

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Клинические
рекомендации
ЕАУ-2023
по инфекциям
мочевых путей

СНМП/ДГПЖ:
фокус на
доказательность

Рецидивирующие
аногенитальные бородавки:
что может уролог?

ТЕМА НОМЕРА:

ЗОЛУТУХИН О.В.: УРОЛОГИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

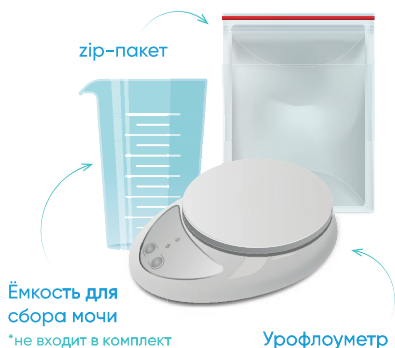


ПОРТАТИВНЫЙ УРОФЛОУМЕТР «ФЛОУСЕЛФИ»

- › 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.



zip-пакет

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:

·»» Урологическая помощь в Воронежском регионе - 2023 г.....	2
·»» Клинические рекомендации ЕАУ-2023 по инфекциям мочевых путей.....	8
·»» СНМП/ДГПЖ: фокус на доказательность.....	30
·»» Рецидивирующие аногенитальные бородавки: что может уролог?.....	40
·»» Недооцененное осложнение чистой интермиттирующей катетеризации... ..	48
·»» Острый пиелонефрит: роль ультразвукового исследования с контрастным усилением (CEUS).....	50
·»» Результаты инцизии шейки мочевого пузыря во время гольмиевой лазерной энуклеации предстательной железы.....	52
·»» Вакцины в лечении рака предстательной железы.....	54
·»» Научное авторство в урологии: гендерный вклад.....	56
·»» Семейный анамнез, ожирение, урологические состояния и противодиабетические препараты - связь с риском диагностики рака предстательной железы.....	58
·»» Экономическая эффективность диагностики рака предстательной железы.....	68
·»» Механизм уросепсиса: взаимосвязь между внутривисочечным давлением и пиеловенозным обратным кровотоком.....	70
·»» Новости Флоуселфи	72

Урологическая помощь в Воронежском регионе – 2023 г.



О.В. Золотухин

Д.м.н., доцент кафедры онкологии и специализированных хирургических дисциплин ИДПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, главный внештатный специалист уролог ДЗ ВО, заместитель главного врача БУЗ ВО ВОКБ №1

Воронежский урологический форум, который впервые состоялся 15 июня 2023 года в г. Воронеж, объединил в зале 120 урологов региона, а также специалистов Курской, Белгородской, Ивановской, Тамбовской, Ростовской, Липецкой областей и города Москвы. Еще 261 специалист смотрели онлайн трансляцию мероприятия на Uro.TV.

Главный внештатный специалист уролог ДЗ Воронежской области Золотухин Олег Владимирович в своем программном докладе поделился результатами пилотной Программы «Урология», разработанной и осуществленной ФГБУ «НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина» при поддержке правительства Воронежской области, Департаментом здравоохранения ВО и кафедрой урологии Воронежской медицинской академии.

Программа стартовала в 2010 году в Воронежской области в рамках Национального проекта «Здоровье», и сейчас, спустя 13 лет, можно четко увидеть ее результаты. Суть Программы состояла в организации медицинской урологической помощи согласно принципам профилактики и раннего активного выявления заболеваний, стандартизации, организации контроля качества медицинской помощи, оптимизации финансовых затрат государства на здравоохранение.

На момент 2023 года урологическая служба Воронежской области представлена 2-мя отделениями урологии в областной клинической больнице (ОКБ), 4-мя отделениями срочной урологической помощи в Воронеже и 6-ю межрай-

онными центрами в районах области. Олег Владимирович отметил, что количество урологов в городских стационарах и поликлиниках соответствует нормативам и составляет 125 специалистов. Вместе с тем наблюдается недостаточное количество врачей в районах области.

В 2010 году структура урологической помощи включала 2 отделения Воронежской областной больницы, 4 отделения в городе и только 2 муниципальных отделения в Лисках и Россоши. Жители других районов области имели трудности в получении специализированной медицинской помощи. Отсутствие в системе оказания помощи межрайонных отделений, дефицит специалистов первичного звена и врачей урологов, низкий уровень подготовки специалистов первичного звена привел к снижению доступности и качества специализированной помощи, высокой запущенности урологических заболеваний. Также в 2010 году наблюдалось отсутствие четких рекомендаций по диагностике, лечению и маршрутизации, что приводило к высоким затратам на диагностику, лечение и высокому проценту «запущенных» и «осложненных» пациентов. Как следствие, отмечалась низкая доступность и удовлетворенность населения качеством урологической помощи.

Для улучшения ситуации была введена трехуровневая система оказания помощи:

- 1 уровень: первичное звено – хирурги (урологи) районной поликлиники;
- 2 уровень: межрайонные урологические центры;
- 3 уровень: региональный (областной, краевой, республиканский) урологический центр; центр оказания ВМП – экспертный центр оценки качества оказания урологической помощи.

В 2023 году в области функционирует 57 единиц первого уровня, 7 межрайонных и 3 региональных урологических центра.

Выявлены ключевые показатели эффективности:

- Активное раннее выявление урологической патологии;
- Инвалидизация;
- Летальность; ■

Трехуровневая система



- Временная нетрудоспособность;
- Экономические расходы на диагностику и лечение;
- Удовлетворенность пациентов оказанной урологической помощью;
- Послеоперационные осложнения.

Результаты реализации Программы в 2010–2015 гг. продемонстрировали, что хирургическая активность повысилась на 69,3%, уровень радикальных вмешательств – на 84,3%, соотношение «плановые/срочные» операции распределилось в сторону плановых (57,4% / 45,3%), увеличилось количество операций для жителей «своего» района на 65,3%, «прикрепленных» районов на 77,97%. Говоря о поликлинической работе, повысился уровень оказания помощи жителям «прикрепленных» районов на 82,7%, увеличилось количество принятых

пациентов на 51,2%. Послеоперационные осложнения при раке предстательной железы и ДГПЖ снизились на 3-5%.

С 2013 года проводились тематические образовательные мероприятия «Школа Урологии» для дополнительного обучения специалистов медицинских организаций различного уровня по оказанию урологической помощи. Уровень знаний специалистов первичного звена повысился на 40%. За счет преобразования ургентной помощи в плановую, уровень финансовых затрат снизился. Показатели летальности и инвалидизации также снизились.

Количество пациентов с раком предстательной железы, находящихся под наблюдением, с 2010 года увеличилось в 3 раза за счет улучшения диагностики. В период работы над ранним выявлением заболевания повысилось количество пациентов с РПЖ 1-2 стадии. Что касается «запущенных» пациентов с ДГПЖ, к 2016 году количество выполненных эпицистостомий снизилось в два раза, однако в 2022 году число операций вернулось к прежним значениям.

Количество выполненных аденомэктомий по учреждениям за 4 года



Количество выполненных эпицистотомий по учреждениям за 4 года



Количество выполненных трансуретральных резекций предстательной железы по учреждениям за 4 года



В 2015-2016 году выполнялось 800 трансуретральных резекций (ТУР) предстательной железы при ДГПЖ. В 2020-2021 году количество операций уменьшилось, в 2022 году выполнено около 500 ТУР. Аналогичная ситуация наблюдается с динамикой выполненных аденомэктомий. С 2020 года количество радикально пролеченных пациентов снизилось, а количество «запущенных» пациентов выросло. Задержка диагностики, вызванная пандемией COVID-19, привела к увеличению смертности от рака предстательной железы за 2 года на 17,2%. Олег Владимирович считает, что количество «запущенных» пациентов обусловлено не только эпидемиологической ситуацией, но и текущей организацией урологической помощи. Для исправления ситуации в 2022 году был обновлен приказ «О порядке взаимодействия учреждений здравоохранения Воронежской области при оказании медицинской помощи пациентам с урологическими заболеваниями и заболеваниями в сфере репродуктивного здоровья.» Изменилась схема маршрутизации, в Борисоглебске введен дополнительный межрайонный урологический центр.

Завершая выступление, Олег Владимирович упомянул о скорой реализации проекта по активному выявлению урологических заболеваний, в особенности заболеваний предстательной железы и мочекаменной болезни, что позволит оптимизировать оказание помощи урологическим пациентам в Воронежской области. ■

Материал подготовила Шадеркина В.А.

Смотреть видео можно тут:





Клинические рекомендации ЕАУ-2023 по инфекциям мочевых путей



Группа экспертов Европейской ассоциации урологии (ЕАУ) по урологическим инфекциям составила данные клинические рекомендации, чтобы предоставить медицинским работникам научно обоснованную информацию и рекомендации по профилактике и лечению инфекций мочевых путей (ИМП). Эти рекомендации также направлены на рассмотрение важных аспектов общественного здравоохранения – инфекционного контроля и рационального использования противомикробных препаратов.

Антимикробный контроль

Программы «Stewardship» предусматривают два основных раздела. Первый раздел предусматривает использование рекомендованной помощи на уровне пациента в соответствии с клиническими рекомендациями. Второй раздел описывает стратегии достижения приверженности клиническим рекомендациям.





Они включают в себя убеждающие действия, такие как обучение и обратная связь, а также ограничение доступности в соответствии с местными фармакологическими формулярами.

Важными компонентами программ рационального использования противомикробных препаратов являются:

- регулярное обучение персонала оптимальному использованию противомикробных препаратов;
- соблюдение местных, национальных или международных рекомендаций;
- регулярные посещения отделений и консультации с врачами-инфекционистами и клиническими микробиологами;
- аудит соблюдения правил и результатов лечения;
- регулярный мониторинг и обратная связь с назначающими врачами в отношении их эффективности и профилей резистентности местных патогенов.

11 марта 2019 года Европейская комиссия ввела строгие регуляторные условия в отношении использования фторхинолонов в связи с их инвалидизирующими и отдаленными побочными эффектами. Это юридически обязательное решение действует во всех странах ЕС. Национальные органы власти призваны обеспечить выполнение этого постановления и принять все необходимые меры для содействия правильному использованию этого класса антибиотиков.

Асимптоматическая бактериурия

Асимптоматическая (бессимптомная) бактериурия у пациента без симптомов со стороны мочевыводящих путей определяется при исследовании средней порции мочи, в которой обнаружен рост бактерий $\geq 10^5$ КОЕ/мл в двух последовательных образцах у женщин и в одном образце у мужчин. ■



Рекомендации по бессимптомной бактериурии	Сила рекомендации
<p>Не проводите скрининг или лечение бессимптомной бактериурии при следующих состояниях:</p> <ul style="list-style-type: none">• женщины без факторов риска;• пациенты с хорошо контролируемым сахарным диабетом;• женщины в постменопаузе;• пожилые госпитализированные пациенты;• пациенты с дисфункциональными и/или реконструированными нижними мочевыми путями;• пациенты с трансплантацией почек;• пациенты перед операциями по артропластике;• пациенты с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей	Сильная
<p>Проводите скрининг и лечение бессимптомной бактериурии перед урологическими процедурами, нарушающими слизистую оболочку.</p>	Сильная
<p>Проводите скрининг и лечение бессимптомной бактериурии у беременных женщин с помощью стандартного короткого курса лечения.</p>	Слабая

Неосложненный цистит

Неосложненный цистит определяется как острый, спорадический или рецидивирующий цистит у небеременных женщин без анатомических функциональных аномалий мочевыводящих путей или сопутствующих заболеваний.

Рекомендации по диагностике неосложненного цистита	Сила рекомендации
<p>Диагностировать неосложненный цистит у женщин, не имеющих других факторов риска развития осложненных инфекций мочевыводящих путей, на основании:</p> <ul style="list-style-type: none">• целенаправленного анамнеза симптомов нижних мочевых путей (дизурия, частота и urgency);• отсутствие вагинальных выделений или раздражения	Сильная
<p>Для диагностики острого неосложненного цистита используйте анализ мочи.</p>	Сильная
<p>Посевы мочи следует проводить в следующих ситуациях:</p> <ul style="list-style-type: none">• подозрение на острый пиелонефрит;• симптомы, которые не проходят или повторяются в течение четырех недель после завершения лечения;• женщины, у которых наблюдаются атипичные симптомы;• беременные женщины	Слабая



При неосложненном цистите фторхинолон следует использовать только в тех случаях, когда применение других антибактериальных средств, обычно рекомендуемых для лечения этих инфекций, считается нецелесообразным. ■

Рекомендации по антимикробной терапии при неосложненном цистите	Сила рекомендации
Назначайте фосфомицина трометамол, пивмециллинам или нитрофурантоин в качестве терапии 1-й линии неосложненного цистита у женщин	Сильная
Не используйте аминопенициллины или фторхинолоны для лечения неосложненного цистита	Сильная

Таблица 1. Предлагаемые схемы антимикробной терапии при неосложненном цистите

Антимикробные препараты	Суточная доза (СД)	Продолжительность терапии	Комментарии
1я линия терапии у женщин			
Фосфомицина трометамол	3 г однократно	1 день	Рекомендуется только женщинам с неосложненным циститом
Нитрофурантоин макрокристалл	50-100 мг 4 раза в день	5 дней	
Нитрофурантоин моногидрат/макрокристаллы	100 мг 2 в день	5 дней	
Нитрофурантоин макрокристалл пролонгированного действия	100 мг 2 в день	5 дней	
Пивмециллинам	400 мг 3 в день	3-5 дней	
Альтернатива			
Цефалоспорины (например, цефадроксил)	500 мг 3 в день	3 дня	Или сопоставимо
Если уровень местной резистентности для <i>E. coli</i> составляет < 20%			
Триметоприм	200 мг 2 в день	5 дней	Не в первый триместр беременности
Триметоприм – сульфаметоксазол	160/800 мг 2 в день	3 дня	Не в последний триместр беременности
Лечение у мужчин			
Триметоприм – сульфаметоксазол	160/800 мг 2 в день	7 дней	Ограничение для мужчин, фторхинолоны также могут быть назначены в соответствии с местными тестами на восприимчивость.



Рецидивирующие ИМП

Рецидивирующие ИМП (РИМП) – это рецидивы неосложненных и/или осложненных ИМП с частотой не менее трех ИМП/год или двух ИМП за последние шесть месяцев.

Рекомендации по диагностической оценке и лечению РИМП	Сила рекомендации
Диагностировать рецидивирующую ИМП с помощью посева мочи	Сильная
Не проводите обширное плановое обследование (например, цистоскопию, УЗИ всей брюшной полости) у женщин моложе 40 лет с рецидивирующими ИМП и без факторов риска	Слабая
Посоветуйте женщинам в пременопаузе увеличить потребление жидкости, так как это может снизить риск повторных ИМП	Слабая
Используйте интравагинальное применение эстрогена у женщин в постменопаузе для профилактики рецидивирующих ИМП	Сильная
Используйте иммуноактивную профилактику для снижения частоты рецидивирующих ИМП во всех возрастных группах	Сильная
Посоветуйте пациентам использовать местный или пероральный пробиотик, содержащий штаммы с доказанной эффективностью, для восстановления флоры влагалища с целью профилактики ИМП	Слабая
Советуйте пациентам употреблять препараты с клюквой для снижения частоты рецидивов ИМП; однако пациенты должны быть проинформированы о том, что качество доказательств, подтверждающих это, низкое, и данные противоречивы	Слабая
Используйте D-маннозу для уменьшения количества повторных эпизодов ИМП, но пациенты должны быть проинформированы о противоречивости доказательств ее эффективности	Слабая
Используйте метенамина гиппурат* для снижения частоты рецидивов ИМП у женщин без аномалий мочевыводящих путей	Сильная
Используйте внутрипузырные инстилляции гиалуроновой кислоты или комбинации гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфата для профилактики рецидивирующих ИМП у пациентов, у которых менее инвазивные профилактические методы оказались безуспешными. Пациенты должны быть проинформированы о необходимости проведения дальнейших исследований для подтверждения результатов первых испытаний	Слабая
Используйте постоянную или посткоитальную антимикробную профилактику для предотвращения рецидива ИМП, если неантимикробные мероприятия не дали результата. Проконсультируйте пациентов относительно возможных побочных эффектов	Сильная
Для пациентов с хорошей комплаентностью следует рассмотреть возможность самостоятельного назначения краткосрочной антимикробной терапии	Слабая

* Метенамина гиппурат (Уротропин) – препарат разлагается в моче с образованием формальдегида, токсичен и может вызывать химический геморрагический цистит. Тем не менее в эпоху применения метенамин хорошо переносился и снижал частоту инфекции мочевых путей у пациентов с трансплантированной почкой (прим. Редакции УроФеб) <https://cyberleninka.ru/article/n/antibakterialnye-metody-profilaktiki-i-lecheniya-retsidiviruyuschih-infektsiy-nizhnih-mochevykh-putej?ysclid=lfcl99y4zu955130332>





Профилактика рецидивирующих ИМП включает консультирование врачом по вопросам факторов риска развития рецидивов, неантимикробной и антимикробной профилактики. Эти вмешательства следует предпринимать в указанном порядке. Любой урологический фактор риска должен быть своевременно диагностирован и по возможности устранен.

Антимикробные препараты для профилактики РИМП

Антимикробная профилактика, а также посткоитальная профилактика рекомендованы только в случае, когда и поведенческие изменения, и неантимикробные стратегии оказались безуспешными. Выбор антибактериального препарата должен быть основан на локальном профиле резистентности.

Рекомендованные Европейской урологической ассоциацией схемы включают фосфомицина трометамол 3 г каждые 10 дней.

Неосложненный пиелонефрит

Неосложненный пиелонефрит определяется как пиелонефрит у небеременных, пременопаузальных женщин без урологических отклонений или сопутствующих заболеваний. ■

Рекомендации по диагностической оценке неосложненного пиелонефрита	Сила рекомендации
Проведите анализ мочи (например, методом измерения с помощью тест-полосок), включая оценку лейкоцитов, эритроцитов и нитритов, для обычной диагностики	Сильная
Проведите посев мочи и анализ на чувствительность к противомикробным препаратам у пациентов с пиелонефритом	Сильная
Выполните УЗ-сканирование мочевыводящих путей для исключения неотложных урологических заболеваний	Сильная



Клинические рекомендации

Рекомендации по лечению неосложненного пиелонефрита	Сила рекомендации
Лечите пациентов с неосложненным пиелонефритом, не требующим госпитализации, коротким курсом фторхинолонов в качестве 1-й линии терапии	Сильная
Пациентов с неосложненным пиелонефритом, требующим госпитализации, вначале следует лечить внутривенными антимикробными препаратами	Сильная
Переведите пациентов, первоначально получавших парентеральную терапию, достигших клинического улучшения и способных переносить пероральные жидкости, на пероральную антимикробную терапию	Сильная
Не используйте нитрофурантоин, пероральный фосфомицин и пивмециллин для лечения неосложненного пиелонефрита	Сильная

Таблица 2. Предлагаемые схемы эмпирической пероральной антимикробной терапии при неосложненном пиелонефрите

Антимикробные препараты	Суточная доза (СД)	Продолжительность терапии	Комментарии
Ципрофлоксацин	500-750 мг 3 в день	7 дней	Устойчивость к фторхинолонам должна составлять менее 10%
Левифлоксацин	750 мг каждый день	5 дней	
Триметаприма сульфаметоксазол	160/800 мг 2 в день	14 дней	Если такие препараты используются эмпирически, следует ввести начальную внутривенную дозу парентерального антимикробного препарата длительного действия (например, цефтриаксона)
Цефподоксим	200 мг 2 в день	10 дней	
Цефтибутен	400 мг каждый день	10 дней	

Таблица 3. Предлагаемые схемы эмпирической парентеральной антимикробной терапии при неосложненном пиелонефрите

Антимикробные препараты	Суточная доза (СД)	Комментарии
1я линия терапии		
Ципрофлоксацин	400 мг 2 в день	
Левифлоксацин	750 мг каждый день	
Цефотаксим	2 г 3 раза в день	Не изучался в качестве монотерапии при остром неосложненном пиелонефрите
Цефтриаксон	1-2 г каждый день	Изучена более низкая доза, но рекомендуется более высокая доза
Вторая линия терапии		
Цефепим	1-2 г 2 в день	Изучена более низкая доза, но рекомендуется более высокая доза
Пиперациллин/тазобактам	2,5-4,5 г 3 раза в день	
Гентамицин	5 мг/кг веса каждый день	Не изучался в качестве монотерапии при остром неосложненном пиелонефрите ■
Амикацин	15 мг/кг каждый день	



Альтернативы в поздние сроки		
Имипенем/ циластатин	0,5 г 3 раза в день	Рассматривать только у пациентов с ранними результатами культивирования, указывающими на наличие организмов с множественной лекарственной устойчивостью
Меропенем	1 г 3 раза в день	
Цефтолозан/ тазобактам	1,5 г 3 раза в день	
Цефтазидим/ авибактам	2,5 г 3 раза в день	
Цефидерокол	2 г 3 раза в день	
Меропенем – ваборбактам	2 г 3 раза в день	
Плазомицин	15 мг/кг 1 раз в день	

Осложненные ИМП

Осложненная ИМП (ОИМП) возникает у человека, у которого факторы, связанные с организмом (например, диабет или иммуносупрессия), или специфические анатомические или функциональные аномалии мочевыводящих путей (например, обструкция, неполное опорожнение из-за дисфункции мышц детрузора) приводят к инфекции, которую будет сложнее устранить, чем неосложненную инфекцию. ■

Рекомендации по лечению осложненных ИМП	Сила рекомендации
Используйте комбинацию из: <ul style="list-style-type: none"> • амоксициллин + аминогликозид; • цефалоспорин II поколения + аминогликозид; • цефалоспорин III поколения внутривенно в качестве эмпирической терапии осложненного ИМП с общими (системными) проявлениями 	Сильная
Используйте ципрофлоксацин только при условии, что процент местной резистентности составляет < 10%, когда: <ul style="list-style-type: none"> • весь курс лечения проводится перорально; • пациенту не требуется госпитализация; • у пациента имеется анафилаксия на бета-лактамы антимикробные препараты 	Сильная
Не используйте ципрофлоксацин и другие фторхинолоны для эмпирического лечения осложненных ИМП у пациентов из урологических отделений или если пациенты использовали фторхинолоны в течение последних 6 месяцев	Сильная
Устраните любую урологическую патологию и/или основные осложняющие факторы	Сильная



Катетер-ассоциированные ИМП

Катетер-ассоциированные ИМП (КАИМП) – это ИМП, возникающие у человека, мочеиспускательный канал которого в настоящее время катетеризирован или был катетеризирован в течение последних 48 часов.

Рекомендации по диагностической оценке КАИМП	Сила рекомендации
Не проводите рутинный бакпосев мочи у бессимптомных катетеризированных пациентов	Сильная
Не используйте пиурию как единственный показатель катетер-ассоциированной ИМП	Сильная
Не используйте наличие или отсутствие мочи с неприятным запахом или мутной мочи как единственного симптома для дифференциальной диагностики бессимптомной бактериурии, связанной с катетером, от ИМП, связанной с катетером	Сильная

Рекомендации по лечению и профилактике КАИМП	Сила рекомендации
Лечите симптоматические катетер-ассоциированные ИМП в соответствии с рекомендациями для осложненных ИМП	Сильная
Возьмите мочу на бакпосев перед началом антимикробной терапии у катетеризированных пациентов, у которых катетер был удален	Сильная
Не лечите катетер-ассоциированную бессимптомную бактериурию рутинно	Сильная
Лечите катетер-ассоциированную бессимптомную бактериурию перед травматическими вмешательствами на мочевых путях (например, трансуретральной резекцией предстательной железы)	Сильная
Замените или удалите катетер перед началом антимикробной терапии	Сильная
Не наносите антисептики или противомикробные препараты местного действия на катетер, уретру или меатус	Сильная
Не используйте профилактические антимикробные препараты для предотвращения катетер-ассоциированных ИМП	Сильная
Не следует регулярно использовать антибиотикопрофилактику для предотвращения клинических ИМП после удаления уретрального катетера	Слабая
Продолжительность катетеризации должна быть минимальной	Сильная
Используйте катетеры с гидрофильным покрытием, чтобы уменьшить количество катетер-ассоциированных ИМП	Сильная
Не следует регулярно использовать антибиотикопрофилактику для предотвращения клинических ИМП после удаления уретрального катетера или у пациентов, проводящих периодическую самокатетеризацию	Слабая





Уросепсис

Уросепсис определяется как угрожающая жизни дисфункция органов, вызванная дисрегуляцией ответа хозяина на инфекцию, исходящую из мочевыводящих путей и/или мужских половых органов. ■

Рекомендации по диагностике и лечению уросепсиса	Сила рекомендации
Проведите оценку по шкале быстрой SOFA* для выявления пациентов с потенциальным сепсисом	Сильная
Перед началом антимикробного лечения возьмите бакпосев мочи и два образца крови для бакпосева	Сильная
Ввести парентерально высокую дозу антимикробных препаратов широкого спектра действия в течение первого часа после клинического предположения о сепсисе	Сильная
Адаптировать начальную эмпирическую антимикробную терапию на основе результатов бактериологического исследования	Сильная
Начать поиск и устранение источника, включая удаление инородных тел, декомпрессию обструкции и дренирование абсцессов в мочевыводящих путях	Сильная
Немедленно принять адекватные меры по поддержанию жизни	Сильная

* Быстрая оценка SOFA (quickSOFA или qSOFA) была представлена группой Sepsis-3 в феврале 2016 года как упрощенная версия шкалы SOFA как начальный способ выявления пациентов из группы высокого риска с инфекциями. (Прим. редакции Уровев).

Таблица 4. Предлагаемые схемы эмпирической парентеральной антимикробной терапии при неосложненном пиелонефрите

Антимикробные препараты	Суточная доза	Комментарии
Цефотаксим	2 г 3 раза в день	7-10 дней Более длительные курсы целесообразны для пациентов с медленным клиническим ответом
Цефтазидим	1-2 г 3 раза в день	
Цефтриаксон	1-2 г каждый день	
Цефепим	2 г 2 в день	
Пиперациллин/ тазобактам	4,5 г 3 в день	
Цефтолозан/ тазобактам	1,5 г 3 в день	
Цефтазидим/ авибактам	2,5 г 3 в день	
Гентамицин*	5 мг/кг каждый день	
Амикацин*	15 мг/кг каждый день	
Эртапенем	1 г каждый день	
Имипенем/ циластатин	0,5 г 3 в день	
Меропенем	1 г 3 в день	

* Не изучался в качестве монотерапии при уросепсисе





Уретрит

Воспаление уретры обычно сопровождается симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и должно дифференцироваться от других инфекций нижних мочевых путей. Следующие рекомендации основаны на обзоре нескольких европейских национальных руководств и согласуются с руководством Центра по контролю заболеваний, передающихся половым путем.

Рекомендации по диагностике и антимикробному лечению уретрита	Сила рекомендации
Проведите окрашивание по Грамму выделений из уретры или мазка из уретры, чтобы предварительно диагностировать гонококковый уретрит	Сильная
Проведите валидированный тест амплификации нуклеиновых кислот (NAAT) в образце первой порции мочи или мазке из уретры до начала эмпирического лечения для диагностики хламидийной и гонококковой инфекций	Сильная
Отложите лечение до получения результатов NAAT, чтобы руководствоваться ими при выборе лечения у пациентов с легкими симптомами	Сильная
Перед началом лечения у пациентов с положительным результатом NAAT на гонорею провести посев мазка из уретры, чтобы оценить профиль устойчивости инфекционного штамма к противомикробным препаратам	Сильная
Применяйте лечение против патогенов на основе данных о местной устойчивости	Сильная
С сексуальными партнерами следует обращаться, соблюдая конфиденциальность пациента	Сильная

Таблица 5. Предлагаемые схемы антимикробной терапии при уретрите

Патоген	Антимикробная	Альтернативные схемы лечения
Гонококковая инфекция	Цефтриаксон: 1 г внутримышечно или внутривенно, однократно Азитромицин: 1 г п/о, однократно	<ul style="list-style-type: none"> • Цеффиксим 400 мг per os однократно + Азитромицин 1 г per os однократно В случае аллергии на цефалоспорины: • Гентамицин 240 мг внутривенно однократно + Азитромицин 2 г per os однократно • Гемифлоксацин 320 мг per os однократно + Азитромицин 2 г per os однократно • Спектиномицин 2 г внутривенно, однократно • Фосфомицин трометамол 3 г в/в, в дни 1, 3 и 5. В случае аллергии на Азитромицин, в комбинации с цефтриаксоном или цеффиксимом: • Доксициклин 100 мг 2 раза в день, per os, 7 дней

Таблица 5. Предлагаемые схемы антимикробной терапии при уретрите

Патоген	Антимикробная	Альтернативные схемы лечения
Негонококковая инфекция (неидентифицированный возбудитель)	Доксициклин: 100 мг два раза в день, per os, 7 дней	Азитромицин 500 мг per os, день 1, 250 мг per os, 4 дня
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Азитромицин: 1,0-1,5 г per os, однократно ИЛИ Доксициклин: 100 мг 3 раза в день, per os, в течение 7 дней	<ul style="list-style-type: none"> • Левофлоксацин 500 мг per os, ежедневно, 7 дней • Офлоксацин 200 мг per os, 3 раза в день, 7 дней
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Азитромицин: 500 мг per os, день 1, 250 мг per os, 4 дня	В случае резистентности к макролидам: • Моксифлоксацин 400 мг каждые сутки, 7-14 дней
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Доксициклин: 100 мг два раза в день per os, 7 дней	Азитромицин 1,0-1,5 г per os, однократно
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Метронидазол: 2 г per os, однократно Тинидазол: 2 г per os, однократно	Метронидазол 500 мг per os, 2 раза в день, 7 дней
Персистирующий негонекокковый уретрит		
После первой линии доксициклина	Азитромицин: 500 мг per os, день 1, 250 мг per os, 4 дня + Метронидазол: 400 мг два раза в день per os, 5 дней	Если обнаружена устойчивость к макролидам при обнаружении <i>M. genitalium</i> , моксифлоксацин следует заменить азитромицином
После первой линии азитромицина	Моксифлоксацин: 400 мг per os, каждые сутки, 7-14 дней + Метронидазол: 400 мг 2 раза в день per os, 5 дней	

* Несмотря на отсутствие РКИ, появляется все больше доказательств того, что внутривенное лечение цефтриаксоном безопасно и эффективно для лечения гонорейных инфекций и позволяет избежать дискомфорта для пациентов, связанного с внутримышечными инъекциями



Бактериальный простатит

Бактериальный простатит – это клиническое состояние, вызванное бактериальными патогенами. Урологам рекомендуется использовать классификацию, предложенную Национальным институтом диабета, болезней пищеварительной системы и почек Национального института здоровья, в которой бактериальный простатит с подтвержденной или подозреваемой инфекцией отделен от синдрома хронической тазовой боли (СХТБ).

Рекомендации по диагностике бактериального простатита	Сила рекомендации
Не проводите массаж предстательной железы при остром бактериальном простатите (ОБП)	Сильная
У пациентов с клиническим подозрением на ОБП сдайте анализ средней порции мочи на нитриты и лейкоциты	Слабая
Возьмите посев средней порции мочи у пациентов с симптомами ОБП для постановки диагноза и подбора антибиотикотерапии	Слабая
Возьмите посев крови и общий анализ крови у пациентов с ОБП	Слабая
Проведите точную микробиологическую оценку на наличие атипичных возбудителей, таких как <i>Chlamydia trachomatis</i> или <i>Mycoplasma</i> , у пациентов с хроническим бактериальным простатитом (ХБП)	Слабая
Проведите 2-х или 4-х стаканные пробы Meares и Stamey у пациентов с ХБП	Сильная
Проведите трансректальное УЗИ в отдельных случаях, чтобы исключить наличие абсцесса предстательной железы	Слабая
Не следует рутинно проводить микробиологический анализ только эякулята для диагностики ХБП	Слабая

Рекомендации по лечению бактериального простатита	Сила рекомендации
Острый бактериальный простатит (ОБП)	
Лечите острый бактериальный простатит в соответствии с рекомендациями для осложненного ИМП	Сильная
Хронический бактериальный простатит (ХБП)	
Назначайте фторхинолоны (например, ципрофлоксацин, левофлоксацин) в качестве первой линии лечения ХБП	Сильная
Назначьте макролид (например, азитромицин) или тетрациклин (например, доксициклин), если возбудителем ХБП были определены внутриклеточные бактерии	Сильная
Назначайте метронидазол пациентам с <i>Trichomonas vaginalis</i> ХБП	Сильная





Таблица 6. Предлагаемые схемы антимикробной терапии при хроническом бактериальном простатите (ХБП)

Антимикробные препараты	Суточная доза	Продолжительность терапии	Комментарии
Фторхинолон	Оптимальная суточная доза для приема внутрь	4-6 недель	
Доксициклин	100 мг 2 раза в день	5 дней	Только для <i>C. trachomatis</i> или микоплазмозов
Азитромицин	500 мг 1 раз в день	14 дней	Только для <i>C. trachomatis</i>
Метронидазол	500 мг 3 раза в день	10 дней	Только для <i>T. vaginalis</i>

Острый инфекционный эпидидимит

Острый эпидидимит клинически характеризуется болью, отеком и повышением температуры придатка, которые могут распространяться на яичко и кожу мошонки. Обычно он вызывается миграцией патогенных микроорганизмов из уретры или мочевого пузыря. Перекрут семенного канатика (перекрут яичка) является наиболее важным дифференциальным диагнозом у мальчиков и юношей. ■

Рекомендации по диагностике и лечению острого инфекционного эпидидимита	Сила рекомендации
Получите среднюю порцию мочи и первую порцию мочи для идентификации патогенов с помощью посева и теста на амплификацию нуклеиновых кислот	Сильная
Первоначально назначают один антибиотик или комбинацию двух антибиотиков, активных против <i>Chlamydia trachomatis</i> и <i>Enterobacterales</i> у молодых сексуально активных мужчин; у пожилых мужчин без сексуальных факторов риска необходимо учитывать только <i>Enterobacterales</i>	Сильная
При вероятности гонорейной инфекции назначьте однократную дозу цефтриаксона 500 мг внутримышечно или внутривенно* в дополнение к курсу антибиотика, активного против <i>Chlamydia trachomatis</i>	Сильная
Скорректируйте антибиотикотерапию при выявлении возбудителя и изменяйте ее продолжительность в зависимости от клинической реакции	Слабая
Соблюдайте национальную политику в отношении отчетности и отслеживания/лечения контактов при инфекциях, передающихся половым путем	Сильная

* Несмотря на отсутствие РКИ, появляется все больше доказательств того, что внутривенное лечение цефтриаксоном безопасно и эффективно для лечения гонорейных инфекций и позволяет избежать дискомфорта от внутримышечных инъекций для пациентов



Гангрена Фурнье

Гангрена Фурнье – это агрессивная и часто смертельная полимикробная инфекция мягких тканей промежности, перианальной области и наружных половых органов. Это анатомическая подкатегория некротизирующего фасциита, с которым она имеет общую этиологию и методы лечения.

Рекомендации по лечению гангрены Фурнье	Сила рекомендации
Начинайте лечение гангрены Фурнье с антибиотиков широкого спектра действия сразу после поступления, с последующим уточнением в зависимости от результатов культурального исследования и клинического ответа	Сильная
Начать повторную хирургическую санацию при гангрене Фурнье в течение 24 часов после поступления	Сильная
Не используйте дополнительные методы лечения гангрены Фурнье, кроме как в контексте клинических испытаний	Слабая

Таблица 7. Предлагаемые схемы антимикробной терапии при гангрене Фурнье смешанной микробиологической этиологии

Антимикробные препараты	Дозировка
Пиперациллин-тазобактам + ванкомицин	Ванкомицин 4,5г каждые 6-8 ч в/в, 15 мг/кг каждые 12 ч
Имипенем-циластатин	1 г каждые 6-8 ч в/в
Меропенем	1 г каждые 8 ч в/в
Эртапенем	1 г один раз в сутки
Гентамицин	5 мг/кг ежедневно
Цефотаксим + метронидазол или клиндамицин	2 г каждые 6 ч внутривенно, 500 мг каждые 6 ч внутривенно, 600-900 мг каждые 8 ч внутривенно
Цефотаксим + фосфомицин + метронидазол	2 г каждые 6 ч внутривенно, 5 г каждые 8 ч внутривенно, 500 мг каждые 6 ч внутривенно



Лечение вируса папилломы человека у мужчин

Вирус папилломы человека (ВПЧ) – один из наиболее часто передаваемых половым путем вирусов, включающий в себя как онкогенные (варианты низкого и высокого риска), так и неонкогенные вирусы. ■

Рекомендации по лечению аногенитальных бородавок	Сила рекомендации
Для лечения аногенитальных бородавок используйте крем имиквимод 5%, наносимый пациентом самостоятельно на все наружные бородавки на ночь 3 раза в неделю в течение 16 недель	Сильная
Применяйте синекатехины 15% или 10% самостоятельно, нанося их на все наружные бородавки 3 раза в день до полного очищения или в течение 16 недель для лечения аногенитальных бородавок	Сильная
Для лечения аногенитальных бородавок используйте подофиллотоксин 0,5%, самостоятельно наносимый на очаги поражения дважды в день в течение 3-х дней, затем 4 дня отдыха, в течение 4 или 5 недель	Сильная
Использовать криотерапию или хирургическое лечение (эксцизию, электрохирургию, электрокаутеризацию и лазерную терапию) для лечения аногенитальных бородавок на основе информированного обсуждения с пациентом	Сильная
Рекомендация мужского обрезания	
Обсудите с пациентами мужское обрезание в качестве дополнительного одноразового профилактического вмешательства в отношении заболеваний, связанных с ВПЧ	Сильная
Рекомендация терапевтической вакцинации против ВПЧ	
Предлагать вакцину против ВПЧ мужчинам после хирургического удаления анальной интраэпителиальной неоплазии высокой степени тяжести	Слабая
Рекомендации по профилактической вакцинации против ВПЧ	
Предлагать мальчикам раннюю вакцинацию против ВПЧ с целью установления оптимальной защиты, вызванной вакциной, до начала половой жизни	Сильная
Применять различные коммуникационные стратегии для повышения уровня знаний о вакцинации против ВПЧ среди молодых взрослых мужчин	Сильная



Туберкулез мочеполовой системы

Туберкулез мочеполовой системы может поражать все мочеполовые органы и почти всегда является вторичным вследствие гематогенного распространения хронической латентной туберкулезной инфекции.

Диагностика основывается на подозрении на инфекцию на основании истории болезни, микробиологических, молекулярных и гистологических исследований, а также результатов визуализации.

Как правило, пациенты поступают с неспецифическими урологическими жалобами, очевидная причина которых не установлена.

Из-за отсутствия высококачественных доказательств, группа экспертов не может дать рекомендации по хирургическому лечению и визуализационной диагностике на данный момент.

Рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза мочеполовой системы	Сила рекомендации
Диагноз	
Соберите полный анамнез, включая историю предыдущей туберкулезной инфекции (легочной и внелегочной), у всех пациентов с постоянными неспецифическими симптомами мочеполовой системы без установленной причины	Сильная
Проведите микроскопию мазков мочи, спермы, образцов тканей, выделений или секрета после массажа предстательной железы с использованием окрашивания по Цилю-Нильсену («ЦН») или аурамину у пациентов с подозрением на мочеполовой (урогенитальный) туберкулез (УГТБ)	Слабая
Исследуйте культуру кислотоустойчивых бактерий в трех средних порциях мочи последовательно в течение 3х дней для выделения <i>M. tuberculosis</i> у пациентов с подозрением на УГТБ	Сильная
Используйте ПЦР-тест в дополнение к микробиологическому референс-стандарту в образцах мочи в качестве диагностического теста у пациентов с признаками и симптомами УГТБ	Слабая
Используйте методы визуализации в сочетании с посевом и/или ПЦР, чтобы помочь в диагностике УГТБ и оценить расположение и степень повреждения мочеполовой системы	Слабая



Рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза мочеполовой системы	Сила рекомендации
Лечение	
В качестве первой линии лечения УГТБ используйте медикаментозное лечение	Сильная
Используйте ежедневную шестимесячную схему лечения вновь диагностированного УГТБ, которая должна включать интенсивную фазу продолжительностью два месяца с изониазидом, рифампицином, пиразинамидом и этамбутолом. Затем следует фаза продолжения лечения изониазидом и рифампицином в течение четырех месяцев	Сильная
Лечить УГТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) с помощью индивидуального режима лечения, включающего не менее 5-ти эффективных противотуберкулезных препаратов в интенсивной фазе, в том числе пиразинамид и 4 основных противотуберкулезных препарата второго ряда	Сильная

Таблица 8. Схемы лечения вновь диагностированного УГТБ и МЛУ-ТБ

Антимикробные препараты	Дозировка
Шестимесячная схема лечения недавно диагностированного ГУТБ	
Интенсивная двухмесячная стадия	
Изониазид	5 мг/кг каждые 24 ч; максимальная суточная доза 300 мг
Рифампицин	10 мг/кг каждые 24 ч; максимальная суточная доза 600 мг
Пиразинамид	25 мг/кг каждые 24 ч; максимальная суточная доза 2000 мг
Этамбутол	15-20 мг/кг каждые 24 ч; максимальная суточная доза от 800 мг до 1600 мг в зависимости от массы тела
Продолжение четырехмесячного этапа	
Изониазид	5 мг/кг каждые 24 ч; максимальная суточная доза 300 мг
Рифампицин	10 мг/кг каждые 24 ч; максимальная суточная доза 600 мг



Нарушения мочеиспускания

Антимикробные препараты	Дозировка
Схема лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)	
Лечить ТБ с множественной лекарственной устойчивостью с помощью индивидуального режима лечения, включающего не менее 5-ти эффективных противотуберкулезных препаратов в интенсивной фазе, в том числе пиразинамид и 4 основных противотуберкулезных препарата второго ряда*	
Фторхинолоны группы А	Левифлоксацин, Моксифлоксацин и Гатифлоксацин
Группа В – Инъекционные препараты второго ряда	Амикацин, капреомицин, канамицин и стрептомицин**
Группа С – Другие препараты второго ряда	Этионамид/протионамид, циклосерин/теризидон, линезолид и клофазимин
Группа D – Дополнительные препараты (не входящие в основной режим лечения МЛУ-ТБ)	D1: Пиразинамид, этамбутол и изониазид в высоких дозах D2: бедаквилин и делаמיד D3: р-аминосалициловая кислота, имипенем-циластатин, меропенем, амоксициллин-клавуланат и тиаоацетазон***

* Препараты должны быть выбраны следующим образом: 1 из группы А, 1 из группы В и не менее 2 из группы С. Если минимальное количество из пяти противотуберкулезных препаратов не может быть составлено из препаратов, включенных в группы от А до С, можно добавить агент из группы D2 и другие агенты из группы D3, чтобы довести общее количество до пяти.

**Стрептомицин может заменить другие инъекционные препараты, если ни один из этих препаратов не может быть использован и если показано, что штамм не является резистентным.

***Тиаоацетазон не следует применять, если пациент серопозитивен по ВИЧ

Антибиотикопрофилактика при урологических вмешательствах

Имеющиеся данные позволили комиссии выработать рекомендации относительно уродинамического исследования, цистоскопии, процедур, связанных с камнями (экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия, уретероскопия и чрескожная нефролитотомия), трансуретральной резекции предстательной железы, трансуретральной резекции мочевого пузыря и биопсии предстательной железы.





Рекомендации по антибиотикопрофилактике при урологических вмешательствах	Сила рекомендации
<p>Не используйте антибиотикопрофилактику для уменьшения симптомов мочевой инфекции после:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уродинамического исследования; • цистоскопии; • экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии 	Сильная
Используйте антибиотикопрофилактику для снижения частоты симптомов мочевой инфекции после уретероскопии	Слабая
Используйте однократную дозу антибиотикопрофилактики для снижения частоты клинической мочевой инфекции после чрескожной нефролитотомии	Сильная
Используйте антибиотикопрофилактику для снижения инфекционных осложнений у мужчин, подвергшихся трансуретральной резекции предстательной железы	Сильная
Используйте антибиотикопрофилактику для снижения инфекционных осложнений у пациентов высокого риска, подвергающихся трансуретральной резекции мочевого пузыря	Слабая
Выполняйте биопсию предстательной железы с использованием трансперинеального подхода из-за меньшего риска инфекционных осложнений	Сильная
Используйте обычную хирургическую дезинфекцию кожи промежности для трансперинеальной биопсии	Сильная
Используйте очищение прямой кишки повидон-йодом у мужчин перед трансректальной биопсией предстательной железы	Сильная
Не используйте фторхинолоны для биопсии предстательной железы в соответствии с окончательным решением Европейской комиссии по ЕМЕА/Н/А-31/1452	Сильная
Для антибиотикопрофилактики трансректальной биопсии используйте либо целевую профилактику на основе ректального мазка или культуры кала; либо усиленную профилактику (два или более различных классов антибиотиков); либо альтернативные антибиотики (например, фосфомицин трометамол*, цефалоспорин, аминогликозид)	Слабая

**Примечание: показания к применению фосфомицина трометамола для биопсии предстательной железы были отозваны в Германии, поскольку производители не представили необходимые фармакокинетические данные в поддержку этих показаний. Урологам рекомендуется проверить местные рекомендации по применению фосфомицина трометамола для биопсии предстательной железы*



Для нефрэктомии и простатэктомии научные данные были слишком слабыми, чтобы комиссия могла дать рекомендации за или против антибиотико-профилактики.

Примечание: Как указано в разделе 3.14.1.4 полного текста руководства, группа экспертов решила не давать рекомендаций по конкретным препаратам для определенных процедур, перечисленные ниже препараты представляют собой лишь возможные варианты. Урологи должны выбирать конкретный антимикробный препарат, основываясь на своих знаниях о местной распространенности возбудителей для каждого типа процедур, их профилях чувствительности к антибиотикам и вирулентности. ■

*Переведено и адаптировано командой Уровеб
Источник – EAU-Pocket-on-Urological-Infections-2023
Этот краткий текст брошюры основан на более полном руководстве
EAU (978-94-92671-19-6), доступном на веб-сайте EAU,
<http://www.uroweb.org/guidelines>.*



МОНУРАЛ® — ОРИГИНАЛЬНЫЙ ФОСФОМИЦИН

ЭФФЕКТИВНОСТЬ¹	У пациентов с неосложненным циститом ¹
ЛУЧШАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ²	По сравнению с многодневным курсом лечения ²
ХОРОШАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ³	Низкая частота возникновения нежелательных лекарственных явлений ³
УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ⁴	Ингибирование биосинтеза бактериальной стенки на ранней стадии ⁴
НИЗКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ⁵	Отличная активность in vitro в отношении распространенных уропатогенов, включая мультирезистентные изоляты ⁵



Клинические рекомендации по ведению пациентов с циститом - ФОСФОМИЦИН

Уровень убедительности рекомендаций - А
Уровень достоверности доказательств - 1

Монурал® 3 г гранулы для приготовления раствора для приема внутрь 2 пакетика и 1 пакетик

ЦИСТИТ. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



ООО «Замбон Фарма», Россия, 121002, Москва, Глазовский переулок, дом 7;
Тел.: +7 (495) 933-38-30/32, Факс: +7 (495) 933-38-31

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Библиография: 1, Ceran N et al, J Infect Chemother 2010; 16(6):424-30, 2, Ehanan G et al, Antimicrob Agents Chemother 1994; 38(11):2612-4, 3, Michalopoulos AS et al, Int J Infect Dis 2011; 15(11):e732-e739, 4, Castañeda-García A et al, Antibiotics 2013; 2:217-36, 5, Zhanel GG et al, Can J Infect Dis Med Microbiol 2016; 2016:1-10.

СНМП/ДГПЖ: фокус на доказательность



С.В. Шкодкин

Д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет МЗ РФ, Белгород

В последние годы для нарушений мочеиспускания применяется термин симптомы нижних мочевых путей (СНМП), объединяющий разнообразные расстройства мочеиспускания, возникающие вследствие целого ряда причин, в том числе и ДГПЖ. Распространенность СНМП у мужчин составляет, в среднем, 62,5%. У большинства пожилых мужчин выявляют не менее одного СНМП. 51,3% мужчин отмечают симптомы фазы накопления, симптомы фазы опорожнения – у 25,7%, а постмиктурические – у 16,9%. Сотрудники редакции Дайджеста урологии обсудили тему нарушений мочеиспускания и их медикаментозной коррекции с Сергеем Валентиновичем Шкодкиным, доктором медицинских наук, профессором кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».

Сергей Валентинович, в своих выступлениях Вы часто акцентируете внимание на нарушениях мочеиспускания. Почему Вы считаете, что эта проблема занимает ведущее место среди урологических заболеваний?

Шкодкин С.В.: Нарушения мочеиспускания (симптомы нарушенного мочеиспускания - СНМ) — это многогранная проблема, которая ухудшает качество жизни как мужчин, так и женщин, и имеет тенденцию прогрессировать с возрастом. Все урологи знают, что у мужчин проблемы с мочеиспусканием часто связаны с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Кроме медицинского, эта проблема приобретает и социальное значение, так как ведет к увеличению числа госпитализаций, сроков нетрудоспособности,



инвалидности, а также к росту затрат на амбулаторное лечение. В общем, это снижает качество жизни пациентов и повышает нагрузку на систему здравоохранения.

Заметили ли Вы увеличение числа пациентов с нарушением мочеиспускания во время и после пандемии COVID-19?

Шкодкин С.В.: Несомненно, вирусное поражение не ограничивается только легочной тканью, и мы видим много исследований, показывающих рост нарушений почечной функции, фертильности у мужчин и эректильной дисфункции. На прием достаточно часто приходят пациенты, ассоциирующие свое нарушение микции с перенесенной коронавирусной инфекцией, причем как мужчины, так и женщины.

Изменилась ли структура обращений пациентов к урологу после пандемии COVID-19? Может быть стало больше каких-то определенных состояний, или все вернулось на доковидную эпоху?

Шкодкин С.В.: Ответ на Ваш вопрос конечно может появиться только после спланированных эпидемиологических исследований, но стоит отметить, что возросло число запущенных случаев ввиду ограниченности амбулаторной помощи при пандемии, как я уже говорил, больше стало молодых пациентов, связывающих свои проблемы с мочеиспусканием с перенесенной вирусной инфекцией, и чаще встречаются инкрустирующие циститы.

Для лечения нарушений мочеиспускания, обусловленных ДГПЖ, на фармацевтическом рынке есть достаточно много препаратов. Почему мы снова и снова возвращаемся к теме медикаментозного лечения?

Шкодкин С.В.: Действительно, выбор препаратов есть, но побочные эффекты медикаментозных агентов, используемых для лечения нарушенного мочеиспускания, могут снижать комплаентность терапии. По данным литературы частота отказа от предложенного лечения в течение года варьирует от 20 до 80%. Поэтому поиск оптимального препарата или сочетания препаратов ■

продолжается во всем мире. В ряде исследований показаны преимущества фитотерапии СНМ в плане меньшего числа побочных эффектов и роста приверженности к лечению. Однако для получения рекомендательной базы высокого уровня требуется проведение клинических исследований. Мы тоже не остались в стороне от научного поиска и провели свое клиническое исследование.

Согласно вашему исследованию, медикаментозная терапия остается основным вариантом лечения пациентов с ДГПЖ. С какими побочными эффектами наиболее часто сопряжено лечение СНМ/ДГПЖ?

Шкодкин С.В.: Медикаментозная терапия, хотя и является основным подходом к лечению, имеет свои недостатки, особенно при комбинированном использовании нескольких лекарственных средств. Так, например, использование альфа-1-адреноблокаторов (аАБ) является наиболее обоснованным в лечении СНМ/ДГПЖ из-за быстрого и стабильного снижения выраженности СНМ при их применении. Однако применение аАБ не приводит к снижению риска хирургических вмешательств.

На сегодня логичным и доказанным подходом является комбинация препаратов с различными механизмами действия. Наиболее изученной в этом аспекте является комбинация АБ и ингибиторов 5-альфа редуктазы (5-АРИ). Однако важно отметить, что вместе с суммацией положительных эффектов также отмечается суммация и побочных явлений, включая сердечно-сосудистые состояния, эректильные и эякуляторные расстройства, гинекомастию, головокружение, головную боль и др..

К сожалению, эти эффекты могут стать достаточно серьезными, чтобы пациенты отказались от терапии. Поэтому можно еще раз подчеркнуть, что поиск эффективных и безопасных препаратов для лечения СНМ, связанных с ДГПЖ, является актуальной проблемой современной урологии и фармацевтических компаний.

Существуют ли альтернативы с меньшими рисками развития побочных эффектов?

Шкодкин С.В.: В качестве альтернативы во всем мире применяется фитотерапия, которая давно стала предметом исследований в контексте пролонгированного лечения нарушений мочеиспускания. Она представляет собой интересный вариант не только из-за меньших рисков побочных эффектов, но и более мягкого устранения симптомов, и, как следствие, большой приверженность пациентов к лечению, даже несмотря на его достаточно большую длительность. Однако нужно понимать, что для создания рекомендательной базы высокого уровня по использованию фитотерапии требуется проведение большего числа клинических исследований. Поэтому, хотя перспективы в этой области обнадеживают, здесь еще много работы.

Возвращаясь к Вашему исследованию, Вы выбрали для исследования препарат Гардапрост в контексте комбинированной терапии СНМ. Почему именно он стал объектом вашего внимания?

Шкодкин С.В.: Наше внимание как исследователей привлекли компоненты Гардапроста, такие как куркумин, генистеин и эпигаллокатехин-3-галлат, которые способствуют снижению выраженности симптомов ДГПЖ. Куркумин подавляет пролиферацию клеток и усиливает апоптоз, что может быть связано с его подавляющим действием на фактор, индуцируемый гипоксией (HIF-1 α), играющий ключевую роль в патогенезе ДГПЖ. Генистеин, фитоэстрогенное соединение, вызывает апоптоз и другие цитотоксические процессы, снижая рост как ДГПЖ, так и клеток аденокарциномы предстательной железы. Эпигаллокатехин-3-галлат подавляет пролиферацию клеток, индуцирует апоптоз, воздействует на процессы ангиогенеза и ингибирует активацию некоторых типов рецепторных тирозинкиназ. Нестандартное сочетание компонентов в составе препарата может воздействовать сразу на несколько звеньев патогенеза, именно поэтому мы решили его изучить.

Расскажите, пожалуйста, о вашем выборе пациентов для исследования.

Шкодкин С.В.: В нашем исследовании приняли участие 57 мужчин, возраст которых составлял от 60 до 70 лет. Это были первичные пациенты, не получавшие лечения, которым был установлен диагноз ДГПЖ с объемом ■

предстательной железы от 50 до 100 см³ и объемом резидуальной мочи менее 200 мл. Мы также учитывали максимальный поток по урофлоуметрии, уровень простатспецифического антигена (ПСА) и другие параметры.

Из исследования были исключены пациенты, которые ранее перенесли хирургические вмешательства на органах малого таза, термотерапию или лучевую терапию, имеющие психические расстройства или серьезные сопутствующие соматические заболевания, которые могут повлиять на исход исследования.

Какой был дизайн исследования?

Шкодкин С.В.: Мы случайным образом разделили пациентов на две группы. В контрольной группе пациенты принимали тамсулозин для лечения симптомов ДГПЖ. В основной группе к тамсулозину мы добавили препарат Гардапрост, который предполагалось принимать ежедневно по одной капсуле в день. Исследование продолжалось почти год, а если быть точным, в течение 360 дней. Этого было достаточно для того, чтобы оценить эффективность лечения и возможные изменения в состоянии их здоровья.

Каким образом оценивались результаты?

Шкодкин С.В.: Прежде всего, мы оценивали выраженность симптомов с помощью валидированных опросников, включая International Prostatic Symptom Score (IPSS) и International Index of Erectile Function (IIEF-5). Кроме того, мы применяли лабораторные исследования, включая анализ мочи, измерение максимального потока мочи и объема предстательной железы. Также мы определяли уровень общего ПСА в сыворотке крови.

Что показали результаты исследования?

Шкодкин С.В.: Между группами пациентов изначально не было значимых различий по объему предстательной железы, объему остаточной мочи, макси-

мальному потоку мочи, суммарному баллу опросников IPSS и IIEF-5, числу дневных и ночных микций, объему выпитой жидкости и уровню ПСА.

В процессе терапии в обеих группах было отмечено достоверное снижение выраженности симптомов нижних мочевых путей через 6 и 12 месяцев, согласно опроснику IPSS. В контрольной группе значения составили $18,6 \pm 2,8$ и $19,7 \pm 7,2$ балла, что на 5,1 и 4,0 балла меньше исходных показателей.

Однако у пациентов, которые принимали тамсулозин в сочетании с Гардапростом, было отмечено более выраженное улучшение. Суммарный балл по шкале IPSS у них снизился на 8,2 и 16,1 балла, составив $15,6 \pm 3,7$ и $7,9 \pm 2,1$ балла через 6 и 12 месяцев приема соответственно. Это обеспечило значимые различия между группами на контрольных точках исследования.

Гардапрост — это натуральный комплекс природного происхождения. Каждая стандартная капсула в 350 мг содержит куркумина 25 мг, генистеина 65 мг (из соевых бобов), катехинов 150 мг, в том числе эпигаллокатехина-3-галлат 75 мг (из экстракта зеленого чая). Вспомогательным компонентом в этом препарате является желатин. Одна упаковка содержит 30 капсул.

Как влияли выбранные методы терапии на дневные и ночные паттерны мочеиспускания, а также на эректильную функцию?

Шкодкин С.В.: Монотерапия тамсулозином не оказала значимого влияния на количество дневных микций и показатели ноктурии в течение всего периода наблюдения. Однако при комбинированной терапии тамсулозином и Гардапростом наблюдалась положительная динамика. В частности, число ночных микций снизилось с $1,964 \pm 0,96$ до $1,1 \pm 0,8$ и $0,3 \pm 0,5$ на использованных временных интервалах. Эти данные имеют статистически значимые различия как внутри основной группы, так и по отношению к контрольной. ■

Касательно эректильной функции, пациенты основной группы первоначально имели более выраженную эректильную дисфункцию по сравнению с контрольной группой. Но в процессе исследования в основной группе была зафиксирована тенденция к улучшению этой функции. Баллы по шкале IIEF-5 увеличились до $16,7 \pm 4,3$ и $20 \pm 4,4$ на различных контрольных точках, в то время как в контрольной группе динамика была не выражена. К концу исследования различия между группами по этому показателю остались несущественными. Нормализацию эректильной функции в основной группе мы связываем с выраженной динамикой улучшения микции.

Каким было влияние терапии на урофлоуметрические показатели, объем остаточной мочи и объем предстательной железы?

Шкодкин С.В.: Я, с Вашего позволения начал бы с последнего. При включении в исследование объем предстательной железы между группами не отличался. Прием тамсулозина прогнозируемо не повлиял на данный показатель, а вот включение Гардапроста в терапию ДГПЖ снизило объем предстательной железы на 18,8% через 12 месяцев. Это, на наш взгляд, и явилось причиной предпочтений комбинированной терапии по уродинамическим показателям.

В контрольной группе положительная динамика по опроснику IPSS не была связана с изменением урофлоуметрических показателей, а максимальная скорость мочеиспускания осталась без изменений. Однако в основной группе (тамсулозин+Гардапрост) максимальная скорость мочеиспускания увеличилась на 28,6% через 6 месяцев и на 83,7% через 12 месяцев.

В обеих группах была замечена положительная динамика по объему остаточной мочи с уменьшением этого показателя. В основной группе объем остаточной мочи снизился на 36% и 63% за те же периоды времени соответственно.

Какие еще исследования необходимы для подтверждения этих результатов, и как Вы видите будущее комбинированной терапии ДГПЖ?

Шкодкин С.В.: Наше исследование демонстрирует обнадеживающие долго-



срочные результаты использования Гардапроста в комбинированной терапии умеренных и выраженных симптомов нарушенного мочеиспускания, обусловленных ДГПЖ среднего и большого объема. Пациенты основной группы наблюдения отметили улучшения, которые, как мы считаем, связаны с антипролиферативными, проапоптотическими и противовоспалительными эффектами компонентов Гардапроста. Кроме того, мы не зарегистрировали побочных эффектов, обычно связанных с приемом ингибиторов 5- α -редуктазы.

Какими будут следующие шаги в изучении этого вопроса?

Шкодкин С.В.: Чтобы получить доказательную базу высокого уровня, в том числе относительно профиля безопасности этого подхода к лечению, мы считаем, что было бы целесообразно увеличить выборку в плацебо-контролируемых исследованиях.

Часто ли урологи БелГУ проводят клинические исследования? Какие из самых крупных и интересных исследований за последнее время Вы можете отметить?

Шкодкин С.В.: К нашему большому сожалению, внешние эпидемиологические (и не только) факторы вносят серьезные коррективы в планы. На сегодняшний день ведутся экспериментальные и клинические исследования о влиянии метаболического синдрома и уровня эндогенного тестостерона на СНМП, результатах консервативной терапии и различных вариантов хирургического лечения ДГПЖ, изучается патогенез синдрома хронической тазовой боли, его влияние на микробиоту урогенитального тракта и разрабатываются варианты патогенетической терапии. Разрабатываются вопросы профилактики СНМП и психосексуальных расстройств после коррекции тазового пролапса и инконтиненции. Наш коллектив занимается совершенствованием хирургических подходов в нефронсберегающей хирургии и тромбэктомии при лечении почечно-клеточного рака. Проводим исследования по бессимптомной бактериурии у беременных и гестационному пиелонефриту. Накапливаем клинический и хирургический опыт и оптимизируем подходы при реконструкции мочеоточника, урогенитальных свищей, уротелиального рака верхних и ■

нижних мочевых путей и рака предстательной железы. Занимаемся вопросами профилактики осложнений при лечении сложных форм коралловидного уrolитиаза.

Вот то, что при первом приближении стоит на научной повестке дня нашего коллектива. Что касается «размеров» исследований и их качества, то это скорее связано со систематизацией, регистрацией и учетом клинической и экспериментальной информации. Одними из своих приоритетных направлений считаем реализацию совместно с министерством здравоохранения Белгородской области таких инициативных программ как онкоскрининг патологии мочеполовой системы у мужского населения Белгородской области и диспансеризации мужского населения.

Какие планы у кафедры урологии БелГУ на 2023-2024 гг?

Шкодкин С.В.: Продолжать работать. Думаю, что для реализации научной деятельности и учебной работы по программам бакалавриата, ординатуры и аспирантуры в свете повышения учебной нагрузки по специальности урология, мы все-таки сможем организовать кафедру урологии в стенах нашего ВУЗа. Это, в свою очередь, сможет быть подспорьем в разработке и реализации комплексной программы помощи мужскому населению региона. ■

*С профессором Шкодкиным С.В.
беседовала Шадеркина В.А.*



НЕОБХОДИМЫЙ АКСЕССУАР
КАЖДОГО МУЖЧИНЫ

ГАРДАПРОСТ®

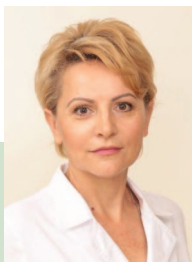
- ▼ **Антипролиферативные, проапоптотические, противовоспалительные эффекты компонентов:** куркумин, генистеин, эпигаллокатехин-3-галлат.
- ▼ **Выраженная положительная длительная динамика терапии ДГПЖ по всем показателям!*** Данные подтверждены клиническими исследованиями.
- ▼ **Отсутствуют побочные эффекты.*** Высокая комплаентность проводимой терапии.

*Комбинированная терапия симптомов нарушенного мочеиспускания, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. / Шкодкин С.В., Покровский М.В., Красняк С.С., Полищук А.В., Чирков С.В., Чурикова О.В., Кравцова Н.А. / Вестник Урологии, том 10, выпуск 1, 2022 г.

СГР № RU.77.99.11.003.R.004666.12.21 от 13.12.2021



Рецидивирующие аногенитальные бородавки: что может уролог?



Н.И. Чернова
Д.м.н., профессор, руководитель отдела аногенитальных дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем, ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», Москва

В последние годы отмечается увеличение количества случаев аногенитальных бородавок с локализацией в области уретры, представляющих значительные трудности в тактике ведения в связи с высокой частотой рецидивов, прогрессированием клинических проявлений, выражающихся в увеличении количества высыпаний, площади и глубины поражения подлежащих тканей. Согласно МКБ-10, аногенитальные бородавки кодируются в группе инфекций, передаваемых преимущественно половым путем (ИППП) под кодом А63.0. Редакция Дайджеста урологии обсудила тему рецидивирующих аногенитальных бородавок в практике уролога с д.м.н., профессором, руководителем отдела аногенитальных дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем, ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» Черновой Надеждой Ивановной.

Для урологов, конечно, интереснее всего знать о генитальной локализации папилломавирусной инфекции. Какими клиническими формами чаще всего проявляется ВПЧ на наружных половых органах?

Чернова Н.И.:

Чаще всего клинические формы заболевания могут быть представлены доброкачественными новообразованиями: остроконечными кондиломами, папулами, пятнами и формами – с риском малигнизации: бовеноидным папулезом, гигантской кондиломой Бушке–Левенштайна, локализующимися на коже и слизистых оболочках половых органов, уретры, перианальной области, анального канала, ротоглотки.

Какие генотипы вирусов ВПЧ сейчас чаще всего встречаются? Могут ли они сочетаться у одного пациента?

Чернова Н.И.: Всегда считалось, что аногенитальные бородавки вызываются ВПЧ 6/11 и 16/18 типов. Пока этот факт не изменился. Однако действительно в последние годы отмечается высокая частота встречаемости *ко-инфицирования* различными генотипами, в том числе ВПЧ 6, 11, 16, 18 типа. Присутствие нескольких генотипов повышает устойчивость вируса к деструктивным методам лечения и склонность к рецидивам, а также существенно увеличивает риск малигнизации, поэтому так важно донести до пациентов необходимость добросовестного лечения.

Изменился ли путь передачи вируса? Какие пути встречаются, кроме полового?

Чернова Н.И.: Вирус папилломы человека может передаваться при любой форме половых контактов: генитальных, орогенитальных, аногенитальных, через кожу при аутоинокуляции. В последние годы увеличилось количество случаев вертикальной передачи инфекции при прохождении через родовые пути. В связи с чем кондиломы в области крайней плоти, ануса не являются редкостью у детей в возрасте до 3-х лет. Постоянное использование презервативов снижает риск инфицирования ВПЧ, но не гарантирует полной безопасности, так как инфекция может локализоваться вне зоны его действия, в частности на коже наружных половых органов, промежности.

Как развивается папилломавирусная инфекция после попадания в организм? Может ли она самостоятельно элиминироваться? И какие факторы могут усугубить состояние пациента?

Чернова Н.И.: После попадания ВПЧ в организм, проходит этап инкубационного периода, продолжительность которого окончательно не установлена. В большинстве (75-90%) случаев течение инфекции транзиторное, так как ВПЧ вызывает реакцию гуморального и клеточного типов иммунного ответа, вследствие чего при полноценной иммунной сопротивляемости в течение 8-12 месяцев происходит самопроизвольная элиминация возбудителя. При наличии провоцирующих экзогенных и эндогенных факторов, способствующих снижению локального или системного иммунитета, устанавливается персистенция *или продуктивная инфекция* (интраэпителиальная неоплазия, аногенитальные бородавки).

К факторам, способствующим реактивации папилломавирусной инфекции, относят: иммунодефицитные состояния, в том числе ассоциированные с ■

респираторными вирусными инфекциями; сопутствующие ИППП; анальные половые контакты; наличие заболеваний, ассоциирующихся с атопией. Есть данные о том, что тяжелое течение аногенитальных бородавок может быть сопряжено с низким уровнем витамина 25(ОН)D и цинка. Известно так же, что ВИЧ-положительные пациенты наиболее подвержены ВПЧ-инфекции и составляют группу с высокой частотой рецидивов.

ВПЧ обладает иммуносупрессивным действием, делая невидимыми инфицированные клетки. Важно, что ВПЧ тропен к эпителиальным базальным клеткам. Высокая распространенность бородавок и обширные и стойкие проявления наблюдаются у пациентов с иммунодефицитными состояниями, например, у реципиентов трансплантируемой почки, лиц с ВИЧ и пациентов с эпидермодисплазией.

Жизненный цикл ВПЧ напрямую связан с программой клеточной дифференцировки клетки-хозяина. Инфекция начинается, когда ВПЧ достигает клетки базального слоя; какое-то время репликация вируса в этом месте отсутствует, и вирус просто поддерживает свой геном путем амплификации низкого числа копий. Фаза репликации и синтез белка происходит в супрабазальных дифференцирующихся кератиноцитах. Время прогрессии и тип поражения коррелируют с количеством обнаруживаемых вирусных частиц.

Как правильно проводить диагностику? Достаточно ли простого осмотра? Нужна ли биопсия?

Чернова Н.И.: Конечно, **осмотр** нужен обязательно, но его недостаточно для поставки диагноза, более того, в сомнительных случаях используется **тест** с 3–5% уксусной кислотой. К дополнительным методам диагностики следует отнести **дерматоскопию**. Этот метод обладает высокой чувствительностью, быстрой и точной диагностикой и неинвазивностью. Однако метод тоже не совершенен – он не может быть использован для осмотра уретры. **Биопсия** аногенитальных бородавок показана в случае быстрого увеличения образований за счет периферического роста, инфильтрации подлежащих тканей, уплотнения, изменения цвета, появления кровоточивости, болезненности, неэффективности стандартной терапии.



Для установления субклинической формы папилломавирусной инфекции, необходимо применение **цитологического метода** (койлоцитарная атипия клеток, дискератоциты), при подозрении на малигнизацию процесса рекомендуется **гистологическое исследование**.

Для верификации диагноза следует выполнить исследование соскобов из зоны поражения молекулярно-биологическими методами с целью идентификации генотипа ВПЧ, определения степени вирусной нагрузки и прогнозирования течения заболевания.

Наиболее частая локализация аногенитальных бородавок у мужчин – внутренний листок крайней плоти, область венечной борозды полового члена, в последние годы – перианальная зона и анальный канал, несколько реже – головка и тело полового члена, уздечка, уретра.

Вы сказали, что к факторам, способствующим реактивации папилломавирусной инфекции, относят иммунодефицитные состояния, например, ВИЧ. Влияют ли на ВПЧ имеющиеся у пациента другие вирусные заболевания или ИППП?

Чернова Н.И.: Конечно, потому что при этом увеличивается степень вирусной нагрузки. Многочисленными исследованиями показана роль трансмиссивных инфекций и ИППП в прогрессировании аногенитальных бородавок, в связи с чем пациентам с наличием высыпаний рекомендуется обследование на вирусные гепатиты С и В, сифилис, вирус иммунодефицита человека и ИППП. Половой партнер больного также обследуется и при наличии клинических или субклинических проявлений заболевания направляется на лечение.

Дифференциальный диагноз остроконечных кондилом наиболее часто проводится с папулезным ожерельем полового члена, фолликулитами, гиперплазией сальных желез, гипертрофической формой красного плоского лишая, контагиозным моллюском, широкими кондиломами при вторичном сифилисе.

Урологи очень любят удалять аногенитальные бородавки хирургическим путем – СО2-лазером, радиоволновой эксцизией, электрокоагуляцией и ■

криодеструкцией. А какие методы консервативного лечения существуют? И когда можно к ним прибегать?

Чернова Н.И.: При выборе метода лечения аногенитальных бородавок надо руководствоваться локализацией процесса, его распространенностью и формой элементов. Наиболее часто применяется деструкция (физическая – которую предпочитают урологи, или химическая), реже используются цитотоксические, иммуноотропные способы терапии. **Препаратами выбора химической деструкции** для воздействия на аногенитальные бородавки с локализацией на коже аногенитальной области являются подофиллотоксин или цинка 2-хлорпропионата раствор 1,5% в 2-хлорпропионовой кислоте, которые больные могут применять в домашних условиях. Иммуномодулятор имихимод (5% крем) также относится к топическим средствам для самостоятельного применения. Кроме того, все методы можно комбинировать между собой, особенно это необходимо при рецидивирующих формах заболевания.

Если применять цитотоксические и деструктивные методы, что сопровождается исчезновением клинических проявлений – удалением папиллом, то почему возникают рецидивы?

Чернова Н.И.: К сожалению, удаление этими методами носит поверхностный характер, санации ВПЧ инфицированного эпителия в зоне поражения не происходит, вследствие чего и возникают рецидивы. Более того, реакция на лечение у пациентов с иммунодефицитом может сопровождаться увеличением количества и площади высыпаний. У ВИЧ-инфицированных пациентов аногенитальные бородавки более склонны к злокачественному перерождению.

Говоря другими словами, необходимо комплексное лечение? В чем оно заключается?

Чернова Н.И.: Конечно. Комплексная терапия включает системные средства с иммуностропным и противовирусным действием. В случае рецидивирования просто необходима такая терапия, к методам деструкции добавление иммуностропных препаратов, что достоверно значительно снижает риск повторного появления папиллом. Возможно применение экзогенных интерферонов (ИФН) альфа-2b, интерферонов



гамма, либо использование средств, влияющих на индукцию собственных интерферонов, таких как Панавир (сумма полисахаридов побегов картофеля (*Solanum tuberosum*)). Внутримышечное или внутривагинальное введение ИФН значительно повышает эффективность терапии рецидивирующих аногенитальных бородавок, но сопровождается такими реакциями, как повышение температуры тела, разбитость, головная боль, что снижает качество жизни пациентов в период ее проведения.

Есть ли у Вас опыт применения у этой категории пациентов полисахаридов *Solanum tuberosum* (Панавир)? На чем он основан?

Чернова Н.И.: Опыт есть, и он достаточно давний. Эффективность Панавира доказана в НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского на моделях *in vivo* и *in vitro*. Полисахариды побегов *Solanum tuberosum*, входящие в состав Панавира, показывают поливалентную противовирусную активность в отношении ДНК-содержащих вирусов: простого герпеса (ВПГ) I и II типов, папилломы человека, цитомегаловирусов. Доказана способность Панавира индуцировать синтез интерферонов. При однократном применении препарата увеличивался уровень лейкоцитарного ИНФ в 2,7–3 раза, что соответствовало терапевтическим дозам препаратов ИНФ. Противовирусное действие полисахаридов побегов *Solanum tuberosum* основано на препятствии адгезии и ингибировании пенетрации вирусов в клетку, блокировании раскрытия вирусного капсида, нарушении транскрипции и репликации вирусной ДНК, синтеза капсидных белков, приостанавливающих сборку вирусных частиц и выход их из клетки.

То есть Панавир можно назначать не только при папилломовирусной инфекции, но и при герпесе, цитомегаловирусе?

Чернова Н.И.: Совершенно верно.

Какая схема назначения Панавира?

Чернова Н.И.: В соответствии с клиническими рекомендациями, для ведения пациентов с аногенитальными бородавками Панавир назначается в форме раствора для внутривенных инъекций 0,04 мг/мл 5 мл или ректальных/вагинальных суппозиторий 200 мкг или геля для местного применения. Для профилактики ■

анального рака, ассоциированного с ВПЧ, и аногенитальных кондилом с убедительностью рекомендаций А и достоверностью доказательств 1, лицам мужского пола в возрасте от 9 до 26 лет рекомендуется вакцинация от ВПЧ.

Примером эффективности Панавира может быть клинический случай с фото, описанный в журнале «Экспериментальная и клиническая урология».

Для цитирования: Чернова Н.И., Фриго Н.В., Атабиева А.Я., Майорова Е.М. Папилломавирусная инфекция и возможности повышения эффективности терапии рецидивирующих аногенитальных бородавок. Экспериментальная и клиническая урология 2023;16(2):126-132; https://doi.org/10.29188/2222_8543_2023_16-2_126_132

По Вашему опыту, какая эффективность у Панавира? Встречались ли осложнения?

Чернова Н.И.: Наш опыт подтверждает высокую эффективность комплексной терапии с включением в схему лечения суммы полисахаридов побегов *Solanum tuberosum* (Панавир). Высокая эффективность предложенного метода отмечена у 23 (92%) пациентов. Не зарегистрировано ни одного случая отсутствия эффекта от лечения. При наблюдении за пациентами в течение 6 месяцев ремиссия отмечалась в 92% случаев. Переносимость раствора, геля, спрея комплекса полисахаридов побегов *Solanum tuberosum* была хорошей. Осложнений и побочных действий на фоне используемой терапии не наблюдалось.

Таким образом, для предупреждения риска прогрессирования ВПЧ-инфекции чрезвычайно важным является выявление и устранение провоцирующих факторов.

Перспективным и патогенетически обоснованным представляется применение в комплексной терапии отечественного противовирусного и иммуномодулирующего препарата Панавир в форме раствора для внутривенных инъекций 0,04 мг/мл 5 мл, геля для местного применения и спрея для интимной гигиены, показавших высокую эффективность и хорошую переносимость. Предложенный метод, учитывающий патогенез вирусного процесса, способствует снижению риска рецидивов аногенитальных бородавок и повышению качества жизни больных.

Спасибо за интервью! ■

Беседовала научный редактор Uroweb.ru Шадеркина В.А.



ПАНАВИР®

**Противовирусный
препарат
растительного
происхождения**

- Механизм позволяет напрямую воздействовать на вирус¹
- Хорошая переносимость²
- Широкий спектр действия

Комплексный подход в лечении герпеса и ВПЧ: местные и системные формы препарата Панавир®

- В 1,2–2 раза уменьшилась продолжительность проявления герпеса (рецидивов) по сравнению с данным до лечения³
- У 82,8% пациентов увеличилась длительность периода без симптомов герпеса в 1,5–2 раза⁴
- У 95,8% отмечено отсутствие симптомов ВПЧ после лечения⁵

**Разрешен
беременным
со II триместра²**



Косметическое средство спреи: ПАНАВИР НОРМАЛФОР ИНТИМ.

Регистрация. Регистрационные номера: Р N000299/02, ПС-001 695, ПС-001 697.

1 «Совершенствование терапии цитомегаловирусной инфекции у мужчин», Н.И. Чернова, Ю.Н. Перламуртов, С.В. Стовбун, «Клиническая дерматология и венерология», №3, 2016 г.

2 Инструкция по применению лекарственного препарата Панавир® раствор для внутривенного введения 0,04 мг/мл, рег. номер Р N000299/02.

3 «Современный подход к терапии рецидивирующей генитальной герпетической инфекции», Ю.Н. Перламуртов, Н.И. Чернова, «Врач», 2010 г.

4 «Противовирусная терапия при рецидивирующем генитальном герпесе», П.А. Абакарова, Э.Р. Довлетханова, «Гинекология», 2014 г.

5 «Генитальные кондиломы: терапия и профилактика», С. Роговская, Н. Подзолкова, А. Оламова, «Врач», 2010 г.

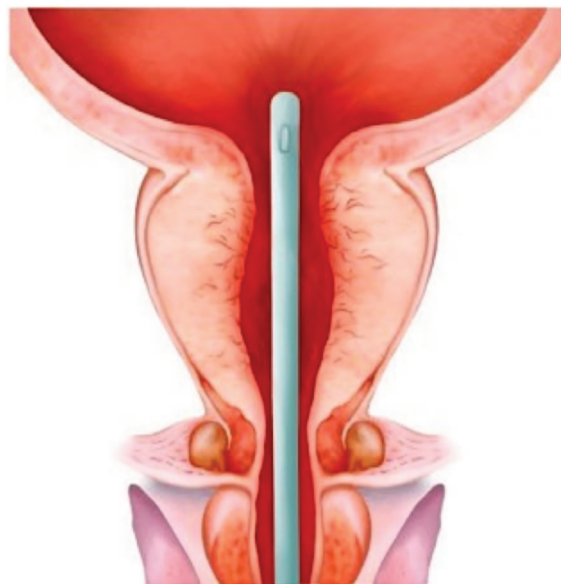
panavir.ru
8 800 555 222 9

Недооцененное осложнение чистой интермиттирующей катетеризации

Чистая интермиттирующая катетеризация (CIC, clean intermittent catheter) является «золотым стандартом» в реабилитации мочевого пузыря и дренировании мочи у пациентов с нейрогенным мочевым пузырем.

Применение катетеризации может быть связано с образованием **конкрементов предстательной железы**, что становится причиной появления различных симптомов, и может игнорироваться и/или недооцениваться урологами.

Целью исследования, опубликованного в World Journal of Urology, было сравнение частоты возникновения конкрементов предстательной железы и связанных с ними симптомов у пациентов, использующих и не использующих CIC.



Всего в исследование было включено 314 пациентов с нейрогенным мочевым пузырем, которые наблюдались и лечились в одной урологической клинике. Пациенты были разделены на две группы:

- пациенты, не применяющие СИС (1-я группа, n:154)
- пациенты, применяющие СИС (2-я группа, n:160).

Наличие конкрементов предстательной железы, количество используемых СИС в сутки, уровни мочевой кислоты в плазме, параметры мочи, средняя плотность конкрементов (MSD) и размеры конкрементов были ретроспективно проанализированы из историй болезни пациентов.

В этом исследовании не наблюдалось существенной разницы между такими параметрами, как возраст, уровень мочевой кислоты, MSD, параметры мочи и другие уровни электролитов. Частота образования конкрементов предстательной железы в группе 1 составила 23,4%; частота конкрементов предстательной железы во 2-й группе составила 37,5 ($p = 0,007$).

Авторами исследования была предпринята попытка показать взаимосвязь между использованием СИС и конкрементами предстательной железы, вызывающих СНМП и дизурию, которые обычно игнорируются при клинической оценке. В результате этого исследования было установлено, что частота возникновения конкрементов предстательной железы увеличивалась у пациентов, применяющих чистую интермиттирующую катетеризацию. ■

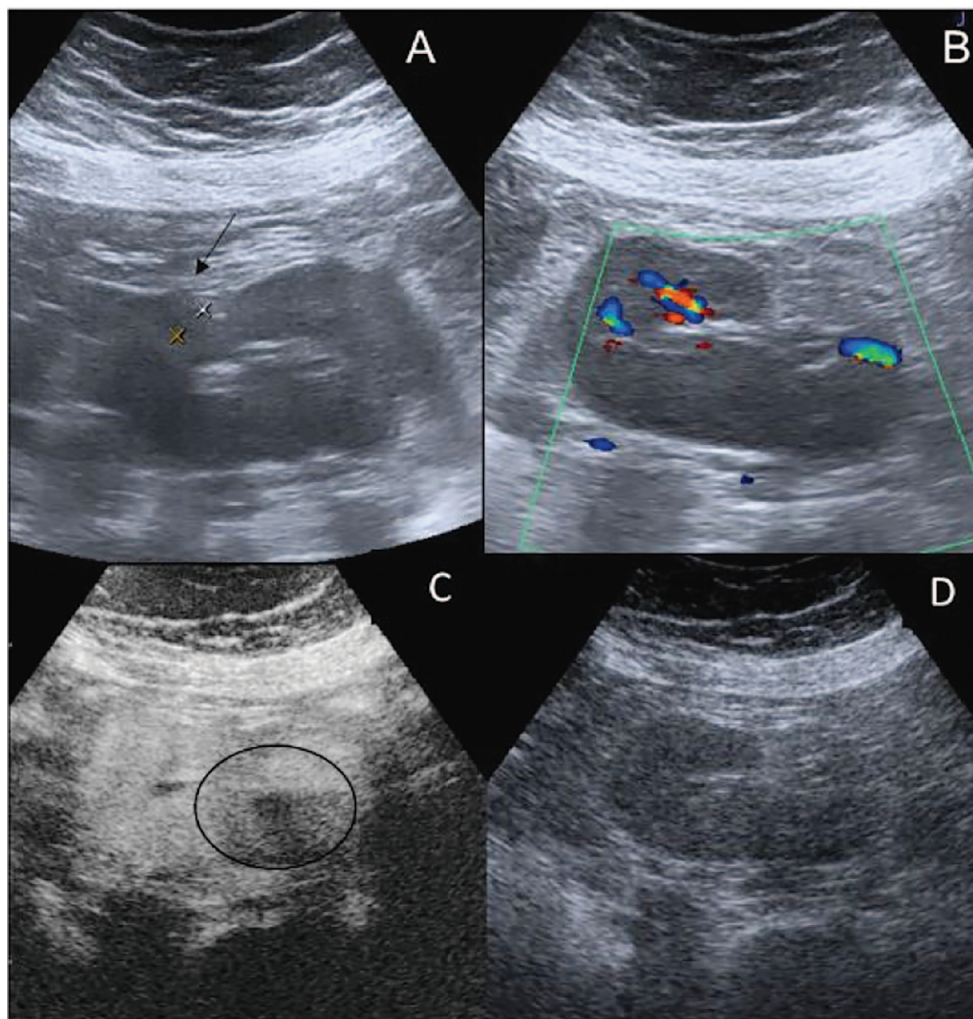
Материал подготовлен командой Уробеб.

Источник: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00345-023-04417-9>



Острый пиелонефрит: роль ультразвукового исследования с контрастным усилением (CEUS)

Острый пиелонефрит (ОП) — воспаление почечной лоханки, обусловленное бактериальной инфекцией.



Диагноз обычно основывается на клинических и лабораторных данных.

При подозрении на острый пиелонефрит требуется визуализация процесса для оценки характера и степени поражения и выявления основных причин.

КТ представляет собой текущий метод визуализации выбора в клинической практике. CEUS (УЗИ с контрастным усилением) является альтернативой, которая оказалась столь же точной при обнаружении поражений почек при остром пиелонефрите.

CEUS позволяет отличить небольшое простое нефротическое поражение от осложнений в виде абсцесса и проследить динамику во время антибактериальной терапии.

Отсутствие ионизирующего излучения и отсутствие нефротоксичности делают CEUS идеальным инструментом в исследовании пиелонефрита. ■

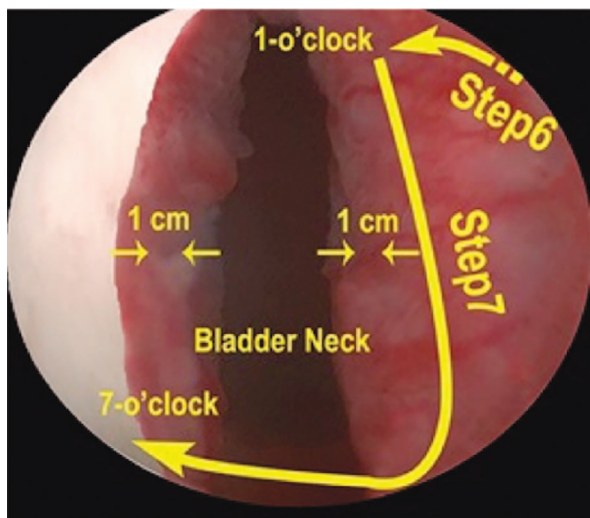
Материал подготовлен командой Уровеб.

Источник: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36385692/#full-view-affiliation-1>



Результаты инцизии шейки мочевого пузыря во время гольмиевой лазерной энуклеации предстательной железы

Эффективность профилактической инцизии шейки мочевого пузыря (BNI) во время энуклеации простаты с помощью гольмиевого лазера (HoLEP) считается недоказанной.



Целью канадских урологов было изучение результатов HoLEP с особым акцентом на частоте развития контрактур шейки мочевого пузыря (BNC) при использовании и без использования инцизии ШМП.

Урологи провели ретроспективный обзор пациентов с выполненным HoLEP с января 2021 г. по январь 2022 г. Результаты пациентов, перенесших инцизию ШМП во время HoLEP, сравнивали с теми, кто прошел только стандартную HoLEP.

HoLEP была выполнена 421 пациенту. Инцизию ШМП (BNI) одновременно выполняли 74 (17,6%) пациентам HoLEP. Пациенты с BNI были моложе ($67,5 \pm 9,0$

лет против $71,1 \pm 8,2$ года) и имели меньшие размеры предстательной железы ($60,7 \pm 30,3$ см³ против $133,2 \pm 64,5$ см³).

Длительность операции, время энуклеации и морцелляции были короче в группе BNI (все $p < 0,0001$). Не было статистических различий по частоте выписки в тот же день (90,4% против 87,7), ближайших функциональных результатах, посещениях отделений неотложной помощи или частоте повторных госпитализаций между двумя группами.

При среднем сроке наблюдения 14 месяцев у пациентов контрольной группы (0,6%) было 2 контрактуры шейки МП, а у пациентов, перенесших инцизию, не было ни одного случая контрактуры (0,0%, $p = 0,5$).

Инцизия шейки мочевого пузыря во время HoLEP не снижала возможности добиться выписки в тот же день или не увеличивала осложнения в течение последующих 90 дней после операции, не увеличивала число посещений отделений неотложной помощи или частоту повторных госпитализаций. У пациентов, подвергшихся профилактической инцизии шейки мочевого пузыря (0,0%), не развивался склероз ШМП.

Необходимы дальнейшие проспективные исследования, чтобы сделать вывод о том, защищает ли инцизия во время HoLEP от развития склероза шейки мочевого пузыря. ■

Материал подготовлен командой Уровеб.



Вакцины в лечении рака предстательной железы

Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из причин смерти мужчин во всем мире.



На протяжении последних 30 лет интерес фармакологов, иммунологов и клиницистов был сосредоточен на разработке вакцин для лечения РПЖ. Цель такого лечения – активация иммунных клеток для предотвращения рецидива заболевания, либо, по крайней мере, замедления его прогрессирования.

Иммунный ответ, вызванный вакцинацией, не обязательно может быть нацелен только на опухоль, но, теоретически, может быть нацелен на любую ткань предстательной железы.



На сегодняшний день в клинических испытаниях оценивались различные подходы к вакцинам и мишеням лечения рака предстательной железы. В целом, в рандомизированных исследованиях III фазы было оценено пять подходов, в результате которых сипулеуцел-Т (Провенж) был одобрен для лечения метастатического кастрат-резистентного РПЖ. Необходимо отметить, что это единственная вакцина, одобренная на сегодняшний день FDA для лечения рака.

Большинство других разрабатываемых вакцин показали безопасность и некоторые признаки иммунологической активности, но имеют низкую клиническую активность при использовании в качестве монотерапии. Однако при использовании этих вакцин в сочетании с другими иммуномодулирующими препаратами, может наблюдаться повышенная активность.

Эти данные свидетельствуют о том, что в будущем вакцины против рака предстательной железы могут быть использованы для активации опухолеспецифических Т-клеток в рамках комбинированных подходов с агентами, нацеленными на связанные с опухолью иммунные механизмы резистентности. ■

Материал подготовлен командой Уровеб.

Источник: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36879114/#full-view-affiliation-1>



Научное авторство в урологии: гендерный вклад

Замечательное исследование провели и опубликовали в США – его целью была оценка вклада женщин-авторов в урологические публикации по сравнению с долей практикующих женщин-урологов.



THE SMITH INSTITUTE
FOR UROLOGY

Исследование было разработано для анализа тенденций авторства женщин в публикациях по урологии в 2019 г. по сравнению с данными переписи населения AUA 2019 г.

Для исследования выбрали 5 урологических журналов с наибольшим влиянием в 2019 году - согласно SJR - European Urology, Journal of Urology, British Journal of Urology International, Prostate Cancer and Prostatic Diseases и Nature Reviews Urology.

Всего для анализа была включена 501 публикация. Женщины составляли 22,1% первых авторов и 14,6% главных авторов. Доля публикаций, написанных женщинами, была значительно выше, чем можно было бы ожидать, исходя из долей населения по данным переписи населения AUA 2019 года. Точно так же количество женщин-авторов было значительно выше, чем ожидалось, для фундаментальной науки, клинической медицины, экономики/управления, редакционных статей, обзора/публикаций и метаанализов.

Настоящее исследование демонстрирует, что женщины вносят значительно больший вклад в урологические научные публикации, чем можно было бы ожидать, исходя из доли практикующих женщин-урологов.



Тем не менее, с сохранением гендерного разрыва в продвижении академической медицины, необходимы дальнейшие исследования способствующих факторов и стратегий улучшения, чтобы содействовать более широкому представительству женщин в академических кругах. ■

Примечание редакции Уровеб:

А тем временем, министр здравоохранения РФ Мурашко М.А. считает, что «...стремление отложить рождение детей ради получения образования, построения карьеры и обеспечения материальной базы — это «порочная практика», которая ведет к бесплодию и другим проблемам...»

Подробнее на РБК:

<https://www.rbc.ru/politics/18/07/2023/64b68eae9a79475ae4f59dab?yclid=lk9a5s2f8m806127459>

Коллеги, всё должно быть в меру!

Материал подготовлен командой Уровеб.

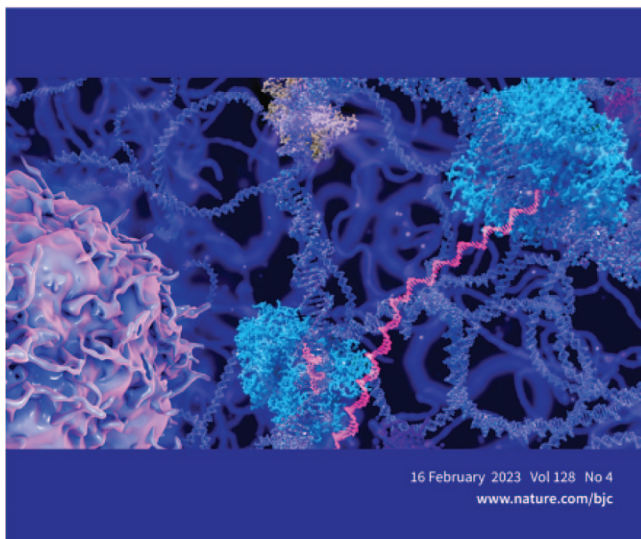
Источник: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36535363/#full-view-affiliation-1>



Семейный анамнез, ожирение, урологические состояния и противодиабетические препараты – связь с риском диагностики рака предстательной железы

Этиология рака предстательной железы (РПЖ) до сих пор остается неясной. Ученые США и Австралии провели крупное проспективное исследование, в котором проанализировали некоторые факторы, потенциальные в своем влиянии на риск РПЖ.

BJC
British Journal of Cancer



Введение

В Австралии самая высокая заболеваемость РПЖ в мире, и в 2021 году в Австралии было диагностировано около 18 000 новых случаев РПЖ.



Установленные факторы риска включают пожилой возраст, африканское происхождение и семейный анамнез РПЖ. Все эти факторы являются немодифицируемыми, что не дает оснований для первичной профилактики этого вида рака. В то время как диагнозы меланомы кожи и ожирения связаны с заболеваемостью РПЖ, только последний потенциально поддается модификации. Появляются данные о том, что лекарства, назначаемые для лечения диабета, связаны с риском развития ряда злокачественных новообразований, включая РПЖ. Результаты двух крупных популяционных проспективных исследований показали снижение риска возникновения РПЖ у мужчин, принимающих лекарственные препараты для лечения диабета. Предполагается, что противоопухолевый эффект препаратов для лечения диабета может быть обусловлен их антипролиферативным эффектом.

С риском РПЖ можно связать некоторые урологические факторы – например, лечение по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП), вазэктомию.

Связь РПЖ с перечисленными состояниями частично связана с усиленным медицинским наблюдением. Тест на ПСА, наиболее часто используемый биомаркер в эпиднадзоре за раком предстательной железы, был введен в Австралии в конце 1980-х годов, и рост его использования соответствовал быстрому увеличению заболеваемости РПЖ. Таким образом, при поиске возможных факторов риска РПЖ необходимо учитывать потенциальные смешанные эффекты тестирования ПСА на их связь с РПЖ.

В текущем исследовании проспективно изучались потенциальные факторы риска для диагностики РПЖ в крупном австралийском популяционном исследовании с участием 267 153 мужчин и женщин, набранных в Новом Южном Уэльсе (Новый Южный Уэльс).

Цель исследования состояла в том, чтобы оценить, связаны ли выбранные социально-демографические, поведенческие и связанные со здоровьем факторы с более высоким или более низким риском диагноза РПЖ, с учетом возможной путаницы при тестировании на ПСА. ■

Материалы и методы

Участники мужского пола старше 45 лет были отобраны из исследования Sax Institute 45 and Up Study (Австралия), набранного в период с 2006 по 2009 год. Опросник и связанные административные данные о состоянии здоровья из Центра связи и обслуживания медицинских карт Австралии использовались для выявления случаев РПЖ, медицинских услуг, возмещения расходов на тестирование на специфический антиген простаты (ПСА) и выдачу рецептов на метформин и данные о лечении ДГПЖ.

Результаты

Из 267 153 участников исследования были исключены участники, выбывшие из исследования после исходного уровня ($n = 268$), участники пилотного исследования ($n = 175$), лица моложе 45 лет ($n = 5$) или женщины ($n = 142\,929$).

Из оставшихся 123 732 участников мужского пола осталось 107 706 мужчин, подходящих для анализа. Из них у 4257 мужчин за исследуемый период был диагностирован РПЖ.

Среднее время между включением в исследование и постановкой диагноза РПЖ составило 2,89 года.

Социально-демографические и поведенческие факторы

Средний возраст больных РПЖ при включении в исследование составлял 65,9 года, 77,5% мужчин родились в Австралии или Новой Зеландии, 54,2% имели частную страховку, 50,9% проживали в крупных городах и 81,8% сообщили о том, что состоят в браке или живут с партнером.

Среди случаев РПЖ 8,2% сообщили о наличии рака простаты в семейном анамнезе, имели средний ИМТ 26,6 кг/м², 49,4% сообщили, что когда-либо курили сигареты, выпивали в среднем 7 алкогольных напитков в неделю и занимались физической активностью в среднем 10 часов в неделю.



До постановки диагноза РПЖ было выявлено 3,2% случаев РПЖ, идентифицированных как имеющие выписанные записи для субсидируемых PBS рецептов на метформин, и 9,9% случаев с записями рецептов для лечения ДГПЖ.

Социально-демографические и поведенческие факторы, связанные с повышенным риском диагноза РПЖ, заключались в том, что они родились в Австралии или Новой Зеландии, имели частную медицинскую страховку, низкий доход, отсутствие сопутствующих заболеваний, повышенную частоту тестирования на ПСА и частые визиты к врачу общей практики.

Семейный анамнез

Общий риск диагноза РПЖ был самым высоким у мужчин с семейным анамнезом РПЖ, а также у мужчин, у которых есть/был брат и/или отец с диагнозом РПЖ. Риск диагностирования РПЖ был несколько ниже у тех, кто когда-либо курил, по сравнению с никогда не курившими, в то время как рост, ИМТ, потребление алкоголя и физическая активность не показали связи с диагнозом РПЖ.

ДГПЖ и СНМП

Анализ урологических состояний показал повышенный риск диагностики РПЖ, связанный с повышенной тяжестью СНМП и слабую связь с вазэктомией. Риск диагноза РПЖ был ниже у мужчин с записью о субсидируемом PBS назначении для лечения ДГПЖ и назначении метформина, но не было связи с неметформиновыми препаратами для лечения диабета.

Ожирение

Совместный регрессионный анализ Кокса показал некоторые доказательства того, что связь между РПЖ и вазэктомией, а также между РПЖ и ожирением различалась в зависимости от стадии заболевания. Точно так же мужчины с ожирением (по сравнению с нормальным ИМТ) имели более высокий относительный риск прогрессирующего РПЖ, чем локализованного РПЖ. Для ■



всех других исследованных воздействий не было выявлено различий в зависимости от стадии заболевания.

Обсуждение

В этом исследовании проспективно изучались данные о нескольких известных или подозреваемых причинных или защитных факторах РПЖ.

Риск локализованного и распространенного диагноза РПЖ был повышен у мужчин с семейным анамнезом РПЖ, у нескольких членов семьи первой степени родства с диагнозом РПЖ, тяжелыми СНМП, в то время как риск распространенного РПЖ был повышен у мужчин, страдающих ожирением или перенесших вазэктомию.

Общий риск РПЖ был снижен у мужчин с выданными записями о приеме лекарств от ДППЖ или метформина. Все анализы были скорректированы с учетом социально-демографических факторов, факторов образа жизни и здоровья, а также посещений врача общей практики и частоты тестирования ПСА до постановки диагноза РПЖ.

Генетика

Данные, полученные учеными, говорят о повышенном риске РПЖ у мужчин с семейным анамнезом РПЖ и 2,5-кратном риске у мужчин с несколькими членами семьи первой степени родства с РПЖ и согласуются с текущими данными. ***РПЖ является одним из наиболее наследуемых злокачественных новообразований с более чем 170 генетическими вариантами***, идентифицированными как связанные с РПЖ, в исследованиях полногеномной ассоциации, которые вместе составляют 28,4% семейного относительного риска (по сравнению с ~6%) приходится на редкие генетические варианты.

Метаанализ 33 эпидемиологических исследований показал повышенный риск РПЖ у мужчин, у которых у брата или отца был диагностирован РПЖ, и этот риск увеличился примерно в 4 раза у мужчин с 2 или более членами семьи первой степени родства с РПЖ. Учитывая, что семейный анамнез представляет собой





комбинацию генетических, экологических и поведенческих факторов, более низкие оценки риска, наблюдаемые в исследовании, могут быть частично связаны с меньшей изменчивостью этих факторов из-за короткого периода наблюдения в 4–7 лет с момента набора, а также отсутствием информации о количестве пострадавших братьев, все из которых могут иметь предвзятые результаты в сторону нуля.

Вазэктомия

Анализ урологических состояний показал некоторые доказательства того, что у мужчин, сообщивших о перенесенной вазэктомии, относительный риск прогрессирующего РПЖ был выше, чем относительный риск локализованного РПЖ.

Этот результат согласуется с 24-летним наблюдением Health Professionals Follow-Up Study, в котором сообщалось об отсутствии связи между вазэктомией и локализованным или низкодифференцированным раком, но о повышенном риске рака предстательной железы высокой степени и рака предстательной железы на поздних стадиях.

15-летнее наблюдение за участниками Европейского проспективного исследования рака и питания (EPIC) не выявило связи между вазэктомией и общим или распространенным РПЖ; ассоциации со степенью опухоли не сообщалось.

Мета-анализ 13 когортных исследований показал слабые доказательства положительной связи между вазэктомией и заболеваемостью РПЖ, но связи по степени или стадии заболевания не сообщалось. Биологический механизм, лежащий в основе связи между вазэктомией и риском РПЖ, неясен.

СНМП

Риск локализованного и распространенного РПЖ увеличивался с увеличением тяжести СНМП, но снижался у мужчин с записью(ями) о назначении лечения ДГПЖ. Роль СНМП в этиологическом развитии РПЖ и ДГПЖ имеет много общего, поэтому оценка истинной связи между СНМП и риском РПЖ затруднена. ■



СНМП — это показатель, о котором сообщают сами пациенты и который определяется учащением мочеиспускания, неполным опорожнением мочевого пузыря или ночным пробуждением для мочеиспускания. СНМП могут быть обусловлены ДГПЖ и РПЖ из-за прямой обструкции мочевого пузыря.

Результаты двух больших когорт мужчин, которые прошли тестирование на ПСА, исследование простаты на рак и лечение в Великобритании (ProtecT) и Стокгольмское исследование в Швеции не выявили связи между СНМП и риском РПЖ.

Однако исследование HUNT2 из Норвегии сообщило о повышенном риске локализованного, но не прогрессирующего РПЖ.

Эта неопределенность может быть частично связана с диагностической предвзятостью, такой как повышенный уровень ПСА. Несмотря на контроль частоты тестирования ПСА до постановки диагноза РПЖ, в данном исследовании по-прежнему было очевидно двукратное увеличение заболеваемости РПЖ у мужчин с тяжелыми СНМП.

ДГПЖ

ДГПЖ — это незлокачественное увеличение предстательной железы, которое диагностируется клинически. Тяжелые симптомы ДГПЖ обычно лечат с помощью минимально инвазивной хирургии, в то время как легкие и умеренные симптомы лечат лекарствами, которые могут уменьшить размеры простаты и облегчить мочеиспускание.

Систематический обзор 8 исследований показал, что ингибиторы 5-альфа-редуктазы (5-АРИ), класс фармацевтических препаратов, используемых при лечении ДГПЖ, снижают риск диагностики РПЖ у мужчин, которые регулярно проходят скрининг на РПЖ.

Исследования по предотвращению рака предстательной железы (PCPT) и исследование снижения частоты развития рака предстательной железы с помощью дутастерида (REDUCE), которые были специально разработаны для





изучения влияния 5-АРИ (финастерид и дутастерид) на риск РПЖ, показали общее снижение риска РПЖ на 22,5–24,8%, но увеличение частоты заболеваний высокого риска. Аналогичные ассоциации были зарегистрированы при 20-летнем наблюдении за случаями ДГПЖ.

Авторы данного исследования не смогли классифицировать случаи РПЖ по степени распространенности; однако полученные результаты снижения риска РПЖ при локализованном и распространенном РПЖ предполагают, что ассоциация может присутствовать как в локализованных случаях высокого риска, так и в запущенных случаях. Дальнейшие исследования у мужчин с клинически значимым РПЖ могут помочь лучше понять эту связь.

Диабет и противодиабетические препараты

Метформин, обычно используемый в качестве терапии первой линии при диабете, который является наиболее быстрорастущим хроническим заболеванием в Австралии, может играть роль в профилактике РПЖ благодаря своим гипогликемическим и антипролиферативным свойствам.

У диабетиков снижен уровень ПСА, и, учитывая, что биопсия проводится в ответ на повышенный уровень ПСА, это может задержать диагностику РПЖ у диабетиков и, следовательно, привести к диагностике более запущенного заболевания. Существует неопределенность в доказательствах связи между метформином и риском РПЖ, и некоторые из этих несоответствий могут быть частично связаны с выбором исследуемых популяций.

Финское рандомизированное исследование скрининга РПЖ показало, что риск возникновения РПЖ был ниже у потребителей противодиабетических препаратов по сравнению с теми, кто не принимал их; однако анализ подгрупп диабетиков не показал связи с заболеваемостью РПЖ.

«Не принимающие» метформин, которые являются референтной группой, используемой в этих исследованиях, в общей популяции представляют собой группу, в целом свободную от диабета, тогда как «не принимающие» в диабетической популяции — это группа, у которой диагностирован диабет, ■



но они решили не принимать лекарства. Таким образом, эффект у «пользователей» по сравнению с «непользователями» у диабетиков может быть ослаблен по сравнению с населением в целом.

Анализы, ограниченные диабетиками, согласуются с результатами большинства исследований, результаты которых могут быть смещены в сторону нуля. Различные исследования *in vitro* и клинические исследования связывают повышенный уровень циркулирующего инсулина с ростом опухоли и повышенной пролиферацией клеток.

Метформин обладает способностью уменьшать пролиферацию опухоли с помощью множества механизмов, включая снижение уровня циркулирующего инсулина и глюкозы, а также регулирование экспрессии различных сигнальных путей клеток, участвующих в регуляции метаболизма инсулина и глюкозы.

Одно небольшое клиническое исследование метформина при РПЖ показало, что метформин распределяется в ткани предстательной железы человека, предполагая, что метформин может оказывать свое действие непосредственно на тканевые мишени. В настоящее время проводится несколько рандомизированных клинических испытаний, которые определяют потенциальные химиопрофилактические свойства метформина при РПЖ.

Ожирение

У мужчин с ожирением в данном исследовании относительный риск прогрессирующего РПЖ был выше, чем у локализованного РПЖ, и это согласуется с предыдущими отчетами. Ранее авторы сообщали о более высоких показателях тестирования на ПСА у мужчин с ожирением, но недавнее исследование этой когорты продемонстрировало более низкие показатели биопсии, но более высокую вероятность положительного результата биопсии у мужчин с ожирением по сравнению с мужчинами с нормальным ИМТ. Имеются данные о том, что уровни ПСА обратно пропорциональны ИМТ, что может отсрочить постановку диагноза РПЖ. Также повышенный риск РПЖ может быть связан с ожирением у мужчин с тяжелой степенью заболевания.



Скрининг ПСА

С начала 1990-х годов количество тестов на ПСА в Австралии значительно возросло, что привело к соответствующему увеличению числа случаев локализованного рака и снижению частоты поздних стадий рака. Увеличение количества тестов на ПСА было зарегистрировано в группах с более высоким социально-экономическим статусом и у лиц с «более здоровым» поведением.

Таким образом, поправка на поведение при тестировании на ПСА важна для понимания факторов риска при локализованном (более вероятно, обнаруживаемом при скрининге) и распространенном раке по отдельности. Полученные результаты показывают, что ряд установленных и новых факторов был связан с риском диагноза локализованного и распространенного РПЖ после поправки на историю тестирования участников на ПСА. Необходимы дальнейшие исследования для определения связи этих факторов риска в диагностике клинически значимого РПЖ.

Выводы

Вазэктомия и ожирение связаны с повышенным риском распространенного РПЖ. Снижение риска локализованного и распространенного РПЖ, связанного с ДГПЖ и назначением метформина, требует изучения. ■

Материал подготовлен командой Уробеб.

Источник: British Journal of Cancer volume 127, pages 735–746 (2022)

<https://www.nature.com/articles/s41416-022-01827-1>



Экономическая эффективность диагностики рака предстательной железы

В World Journal of Urology в мае 2023 г. была опубликована статья по изучению экономической эффективности панели биомаркеров мочи в сочетании с МРТ для диагностики рака предстательной железы (РПЖ).



Воздействие на здоровье и экономическую эффективность теста на биомаркеры SelectMDx оценивали при использовании в сочетании с МРТ в двух популяциях США: у мужчин, ранее не подвергавшихся биопсии, и у мужчин с предыдущим отрицательным результатом биопсии.

Используя модель принятия решений, текущая стратегия МРТ сравнивалась с двумя стратегиями SelectMDx: ■



SelectMDx, используемая до МРТ для выбора мужчин для МРТ, и SelectMDx, используемая после отрицательного результата МРТ для выбора мужчин для биопсии.

У мужчин, ранее не подвергавшихся биопсии ПЖ, использование SelectMDx перед МРТ приводило к увеличению QALY на 0,004 на пациента по сценарию SPCG-4 и увеличению на 0,030 QALY по сценарию PIVOT. Экономия средств составляет 1650 долларов США на пациента. При использовании SelectMDx после МРТ приводит к увеличению QALY на пациента на 0,004 (SPCG-4) и 0,006 (PIVOT) с экономией средств в размере 262 доллара США.

В предыдущей отрицательной популяции SelectMDx перед МРТ приводит к увеличению QALY на 0,006 (SPCG-4) и 0,022 (PIVOT), что позволяет сэкономить 1281 доллар США на пациента. SelectMDx после МРТ дает прирост QALY на 0,003 (SPCG-4) и 0,004 (PIVOT) с экономией средств в размере 193 доллара США.

Исследователи сделали вывод, что применение SelectMDx приводит к улучшению результатов в отношении здоровья пациентов и экономии средств. Значение SelectMDx было самым высоким при использовании перед МРТ для отбора пациентов для МРТ и последующей биопсии. ■

Сокращения:

SPCG-4 – скандинавское исследование РПЖ группа 4

PIVOT – исследование, сравнивающее РПЭ и выжидательную тактику при РПЖ.

QALY – концепции лет жизни, откорректированных на качество (quality-adjusted life-year)

Материал подготовлен командой Уровес

Источник: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00345-023-04389-w>



Механизм уросепсиса: взаимосвязь между внутривнутрипочечным давлением и пиеловенозным обратным кровотоком

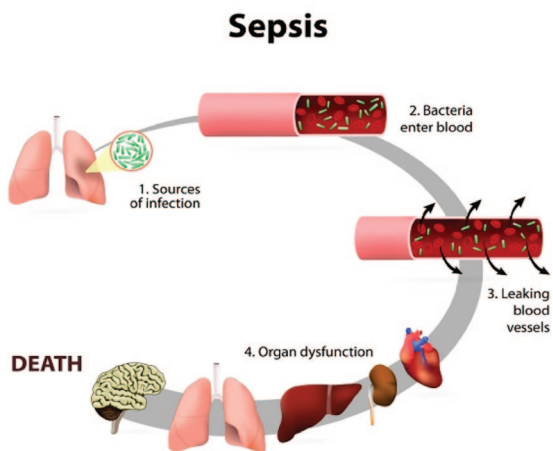
Повышенное внутривнутрипочечное давление (ВПД), возникающее во время гибкой интравенальной хирургии, может повлечь за собой послеоперационные осложнения в виде уросепсиса.

Описаний микроскопических процессов, возникающих вследствие повышенного ВПД, и связанного с ними патогенеза инфекционных осложнений в научной литературе недостаточно.

Группа ученых из Австралии предприняла попытку проанализировать гистологические изменения, наблюдаемые в почечных структурах, подвергшихся повышенному ВПД, и описать возможные механизмы инфекционных осложнений после уретероскопии.

Исследования *ex vivo* проводились на моделях почек свиней. Каждый мочеточник канюлировали двухпросветным мочеточниковым катетером 10 Fr. Через один просвет был проведен провод, чувствительный к давлению, вместе с датчиком, расположенным в почечной лоханке для измерения внутривнутрипочечного давления. Через второй просвет осуществлялась ирригация красящим веществом. Каждая почка подвергалась ирригации красителем при целевых значениях ВПД 5 мм рт. ст. (контроль), 30 мм рт. ст., 60 мм рт. ст., 90 мм рт. ст., 120 мм рт. ст., 150 мм рт. ст. и 200 мм рт. ст.

После ирригации каждая почка была изучена уропатологом. ■



Макроскопически количество окрашенного красителем коркового вещества почек рассчитывали в процентах от общего периметра. Микроскопически при каждом повышении интратенального давления отмечалось наличие рефлюкса красителя в собирательные трубочки или дистальные извитые канальцы, а также другие признаки, связанные с повышенным давлением.

Признаки повышения давления в виде расширения собирательных трубочек впервые появлялись при 60 мм рт.ст. Окрашивание постоянно наблюдалось в дистальных извитых канальцах при давлении ≥ 60 мм рт. ст., и во всех почечных единицах выше этого давления было обнаружено вовлечение коры почек. При ≥ 90 мм рт. ст. окрашивание наблюдалось в венозных структурах. При 200 мм рт. ст. краситель обнаруживался в окружающих тканях, венозной системе, синусовой жировой ткани, перитубулярных капиллярах и гломерулярных капиллярах.

При использовании модели свиней *ex vivo* пиеловенозный обратный кровоток возникал при внутривенном давлении выше 90 мм рт.ст. Пиелотубулярный обратный поток возникал, когда внутривенное ирригационное давление превышало 60 мм рт.ст.

Эти результаты имеют значение для понимания возможных осложнений в виде уросепсиса после гибкой интратенальной хирургии. ■

Материал подготовлен командой Уровеб

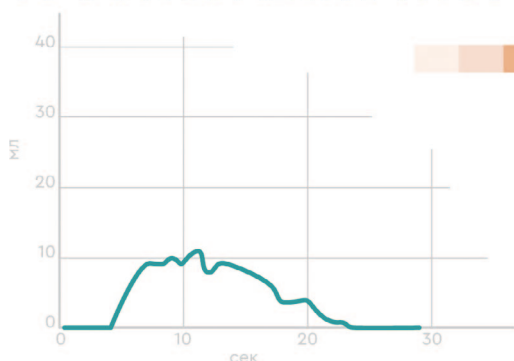
Источник: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37309245/#full-view-affiliation-1>



Новости Флоуселфи

НОВОСТИ ФЛОУСЕЛФИ

КАК ВЫГЛЯДИТ РЕЗУЛЬТАТ УРОФЛОУМЕТРА ФЛОУСЕЛФИ



1. Это настоящий урофлоуметр?

Урофлоуметр «Флоуселфи» (Flowselfie) – настоящий портативный урофлоуметр, который создан для домашнего урофлоуметрического мониторинга (1 целевое применение) и оснащения частных клиник (2 целевое применение).

Он имеет регистрационное удостоверение в качестве медицинского изделия, которое было получено в 2022 году в Росздравнадзоре. Урофлоуметр «Флоуселфи» прост в использовании, результаты могут быть использованы в медицинских документах.

Стоимость на территории РФ – 40 000 руб (без стоимости доставки). Если Вам предлагают дороже – не соглашайтесь.

2. Как выглядит результат Флоуселфи?

В 2022 году в Росздравнадзоре получил регистрационное удостоверение в качестве медицинского изделия портативный урофлоуметр «Флоуселфи» (Flowselfie).

На сегодняшний день – это **самый доступный** по цене урофлоуметр – его стоимость 40 000 рублей.

Основное назначение Флоуселфи – домашний мониторинг нарушений мочеиспускания, он может быть использован дома самим пациентом.

Часто урологи задают вопрос – как выглядит результат УФМ – урофлоуграмма, получаемая при использовании Флоуселфи?

Результаты Флоуселфи, получаемые с помощью мобильного приложения Этта, выглядят вот так:





3. Есть ограничения по использованию?

Часто задаваемый вопрос – если какие-то ограничения по использованию – например, ограниченное количество процедур или обязательное подключение к интернету?

Отвечаем:

1. Количество процедур не ограничено.
2. Чтобы распечатать и/или переслать результаты нужен интернет. Требования к интернету минимальны, как при пересылке обычных сообщений в мессенджерах.
3. В памяти прибора можно хранить 50 урофлоуграмм – 128 кБ.

4. Можно ли взять прибор на апробацию?

Урофлоуметр «Флоуселфи» (Flowselfie) – зарегистрированный на территории РФ портативный урофлоуметр, который можно использовать как в клинике, так и давать пациентам на дом для проведения дистанционного мониторинга.

Апробация Флоуселфи проводилась с 2019 по 2021 гг, после ее успешного завершения было получено регистрационное удостоверение в качестве медицинского изделия.

Портативный УФМ доказал свою работоспособность, эффективность, возможность получения уникальных данных, в том числе построение автоматического дневника мочеиспускания.

В 2023 году планируется проведение клинических исследований с использованием Флоуселфи. ■



Заказать и оплатить можно тут:



Посмотреть видео как пользоваться Флоуселфи можно тут:



Обучающий курс для урологов по нарушениям мочеиспускания тут:



UroHub



Юбилейный XX Конгресс «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

25
Апреля
2024

Регистрация открыта
www.rusmh.com

27
Апреля
2024

Г. Сочи, Congress Center «Pullman&Mercure».

Редакция дайджеста:

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

Специальные корреспонденты:

- » Красняк Степан Сергеевич
 - » Зеленская Мария Петровна
 - » 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 2Б12

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