 мл | Слабая |
| Предложите 80-ваттную 532-нм калий-титанилфосфатную (КТП) лазерную вапоризацию предстательной железы мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени с объемом предстательной железы 30-80 мл в качестве альтернативы ТУРП | Сильная |
| Предложите 120-ваттную 532-нм литий-боратную лазерную вапоризацию предстательной железы (LBO) мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени с объемом предстательной железы 30-80 мл в качестве альтернативы ТУРП | Сильная |
| Предложите лазерную вапоризацию предстательной железы LBO мощностью 180 Вт с длиной волны 532 нм мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени с объемом предстательной железы 30-80 мл в качестве альтернативы ТУРП | Сильная |
| Предложите лазерную вапоризацию предстательной железы с использованием лазеров КТР мощностью 80 Вт, LBO мощностью 120 Вт или 180 Вт для лечения пациентов, получающих антикоагулянтную или антитромбоцитарную терапию, с объемом предстательной железы < 80 мл | Слабая |

| Рекомендации по альтернативным методам абляции | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Предложите акваабляцию* пациентам с СНМП средней и тяжелой степени тяжести и объемом предстательной железы 30-80 мл в качестве альтернативы ТУРП | Слабая |
| Информируйте пациентов о риске кровотечения и отсутствии данных о долгосрочном наблюдении | Сильная |
| Предложите эмболизацию предстательной артерии (ПАЭ)* мужчинам с СНМП средней и тяжелой степени, которые хотят рассмотреть варианты минимально инвазивного лечения и согласны с менее оптимальными результатами по сравнению с ТУРП | Слабая |
| Выполняйте ПАЭ только в отделениях, где обследование и последующее наблюдение проводятся урологами, работающими в сотрудничестве с обученными интервенционными рентгенологами для выявления подходящих пациентов для данной операции | Сильная |
| Рекомендации по неабляционным методам | |
| Предлагаем простатический имплант уретры (Urolift®) мужчинам с СНМП, заинтересованным в сохранении эякуляторной функции, с объемом простаты < 70 мл и без средней доли | Слабая |
| Не предлагайте лечение интрапростатическими инъекциями ботулинического токсина А пациентам с СНМП мужского пола | Слабая |

*Методика остается в стадии изучения

Обзор хирургического лечения

Выбор хирургической техники зависит от размера предстательной железы, сопутствующих заболеваний, способности переносить анестезию, предпочтений пациента/готовности мириться с побочными эффектами, связанными с хирургическим вмешательством, наличия хирургического инвентаря и опыта хирурга.

На рисунке 4 показан выбор хирургического лечения в соответствии с профилем пациента. Блок-схема стратифицирована в зависимости от способности пациента переносить анестезию, сердечно-сосудистого риска и размера предстательной железы.

Пациенты мужского пола с абсолютными показаниями к хирургическому вмешательству или не реагирующие на медикаментозное лечение, или те, кто не хочет медицинского лечения, но просит об активном лечении

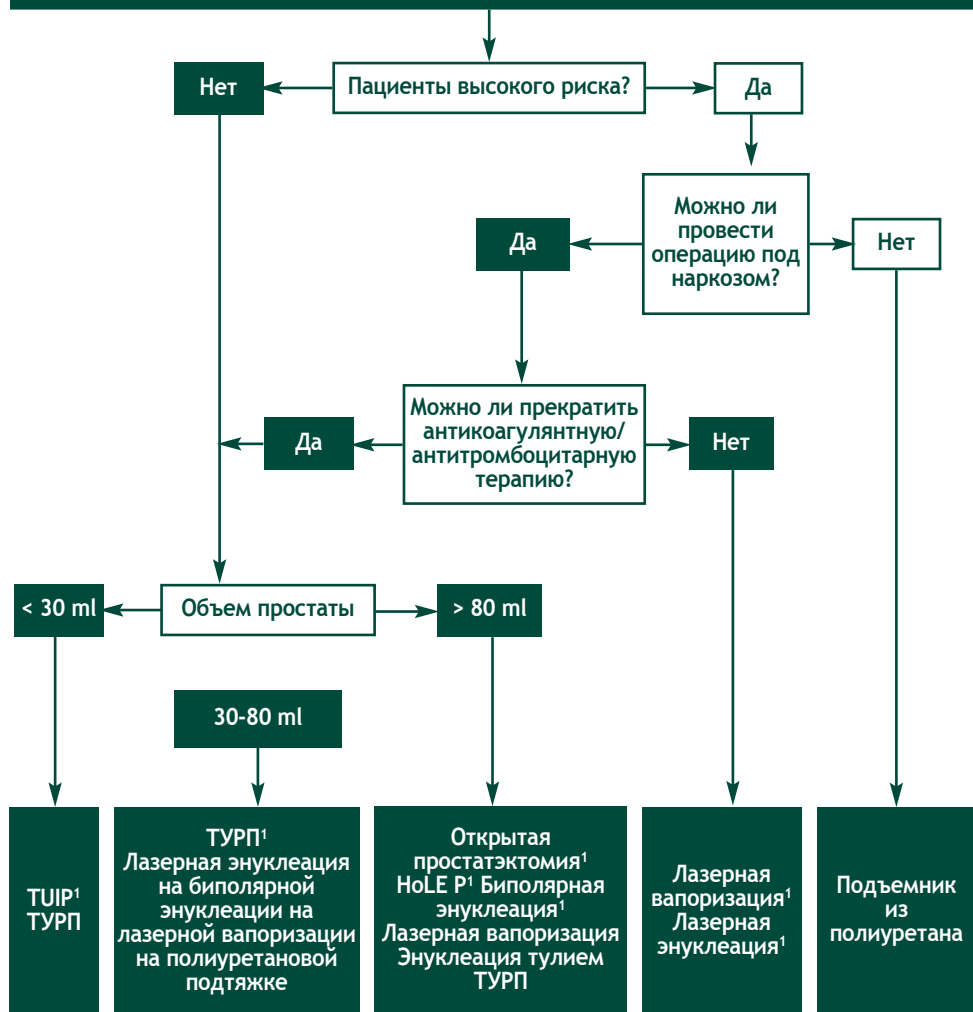


Рис. 4. Алгоритм лечения выраженных и беспокоящих СНМП, резистентных к консервативному/медикаментозному лечению или в случаях абсолютных показаний к операции.

Лазерная вапоризация включает в себя испарение зеленым светом, тулием и диодным лазером; Лазерная энуклеация включает гольмиевую и тулиевую лазерную энуклеацию.

HoLEP = энуклеация гольмиевым лазером; TUIP = трансуретральный разрез предстательной железы; TURP = трансуретральная резекция предстательной железы.

Лечение ноктурии у мужчин с СНМП

Диагностическая оценка

Оценка представлена на рисунке 5. Обследование должно установить, есть ли у пациента полиурия, СНМП, расстройство сна или их сочетание. Терапия может проводиться в связи с данными симптомами, но беспокоящая никтурия может потребовать оценки с помощью дневника мочеиспусканий (обозначен пунктирной линией), зависит от анамнеза и клинического обследования, поскольку необходимо учитывать потенциальное наличие серьезного сопутствующего заболевания.

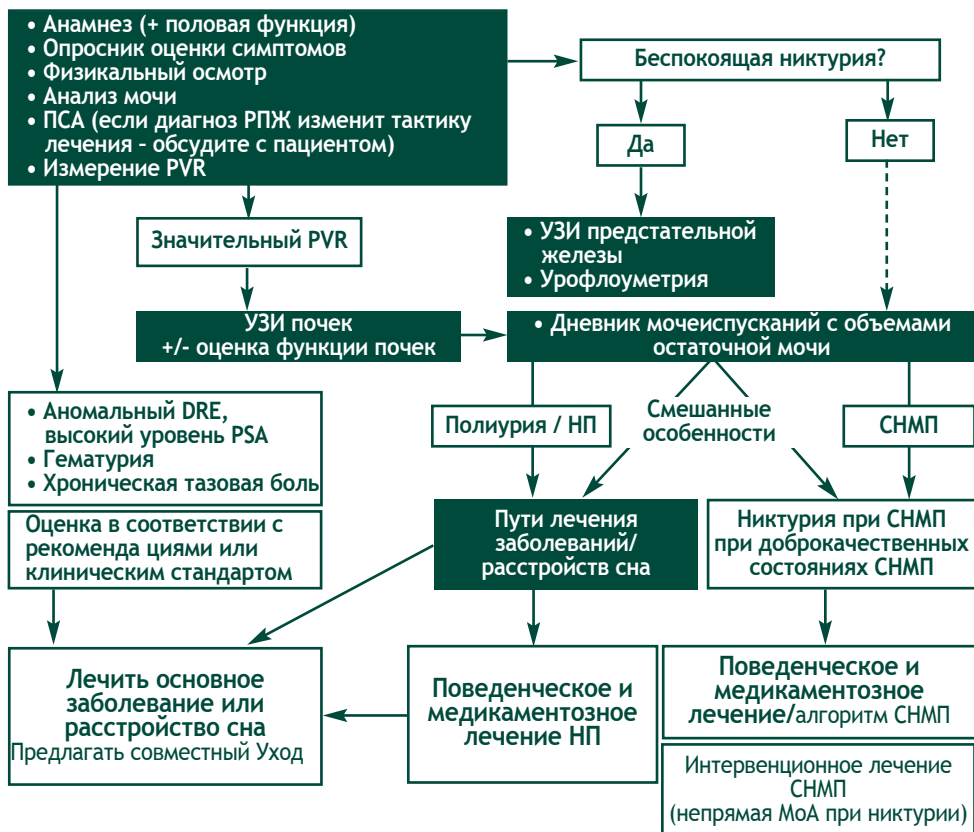


Рис. 5. Оценка ноктурии у мужчин с ненейрогенными СНМП. DRE = пальцевое ректальное исследование; NP = ночная полиурия; МоА = механизм действия; PVR = остаточные явления после мочеиспускания; PSA = простатспецифический антиген; US = ультразвуковое исследование; FVC = диаграмма частоты и объема.

Общие пути оказания медицинской помощи при заболеваниях и нарушениях сна

Таблица 1. Схема совместного лечения noctурии, подчеркивающая необходимость ведения потенциально сложных пациентов с определением и учетом этиологических факторов

| УРОЛОГИЧЕСКИЙ ВКЛАД | СОВМЕСТНЫЙ УХОД | МЕДИЦИНСКИЙ ВКЛАД |
|--|---|---|
| <p>Диагностика СНМП</p> <ul style="list-style-type: none"> • Урологическое обследование/ оценка СНМП • Оценка симптомов noctурии • Дневник мочеиспускания | | <p>Диагностика состояний, вызывающих noctурию</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка анамнеза пациента • Скрининг нарушений сна • Скрининг потенциальных причин полиурии* |
| <p>Консервативное лечение</p> <p>Поведенческая терапия</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации по питанию/режиму сна • Препараты, улучшающие удержание мочи при СНМП • Препараты, улучшающие выделение мочи при СНМП • (CISC) Периодическая самокатетеризация в стерильных условиях • Подъем ног • Снижение веса <p>Интервенционная терапия</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лечение рефрактерных накопительных СНМП • Терапия рефрактерного мочеиспускания при СНМП | <p>Консервативное лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> • Антидиуретические средства • Диуретики • Препараты, улучшающие сон | <p>Лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> • Начало терапии при новом диагнозе • Оптимизированная терапия известных состояний <p>Потенциальные причины полиурии</p> <p>НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тубулярная дисфункция • Глобальная почечная дисфункция <p>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Болезни сердца • Сосудистые заболевания <p>ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Несахарный диабет/сахарный диабет • Гормоны, влияющие на диурез/натрийурез <p>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Иннервация гипофиза и почек • Вегетативная дисфункция <p>РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обструктивное апноэ во сне <p>БИОХИМИЧЕСКИЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Измененное онкотическое давление крови |

CISC = периодическая самокатетеризация в стерильных условиях; LUTD = Дисфункция нижних мочевых путей; NP = ночная полиурия

| Рекомендации по лечению ноктурии | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Лечите основные причины ноктурии, включая поведенческие, системные заболевания, нарушения сна, дисфункцию нижних мочевыводящих путей или комбинацию факторов | Слабая |
| Обсудите с пациентом изменения в поведении, чтобы уменьшить объем ночной мочи и эпизоды ноктурии, а также улучшить качество сна | Сильная |
| Предложите десмопрессин для уменьшения ноктурии из-за ночной полиурии (НП) у мужчин в возрасте < 65 лет | Слабая |
| Назначайте низкие дозы десмопрессина мужчинам старше 65 лет с ноктурией не реже двух раз за ночь из-за НП | Сильная |
| Проводите скрининг гипонатриемии до начала терапии, затем на третий, седьмой день и через месяц после начала терапии и периодически во время лечения. Чаще измеряйте уровень натрия в сыворотке крови у пациентов старше 65 лет и у пациентов с повышенным риском развития гипонатриемии | Слабая |
| Обсудите с пациентом потенциальную клиническую пользу по сравнению с сопутствующими рисками от применения десмопрессина, особенно у мужчин старше 65 лет | Слабая |
| Предлагаем антагонисты α 1-адренорецепторов для лечения ноктурии у мужчин, у которых ноктурия связана с СНМП | Слабая |
| Предлагаем антимиокарбиновые препараты для лечения ноктурии у мужчин, у которых ноктурия связана с гиперактивностью мочевого пузыря | Сильная |
| Предлагаем ингибиторы 5 α -редуктазы для лечения ноктурии у мужчин, у которых ноктурия связана с СНМП и увеличением предстательной железы (> 40 мл) | Слабая |
| Не назначайте ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа для лечения ноктурии | Сильная |

Лечение мужского недержания мочи

Недержание мочи (НМ) определяется как непреднамеренная потеря мочи и, как сообщается, имеет распространенность от 11% у мужчин в возрасте 60-64 лет до 31% у мужчин старше 85 лет и поражает до 32% мужчин с СНМП.

Недержание мочи можно далее разделить на три типа: стрессовое недержание мочи (СНМ); ургентное недержание мочи (УНМ) и смешанное недержание мочи. ■

Таблица 1. Схема совместного лечения ноктурии, подчеркивающая необходимость ведения потенциально сложных пациентов с определением и учетом этиологических факторов

| Тип | Определение | Этиология и факторы риска | Патофизиология | Клиническая картина |
|---|---|--|---|--|
| Стрессовое недержание мочи (СНМ) распространённость < 10% | Потеря мочи во время движения или усилий или при повышении давления в брюшной полости | <ul style="list-style-type: none"> • Хирургия доброкачественной обструкции предстательной железы • Нейрогенное заболевание • Хирургия органов малого таза • Радикальная простатэктомия • Хирургия мочеиспускательного канала | Недостаточность сфинктера | <p>Симптомы: недержание мочи во время физической активности, упражнений, например, во время кашля, чихания, отсутствие подтеканий во время сна, отсутствие ночного энуреза</p> <p>Дневник мочеиспускания / Тест с прокладкой (pad-test): при активности</p> <p>Стресс-тест на кашель: потеря мочи может совпадать с кашлем</p> |
| Ургентное недержание мочи (УНМ) распространённость 40-80% | Потеря мочи, сопровождающая приступ ургентности или непосредственно следующая за ним | <ul style="list-style-type: none"> • Процесс старения • Аноректальная дисфункция/ расстройства желудочно-кишечного тракта • *Поведенческие факторы (потребление жидкости и кофеина) • Хроническая обструкция предстательной железы • Идиопатический • Врожденные заболевания мочевого пузыря (кистозный, фиброзный, интерстициальный цистит) • Метаболический синдром • Нейрогенные состояния • ИМП | <ul style="list-style-type: none"> • Гиперактивность детрузора (нейрогенная или нет) • Стимуляция уретерия • Усиление афферентной сигнализации • Другие (перелом тазовых органов, ишемия стенки мочевого пузыря и т.д.) | <p>Симптомы: ургентные (императивные) позывы к мочеиспусканию, обычно связанные с учащением мочеиспускания и никтурией</p> <p>Дневник мочеиспускания: ургентность, частота иницирурия</p> |

CISC = периодическая самокатетеризация в стерильных условиях; LUTD = Дисфункция нижних мочевых путей; NP = ночная полиурия

Клинические рекомендации

| Тип | Определение | Этиология и факторы риска | Патофизиология | Клиническая картина |
|---|---|------------------------------------|---------------------|---|
| Смешанное недержание мочи распространённость 10-30% | Любая комбинация стрессового и ургентного недержания мочи | Причины как при СНМ, так и при УНМ | Сочетание СНМ и УНМ | Симптомы: Мочеиспускание одинаково часто как при физической нагрузке, так и при ургентных позывах Дневник мочеиспускания: варьируется Стресс-тест от кашля: может показать потерю мочи при кашле |

CISC = периодическая самокатетеризация в стерильных условиях; LUTD = Дисфункция нижних мочевых путей; NP = ночная полиурия

| Рекомендации по диагностической оценке недержания мочи у мужчин | Сила рекомендации |
|---|-------------------|
| Соберите полный анамнез, включая симптомы и сопутствующие заболевания, лекарственные препараты и проведите целенаправленный физикальный осмотр при обследовании мужчин с недержанием мочи | Сильная |
| Используйте валидированный опросник оценки симптомов, дневник мочеиспускания и тест с прокладкой (pad-test) для оценки недержания мочи | Сильная |
| Измерьте объем остаточной мочи при оценке недержания мочи | Сильная |
| Выполните уродинамические исследования при недержании мочи для рассмотрения вопроса об инвазивном лечении | Слабая |

Рекомендации по диагностической оценке недержания мочи у мужчин

| Рекомендации по простому клиническому вмешательству | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Предложите пациенту рекомендации по изменению образа жизни, которые могут улучшить состояние при недержании мочи; однако пациенты должны быть проинформированы о том, что доказательства необходимости этих вмешательств отсутствуют | Слабая |
| Пересмотрите прием любых лекарств, связанных с развитием или ухудшением недержания мочи | Слабая |
| Используйте прокладки и/или уропрезервативы в качестве паллиативного метода лечения недержания мочи | Слабая |



| Рекомендации по поведенческой и физической терапии | Сила рекомендации |
|---|-------------------|
| При необходимости опробуйте принудительное мочеиспускание (соблюдение пациентом согласованного с врачом плана мочеиспусканий) | Сильная |
| Предложите тренировку мочевого пузыря в качестве дополнительного лечения недержания мочи | Слабая |
| Предложите тренировку мышц тазового дна отдельно или в сочетании с биологической обратной связью и/или электростимуляцией мужчинам, перенесшим радикальную простатэктомию, чтобы ускорить восстановление удержания мочи | Слабая |

Рекомендации по фармакологическому лечению недержания мочи у мужчин

| Рекомендации по фармакологическому лечению недержания мочи у мужчин | Сила рекомендации |
|---|-------------------|
| Предложите антимускариновые препараты или мирабегрон взрослым с ургентным недержанием мочи, которым консервативное лечение не помогло | Сильная |
| Предложите дулоксетин мужчинам со стрессовым недержанием мочи | Слабая |
| Проинформируйте пациентов о возможных побочных эффектах дулоксетина и о том, что его применение запрещено по этим показаниям в Европе | Сильная |

Рекомендации по хирургическому лечению недержания мочи у мужчин

| Рекомендации по применению объемообразующих препаратов | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Не предлагайте объемообразующие препараты мужчинам с недержанием мочи после простатэктомии | Слабая |
| Рекомендации для мужских слингов | |
| Предлагайте нерегулируемые трансобтураторные слинги мужчинам с недержанием мочи легкой и средней степени тяжести* после простатэктомии | Слабая |
| Проинформируйте мужчин о том, что тяжелое недержание мочи, предшествующая лучевая терапия органов малого таза или трансуретральная хирургия могут ухудшить исход операции с нерегулируемым мужским слингом | Слабая ■ |

| Рекомендации по компрессионным устройствам | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Предложите искусственный сфинктер мочевого пузыря мужчинам со стрессовым недержанием мочи средней и тяжелой степени | Сильная |
| Имплантация искусственного сфинктера мочевого пузыря или ProACT® для мужчин должна предлагаться только в специализированных центрах | Слабая |
| Предупредите мужчин, перенесших имплантацию искусственного сфинктера мочевого пузыря или имплантацию ProACT®, что, хотя может быть достигнут положительный эффект лечения, существует высокий риск осложнений, механических повреждений и необходимости удаления имплантов | Сильная |
| Не предлагайте некруговое компрессионное устройство (ProACT®) мужчинам после лучевой терапии органов малого таза | Слабая |

*термины «легкое» и «умеренное» недержание мочи после простатэктомии (ИПП) остаются неопределенными

Рекомендации по хирургическому лечению ургентного недержания мочи у мужчин

| Рекомендации по введению ботулотоксина в стенку мочевого пузыря | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Предложите инъекции онаботулиnumтоксина в стенку мочевого пузыря (100 ЕД) пациентам с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП)/ургентным недержанием мочи (УНМ), резистентным к медикаментозной терапии | Слабая |
| Предупредите пациентов об ограниченной продолжительности ответа, риске инфекции мочевыводящих путей и возможной длительной необходимости периодической самокатетеризации в стерильных условиях (убедитесь, что пациенты хотят и могут это сделать) | Сильная |
| Рекомендации по стимуляции крестцового нерва | |
| Предложите стимуляцию крестцового нерва пациентам, у которых УНМ невосприимчиво к медикаментозной терапии и которые готовы подвергнуться хирургическому лечению | Слабая ■ |

| Рекомендации по цистопластике | Сила рекомендации |
|--|-------------------|
| Предложите аугментационную цистопластику пациентам с ГМП/УНМ, у которых не сработали все другие методы лечения и которые могут и желают выполнить самокатетеризацию | Слабая |
| Информируйте пациентов, которым проводится аугментационная цистопластика, о высоком риске осложнений; риске необходимости проведения периодической самокатетеризации в стерильных условиях и необходимости наблюдения в течение всей жизни | Сильная |
| Предлагайте отведение мочи только пациентам, которые не прошли менее инвазивные методы лечения ГМП/УНМ, которые согласятся на установку стомы | Слабая |

Наблюдение пациентов с недержанием мочи

Рекомендуемая стратегия наблюдения:

- Пациенты, которых лечат в режиме активного наблюдения, должны проходить обследование через **шесть месяцев, а затем ежегодно**, при условии, что симптомы не ухудшаются или не появляются абсолютные показания к хирургическому лечению.

- Пациенты, получающие $\alpha 1$ -адреноблокаторы, антагонисты мускариновых рецепторов, бета-3-агонисты, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа или их комбинацию, должны пройти обследование через **четыре-шесть недель после начала приема препарата**. Если у пациентов наблюдается облегчение симптомов без неприятных побочных эффектов, медикаментозная терапия может быть продолжена. Пациенты должны проходить обследование через шесть месяцев, а затем ежегодно, при условии, что симптомы не ухудшаются или не появляются абсолютные показания к хирургическому лечению.

- Пациенты, получающие ингибиторы 5 α -редуктазы, должны проходить обследование через **двенадцать недель и шесть месяцев**, чтобы определить их реакцию и побочные явления.

- Пациенты, получающие десмопрессин: концентрацию натрия в сыворотке крови следует измерять **на третий и седьмой день и через один месяц**, а затем, если концентрация натрия в сыворотке крови остается нормальной, ■

каждые три месяца; последовательность наблюдения следует возобновлять после увеличения дозы.

- Пациенты после операции на предстательной железе должны пройти обследование через **четыре-шесть недель** после удаления катетера, чтобы оценить реакцию на лечение и побочные эффекты. Если у пациентов наблюдается облегчение симптомов и отсутствуют побочные эффекты, дальнейшее обследование не требуется. ■

| Рекомендации по наблюдению | Сила рекомендации |
|---|-------------------|
| Наблюдайте за всеми пациентами, получающими консервативное, медикаментозное или хирургическое лечение | Слабая |
| Определите интервалы наблюдения и обследования в соответствии с конкретным лечением | Слабая |

Читателям настоятельно рекомендуется ознакомиться с полной версией Руководства, в котором представлены эффективность, безопасность и рекомендации по каждому виду лечения

Перевод и адаптация – команда Уровеб



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 от 0,7–1,8 мл/с по сравнению с исходным уровнем)²

Тамсулозин OCAS™ 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

MAT-RU-OMNOCAS-2023-00015_MAR-2023

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

* OCAS – 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

Etta

ПОРТАТИВНЫЙ АНАЛИЗАТОР «ЭТТА АМП-01»

Создан для дома, точен как лаборатория!



ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗ МОЧИ

- > Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- > Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях

ОПИСАНИЕ



- Доказано соответствие лабораторному оборудованию
- Результат за 60 секунд
- Доступна вся история анализов
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер или электронную почту
- Компактен, помещается в карман, легко взять в дорогу
- Не нужно использовать специальные приспособления для сбора мочи у младенцев

11 исследуемых параметров

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)



КАК ПРИОБРЕСТИ

Телефон для заказа: **+7 (926) 017-52-14**
info@ettagroup.ru

Приложение ETТА доступно для iOS и Android:



Производитель ООО «ЭТТА» ettagroup.ru

Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор: Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Зам. главного редактора: Сивков Андрей Владимирович
- »» Шеф-редактор: Шадеркин Игорь Аркадьевич

Специальные корреспонденты:

- » Красняк Степан Сергеевич
- » Сырова Мария Руслановна
- »» Дизайн и верстка: Белова Оксана Анатольевна
- »» Корректор: Лебедева Надежда Алексеевна

Тираж 3000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105094, г. Москва, Золотая улица, 11. БЦ «Золото», офис 2512

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

E-mail: info@uromedia.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна! В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.

Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель. Материал подлежит распространению исключительно в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.



Издательский дом «УроМедиа»

Москва, 2023