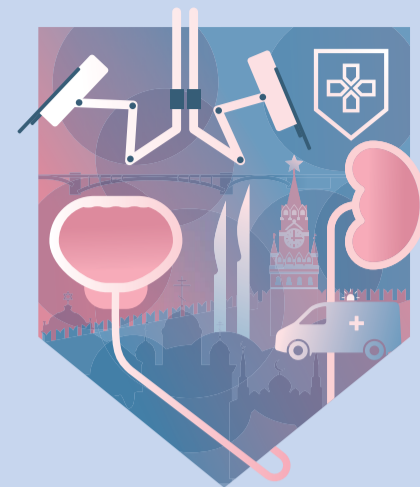


# Урология сегодня

Издаётся  
с 2009 года

№ 1<sup>76</sup> 2024  
Москва



## ОТ РЕДАКТОРА



Дмитрий  
Юрьевич  
ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

### Дорогие коллеги!

Мне очень приятно обратиться и к постоянным читателям нашей газеты, и, конечно, к ее будущим читателям. Профессор Николай Александрович Григорьев передал мне эстафету главного редактора, что делает мою работу еще более ответственной. С первого дня я являюсь читателем «Урологии сегодня». Газета привлекала внимание коллег многие годы, уверен, что с помощью наших лидеров-экспертов мы сохраним ее традиции и в целом традиции урологии, ведь миссия нашего издания состоит именно в этом.

Современный уролог — врач совсем другого порядка, чем еще сто лет назад. Он должен знать не только урологию и онкологию, но и урогинекологию, генетику и эпигенетику, молекулярные основы клеточной терапии, основы химио- и лучевой терапии, эндокринологию и даже неврологию и психологию. Вот почему нам необходима специализированная газета как интегральная площадка, способная собрать всех нас воедино. Важно, что на ее страницах находят отражение мультидисциплинарные проблемы. Ведь в современном мире уролог должен быть именно таким мультидисциплинарным специалистом.

Мы будем стремиться к тому, чтобы любой уролог — ординатор, аспирант, кандидат или доктор наук, профессор, академик — мог опереться на наше издание как на специализированное, объединяющее специалистов. Газета выходит с 2009 года. Можно без преувеличения сказать, что за эти 15 лет она воспитала несколько поколений урологов. Некоторые из них по мере профессионального роста из читателей превращаются в авторов и участников редакционного процесса. Это можно только приветствовать!

Особое значение в обновленной версии газеты приобретают сообщения из регионов. Единообразие урологической службы и сильные лидеры на местах — вот, пожалуй, одна из основных задач развития нашей специальности сегодня. В этом номере трибуна представляется Москве.

Огромное спасибо  
за доверие и поддержку!  
Ваш Д.Ю.



## ВЕСТИ ИЗ РЕГИОНОВ

### Чем живет и как развивается московская урологическая служба

Об этом рассказывает Любовь Алексеевна Ходырева, доктор медицинских наук, руководитель организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента (НИИОЗММ) ДЗМ».



— Любовь Алексеевна, отличаются ли структура заболеваемости, осложнения и исходы урологических заболеваний москвичей от общероссийских? Есть ли в столичном регионе какая-то эндемичная патология мочеполовой системы?

— К счастью, эндемичных заболеваний именно по урологическому профилю, характерных для московского мегаполиса, не существует. Структура урологической заболеваемости в столице мало чем отли-

чается от таковой по России в целом. Отчасти это обусловлено тем, что в столичных клиниках проходят лечение многие жители регионов, ближнего и дальнего зарубежья, а не только москвичи.

— С какими урологическими заболеваниями пациенты чаще всего обращаются к вашим коллегам?

— Самая распространенная патология, с которой в последние годы сталкивается московская урологическая служба, — это мочекаменная болезнь (МКБ). 60 % госпитализированных в стационар составляют пациенты с почечной коликой, вызванной камнем почки или мочеточника, с нарушением пассажа мочи по мочевым путям.

На второе место я бы поставила доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ). Мои коллеги много времени и сил уделяют возрастным пациентам с этим заболеванием. Аденома простаты характеризуется расстройством мочеиспускания, обусловленным гормональной перестройкой в организме мужчины. Сбои этой перестройки по-

Продолжение на с. 2 →

Терапия  
дизурии 4

Технология  
гистифьюжн 6

Болезнь  
цивилизации 8

Гематоспермия —  
пугающий  
симптом  
или нет? 14

## НОВОСТИ

### Симпозиум ASCO

В январе 2024 года состоялся ежегодный симпозиум Американского общества клинической онкологии (American Society of Clinical Oncology, ASCO) с фокусом на последних достижениях в лечении злокачественных новообразований (ЗНО) мочеполового тракта.

**Рак мочевого пузыря.** В презентации результатов III фазы исследования AMBASSADOR сообщалось о повышении с 14 до 29 месяцев медианы безрецидивной выживаемости (МБВ) при адьювантном применении пембролизумаба у пациентов с высоким риском мышечно-инвазивной уротелиальной карциномы. При этом не наблюдалось значимой разницы в эффективности в зависимости от уровня экспрессии PD-L1 в опухоли и предшествующей неоадьювантной химиотерапии. Кроме того, на ASCO GU (Genitourinary) были представлены результаты III фазы исследования EV-302 с оценкой эффективности комбинации энфортумаба ведотина и пембролизумаба в сравнении с химиотерапией на основе платины у пациентов с местнораспространенным раком мочевого пузыря (РМП). Эта комбинация удвоила медиану выживаемости без прогрессирования (ВБП; 12,5 vs 6,3 мес, коэффициент рисков 0,44) и общую выживаемость (ОВ; 31,5 vs 16,1 мес, коэффициент рисков — 0,47). Преимущество комбинации энфортумаба ведотина и пембролизумаба продемонстрировано во всех подгруппах, независимо от экспрессии PD-L1, возраста, расы, пола, локализации первичных очагов и метастазов. Эти данные еще раз подтверждают, что энфортумаб ведотин в сочетании с пембролизумабом способен

Окончание на с. 9 →

# Чем живет и как развивается московская урологическая служба

← Продолжение, начало на с. 1

## Дорогие читатели!

Этим материалом мы открываем традицию, согласно которой в каждом номере нашей газеты будет публиковаться интервью с руководителем или представителем урологической службы одного из регионов России. Данное же интервью, первое из этой серии материалов, познакомит вас с урологической службой Москвы.

Итак, мы будем говорить с регионами России о самом важном и наиболее в нашей лечебной работе. И будем говорить по-честному! То есть обсуждать не только достижения региональных служб, но и их проблемы. В том числе острые, требующие быстрых и действенных решений.

Сегодня урологическое направление в медицине развивается так быстро, как никакое другое. И происходит это в том числе благодаря лидерам, которые замечают все новое, что появляется в урологии, и способствуют внедрению инноваций в клиническую практику. Наши лидеры в регионах — это не только главные специалисты-урологи, но и члены правления и президиума Российского общества урологов, это наиболее опытные и инициативные сотрудники кафедр урологии в региональных медицинских вузах, руководители урологических клиник и отделений в крупных многопрофильных больницах.

Нашим читателям еще предстоит встречи с ними, и обещаем, что это будут яркие, запоминающиеся публикации. Но сегодня в центре внимания столичная урологическая служба. Москва — особый регион в плане лечения урологических пациентов. Ведь в столице сконцентрированы крупнейшие клиники по этому профилю, исследовательские центры, кафедры известных всей стране медицинских вузов.

Когда слышу от коллег, что Москва — образец для всех остальных регионов по качеству оказания медицинской помощи урологическим больным, я соглашаюсь только с одной стороны, а с другой — готов поспорить с такими утверждениями. Потому что, например, для меня как для главного специалиста-уролога РФ образцовыми также являются и многие наши регионы. Прежде всего это Ростов-на-Дону и Краснодар, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Нижний Новгород, некоторые регионы Сибири и Дальнего Востока. Живущие и работающие здесь коллеги сделали очень много для нашей специальности и, безусловно, заслужили, чтобы мы представили им слово на страницах газеты.

Еще одна актуальная тема в нашей газете — достижения российской и московской урологических школ. В этой связи мы обязательно вспомним, что в 2024 году исполняется 100 лет со дня рождения основателя обеих этих школ — академика РАН Николая Алексеевича Лопаткина (1924–2013). А разве можно забыть о вкладе члена-корреспондента АМН СССР Юрия Антоновича Пытала (1902–1982), участника обороны Сталинграда, который стал основателем ни на что не похожей, самобытной школы университетской классической урологии!

Рассказывая на страницах газеты о лидерах минувших лет, наших великих учителях в урологии, мы создадим информационный ресурс для воспитания молодых кадров, что, как мне кажется, является важнейшей задачей нашего издания.

Академик Д.Ю. Пушкар, главный редактор газеты «Урология сегодня»

нистраторы, которые напомнят больному о визите ко врачу в назначенное время, объяснят, какие данные лабораторных исследований необходимы, как правильно подготовиться к врачебному осмотру.

По-моему, очень ценно и то, что вся медицинская документация сегодня абсолютно прозрачна для пациента. Поэтому

онкология, ультразвуковая диагностика, урогинекология, эндокринология, микрохирургия и целый ряд других.

— Есть ли в службе кадровый дефицит?

— В Москве дефицита урологов нет ни в стационарах, ни в поликлиниках. Для врача очень ответственно и почетно работать в московском здравоохранении, поэтому каждый дорожит и своим коллективом, и пациентами.

— Устраивает ли вас уровень подготовки молодых урологов, которые приходят на работу в службу?

— Очень разные молодые люди поступают после окончания медицинского вуза в ординатуру. Есть те, кто понимает, зачем пришел сюда, много и усердно работает, активно обучается в клинике, в симуляционном центре ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина», а также в кадровом центре ДЗМ, много читает, стремится заниматься наукой, знает иностранные языки (и не один).

Но есть и пришедшие в медицину случайно, не всегда даже осознавая, зачем и куда они попали. Так было всегда и так будет, наверное, тоже всегда. Ведь в 16–18 лет (за редкими исключениями) довольно сложно понять, кем ты хочешь быть. В результате, проучившись 6 лет в университете и даже закончив после этого ординатуру, многие уходят из медицины. Почему? Профессия врача — одна из самых сложных, необходимо все время учиться, совершенствоваться, нести огромную ответственность за здоровье и жизнь пациента, за свои действия, а с годами и за каждого сотрудника коллектива. Медицина — это

тенцируют доброкачественный рост или гиперплазию предстательной железы. Благодаря развитию фармакологической индустрии это заболевание в большинстве случаев перешло из разряда «оперативных» в разряд «консервативных». У нашего пациента всегда есть выбор: прооперироваться или принимать комбинированную таблетированную терапию в течение жизни.

В амбулаторной урологической практике также очень распространены острые и рецидивирующие неосложненные циститы. К сожалению, этим недугом страдают множество женщин.

— А какие болезни представляют наибольшую сложность для урологической службы столицы в плане трудозатрат врачей и расходов системы ОМС?

— Здесь, я думаю, нужно разделить урологическую службу на амбулаторное и стационарное звенья. Для амбулаторной службы наиболее сложны уже названные мной циститы у женщин. Эта патология подобна хамелеону. Под ее маской могут скрываться банальный и рецидивирующий цистит, цисталгии, синдром хронической тазовой боли, опухоль мочевого пузыря, гиперактивный мочевой пузырь, нейрогенные дисфункции, недержание мочи и так далее, что затрудняет диагностику.

Не всегда московскому урологу за те 12 минут, которые он должен потратить на прием одного больного, удастся опросить пациентку, осмотреть ее в гинекологическом кресле, выполнить урофлоуметрию, исключить наличие остаточной мочи, записать все это и дать рекомендации с необходимыми пояснениями. Времени катастрофически не хватает. Для стационаров же самые сложные случаи — это экстренно поступающие пациенты с осложненными урологическими заболеваниями.



Робот Да Винчи в Боткинской больнице



Онкоурологическая операция в Боткинской больнице

— Охарактеризуйте, пожалуйста, доступность и возможности лечения для московского пациента урологического профиля.

— Сегодня сложился новый стандарт столичной поликлиники. Благодаря постоянной поддержке правительства Москвы, а также лично руководителя Департамента столичного здравоохранения (ДЗМ) А.И. Хрипуна открываются новые благоустроенные поликлиники с предельно четкой и простой маршрутизацией пациентов, оцифровкой медицинских документов, удаленной записью к любому специалисту. Сейчас пациент может воспользоваться единым телефонным номером 122 для записи к врачу на необходимое исследование, процедуры, реабилитацию, а также узнать, где можно получить или приобрести нужное ему лекарство, и так далее.

Созданы очень комфортные условия для больного. Становясь все сложнее и многограннее, медицина не отдаляется от пациента, а, напротив, она максимально приблизилась к нему. В городских поликлиниках работают подготовленные адми-

и он сам, и его доверенные лица могут в режиме онлайн видеть все данные амбулаторной карты. Хорошо развита и служба оказания консультативной, специализированной, паллиативной помощи на дому, социальной помощи в московских стационарах. В последних с 2016 года успешно развивается пилотный проект «стационар кратковременного пребывания», причем уже не только для плановых пациентов, но и для экстренных, и не только москвичей. А какое оснащение сейчас закупается для поликлиник и больниц! Раньше мы о таком могли только мечтать.

— Сколько урологов занято в амбулаторном и госпитальном звене службы?

— В медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы (ДЗМ), успешно работают 300 урологов в амбулаторном и чуть меньше — в госпитальном звене. Для оказания квалифицированной медицинской помощи современному урологу управляет сложнейшей медицинской техникой, осваивает смежные специальности, такие как

постоянный труд, работа днем и ночью, без выходных и праздников. Врач всю жизнь постоянно на работе. Далеко не каждый выдержит такую нагрузку.

— Сколько отделений урологии открыто в московских поликлиниках и больницах?

— Урологические кабинеты действуют в 46 городских поликлиниках, филиалах, КДЦ, поликлиниках при городских больницах. В стационарах работают 25 урологических отделений, в том числе для пациентов с туберкулезом, ветеранов войн, больных инфекционного профиля с патологией мочеполовых органов.

Специализированные стационары урологического профиля, в которых сегодня развернуто около 900 коек, оснащены современным оборудованием, включая высокотехнологичное. Но главное для нашей службы — не инструменты. Главным для нас всегда были люди, доктора. Наши заведующие отделениями, врачи стационаров и поликлинические урологи — это профессионалы с большой буквы, каждо-

му из которых можно поклониться за его работу, отзывчивость, воспитанность, доброту. Это когорта людей, которые никогда не подведут и всегда придут на помощь.

В системе ДЗМ действуют 5 клиник, которые оснащены роботизированной техникой и имеют по несколько подготовленных междисциплинарных команд, включающих урологов и онкоурологов, операционных сестер, а также анестезиологов, работающих вместе как единый сплоченный организм. Роботизированные комплексы есть также в федеральных центрах и коммерческих клиниках Москвы.

Урологические отделения 11 городских больниц объединены в центр биопсии предстательной железы с использованием технологий гистосканирования. Напомним, что гистосканирование — это новый уникальный метод визуализации простаты, основанный на компьютеризированном анализе ультразвуковых характеристик исследуемой ткани. Благодаря тому, что морфология опухолевых клеток способна изменять акустические свойства ткани, данная методика позволяет обнаружить опухоль, оценить ее объем и локализацию в предстательной железе, а затем провести прицельную (таргетную) трансректальную биопсию с использованием специального программного обеспечения — True Targeting — в режиме реального времени. По точности данный метод значительно превосходит обычное УЗИ. Сегодня с использованием этой технологии выполнено почти 6 тыс. биопсий.

В 2023 году урологи медицинских организаций ДЗМ выполнили около 90 тыс. операций различной сложности в круглосуточных стационарах урологического и онкоурологического профиля, а также в стационарах кратковременного пребывания (СКП). Благодаря руководству ДЗМ и академику РАН Д.Ю. Пушкаря в столичных клиниках больницах открыты и успешно работают 19 СКП, которые принимают как плановых, так и экстренных пациентов, причем не только москвичей.

А лучше всего оснащен высококвалифицированными кадрами и высокотехнологичным оборудованием Московский урологический центр на базе ГБУЗ «ГКБ им С.П. Боткина ДЗМ», который выводит урологическую службу нашего города на новый уровень.

— **Расскажите о нем подробнее...**

— Благодаря огромному вкладу академика РАН Д.Ю. Пушкаря при поддержке ДЗМ и правительства Москвы для повышения доступности урологической помощи населению столицы в корпусе № 20 Боткинской больницы в ноябре 2023 года открылся Московский урологический центр. Произошло это в результате объединения двух крупнейших урологических клиник страны: Боткинской больницы и ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого.

Московский урологический центр представлен стационарами скорой медицинской помощи и кратковременного пребывания,

а также отделениями экстренной, плановой урологической и онкоурологической помощи. Центр одновременно принимает на стационарное лечение 161 планового пациента и более 30 экстренных.

Здесь занимаются не только лечением, но и научно-исследовательской работой, планируют проведение апробаций ново-



В Боткинской больнице открылся Московский городской урологический центр

го оборудования и лекарственных препаратов. Кроме того, это самый большой центр подготовки урологов, использующий в образовательных целях мощности симуляционного подразделения Боткинской больницы.

В составе Московского урологического центра действуют роботизированные, эндоскопические, лапароскопические операционные, урологические кабинеты с литотрипторами, которые позволяют проводить малотравматичное лечение мочекаменной болезни, а также кабинеты УЗИ с аппаратами экспертного класса, уродинамический кабинет для предоперационного обследования пациентов с различными расстройствами мочеиспускания.

Самые современные на сегодня роботизированные хирургические системы Da Vinci позволяют выполнять высокотехнологичные и малотравматичные операции.

В центре будет производиться до 17 тыс. урологических операций ежегодно, из них до 1,5 тыс. робот-ассистированных и более 11 тыс. — эндоурологических и лапароскопических. Подавляющее большинство операций будут малоинвазивными. Таким образом, центр стал крупнейшим форпостом роботизированной урологии в Москве и России.

Московский урологический центр на базе Боткинской больницы выводит урологическую службу нашего города на новый уровень. В одном корпусе теперь сконцентрированы лучшие специалисты в области урологии. Сотрудники центра проводят лечение всего спектра урологических заболеваний, включая онкологические (рак почки, предстательной железы и мочевого пузыря, половых органов мужчины), а также мужского бесплодия, осуществляют фаллопротезирование, терапию урогинекологических заболеваний и недержания мочи у мужчин.

В состав центра вошла единственная в России уникальная специализированная патоморфологическая лаборатория, созданная при непосредственном участии академика Д.Ю. Пушкаря, которая работает с 2008 года. Ежегодно здесь изучают порядка 50 тыс. микропрепаратов и проводят иммуногистохимические ис-

следования. Лаборатория является экспертным центром для получения второго мнения и обладает возможностью онлайн-консультаций с зарубежными коллегами. Академики О.Б. Лоран и Д.Ю. Пушкарь с честью несут и с радостью делятся знаниями и навыками в области урогинекологии, полученными от учителя, наставника и друга — профессора Д.В. Кана. Группой урогинекологов нашего центра разработаны алгоритмы обследования и лечения больных обоих полов с недержанием мочи и женщин с пролапсом гениталий. Определены четкие показания к применению синтетических протезов для лечения недержания мочи и пролапса гениталий в рамках консилиумов урологов и гинекологов. В Боткинской больнице создано уникальное отделение урогинекологии и функциональной урологии.

— **Приведите пример высокотехнологичного лечения, доступного урологическим пациентам этого учреждения.**

— Расскажу о неинвазивном методе лечения локализованного рака при помощи сфокусированного ультразвука высокой интенсивности (high intensity focused ultrasound — HIFU) с использованием новейшего аппарата для абляции тканей — роботизированного комплекса Focal One. Сфокусированный ультразвук достигает опухоли, не повреждая окружающие ткани, и повышает температуру внутри новообразования, вызывая его некроз.

Благодаря объединению инновационных разработок в области визуализации, робототехники и HIFU-технологий роботизированная HIFU-система позволяет в равной степени осуществлять абляцию пораженной раком предстательной железы и проводить слияние данных ультразвуковой визуализации, МРТ и биопсии. Ценно и то, что данная методика помогает сохранить сексуальную функцию и удержание мочи.

— **Решение какой из стоящих перед московской урологической службой проблем кажется вам первоочередной задачей, чтобы завтра она стала работать лучше, чем сегодня?**

— Совместно с сотрудниками ДЗМ мы разрабатываем комплексные услуги по урологии, образовательные программы и многое другое. Это позволит повысить качество оказания медицинской помощи пациентам нашего профиля и позитивно отразится на урологической службе в целом. ☺

— **Есть ли принципиальные различия между тем, как сегодня ведет своего больного московский уролог, и как это делают его коллеги в странах с наиболее развитой медициной? Если наша урологическая служба, а соответственно и пациент с заболеваниями мочеполовой системы в чем-то проигрывают, как улучшить ситуацию?**

— Мы не проигрываем, мы выигрываем. У нас созданы все условия для подготовки уролога, повышения его квалификации, приобретения им новых навыков. Под руководством главного уролога Минздрава России и ДЗМ — академика Д.Ю. Пушкаря с 2015 года активно работает Московская урологическая школа, а с 2020 года — и Московская онкоурологическая школа, созданные на модульной основе. Здесь читают лекции высококвалифицированные профессора, в том числе урологи, онкологи, химиотерапевты и гинекологи. Основной фундамент преподавания в этих научных школах — междисциплинарный подход с использованием достоверных научных медицинских теорий и фактов.

Правительство Москвы создало и такие уникальные площадки, как кадровый и симуляционный центры на базе ГКБ имени С.П. Боткина с богатым арсеналом оборудования. Здесь любой врач в любое время может отработать навыки, необходимые для выполнения операций урологического профиля.


— **Похожа ли ситуация в урологии на ту, что складывается, например, в онкологии и диабетологии, где правительство Москвы активно помогает в бесплатном обеспечении столичных пациентов дорогостоящими препаратами?**

— Московский пациент имеет максимально комфортные условия для обследования, лечения, диспансеризации, реабилитации. Ни в одной стране мира вы не увидите столь же доступной первичной специализированной амбулаторной, стационарной и высокотехнологической помощи, как та, которой московская урологическая служба обеспечивает своих пациентов. Москвичи с заболеваниями органов мочеполовой системы при поддержке правительства Москвы и ДЗМ имеют возможность получать широкий список льготных лекарств, а также изделий медицинского назначения, имплантов мужских половых органов.

— **Решение какой из стоящих перед московской урологической службой проблем кажется вам первоочередной задачей, чтобы завтра она стала работать лучше, чем сегодня?**

— Совместно с сотрудниками ДЗМ мы разрабатываем комплексные услуги по урологии, образовательные программы и многое другое. Это позволит повысить качество оказания медицинской помощи пациентам нашего профиля и позитивно отразится на урологической службе в целом. ☺


Александр Рылов, к.м.н.



www.abvpress.ru

**Мобильное приложение**

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.



- ГАЗЕТЫ
- КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
- СПРАВОЧНИКИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
- УДОБНЫЙ ФУНКЦИОНАЛ: ВОЗМОЖНОСТЬ ЧТЕНИЯ OFF-LINE.

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

# Симптоматическая терапия дизурии: как, когда, зачем?

Азокраситель феназопиридин относится к категории уроанальгетиков, оказывающих прямое местное воздействие на слизистую оболочку нижних мочевыводящих путей (НМП). Поговорим о его эффективности, безопасности и особенностях применения у больных урологического профиля.



Дмитрий Юрьевич ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва



Александр Олегович ВАСИЛЬЕВ

К.м.н., сотрудник онкоурологического отделения № 80 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы»

## Исторический аспект

Феназопиридин широко используется в амбулаторной практике для лечения пациентов с неосложненными инфекциями мочевыводящих путей (ИМП) и связанных с ними состояний (боль, жжение, учащенное мочеиспускание и др.), а также при симптоматической терапии дизурии, вызванной раздражением слизистой оболочки НМП вследствие травм, хирургических вмешательств, эндоскопических процедур, установки уретрального катетера или мочеточникового стента. Благодаря своим обезболивающим свойствам феназопиридин широко применяется в комбинации с антибактериальными препаратами для облегчения боли и повышения комплаентности к терапии.

Феназопиридин был синтезирован в 1914 году, а Фармакопеей США принят в 1928 году. К концу 1934 года были опубликованы материалы о значительном (с участием более 3000 пациентов) клиническом опыте применения препарата при инфекциях урогенитального тракта. Первое время феназопиридин широко использовался в терапии пациентов с ИМП как бактерицидный лекарственный препарат (ЛП) в связи с предположением о наличии у него подобных свойств.

Лечебный подход к терапии ИМП был окончательно утвержден с появлением антибиотиков в конце 1930-х, благодаря чему феназопиридин сохранялся в качестве адьюванта. На протяжении многих десятилетий препарат назначался сам по себе либо в сочетании с антибиотиками или другими препаратами. Интерес к нему значительно возрос после того, как в 2012 году V. Pergalotitis и соавт. была предложена концепция использования уро-

анальгетиков — ЛС, оказывающих местное анальгетическое действие на НМП.

## Как он работает

Механизм действия феназопиридина изучен не до конца — доступна лишь базовая информация о его взаимодействии с организмом. Имеются данные о селективном эффекте препарата, направленном на снижение активности механочувствительных нервных волокон группы А в мочевом пузыре (МП). Феназопиридин также препятствует активности киназ, ответственных за рост клеток, метаболизм и восприятие боли. Впервые влияние препарата на афферентную иннервацию МП было изучено A.N. Aizawa и соавт. По результатам экспериментального исследования на крысах линии Спрег — Доули авторы пришли к выводу, что феназопиридин может напрямую ингибировать механочувствительные Аδ-волокна в нормальном МП крысы, объяснив клиническую эффективность препарата в условиях повышенной чувствительности МП.

Именно селективное действие на НМП отличает феназопиридин от других ЛС (спазмолитиков, анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов — НПВП), которые используются для купирования дизурии.

После перорального приема препарат достаточно быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте, достигая максимальной концентрации в плазме уже

через 2–3 часа. Исследования, посвященные определению периода полувыведения, показали, что в среднем у феназопиридина он составляет 9,4 часа. Степень связывания препарата с белками плазмы неизвестна, а его основным путем метаболизма у людей является гидроксилирование. После перорального приема феназопиридин достаточно быстро выводится из организма почками: 90 % в течение суток при приеме препарата в дозе 600 мг/сут, при этом 41 % (по другим данным — 65 %) — в виде химически неизмененного препарата и 49 % — в виде метаболита.

Рекомендуемая продолжительность лечения феназопиридином составляет 2 дня: за столь короткий период происходит быстрое облегчение дизурических и болевых симптомов до тех пор, пока антибиотики не начнут эффективно бороться с инфекцией

Феназопиридин назначают внутрь по 200 мг 3 раза в сутки. Безрецептурная формула является ценным вариантом для временного облегчения симптомов в ожидании дополнительной медицинской помощи. Чтобы предотвратить дискомфорт в желудке, препарат следует принимать во время или после еды, запивая стаканом воды. Рекомендуемая продолжительность лечения составляет 2 дня: за столь короткий

## Эффективность и безопасность

Благодаря способности феназопиридина окрашивать мочу в оранжево-красный цвет (о чем следует предупреждать пациентов), в ряде исследований была изучена его роль при проведении диагностической цистоскопии и интраоперационной оценке проходимости мочеточника и выявлении повреждений мочевыводящих путей исследовалась в работе E.M. Strom и соавт. на когорте из 207 пациентов. Эффективность феназопиридина составила 91,8 %, причем онакратно возросла при увеличении дозировки до 200 мг (против 100 мг;  $p = 0,02$ ) по крайней мере за 4,5 часа до операции. Авторы также пришли к выводу, что назначение феназопиридина не препятствует проведению дополнительных диагностических процедур с применением флюоресцеина натрия или внутривенной пиелографии и может эффективно использоваться специалистами независимо от уровня подготовки.

Те же данные, но с более продолжительной временной дельтой предоперационного приема феназопиридина были получены

докаином. Кроме того, им был рекомендован прием 200 мг препарата каждые 8 часов в течение первых суток после процедуры.

В контрольной группе из 47 женщин применялся только гель с лидокаином. После процедуры пациентки оценивали выраженность симптомов с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) через 3, 8 и 24 часа. После цистоскопии разница в количестве баллов составила 27,7 % в пользу основной группы ( $p < 0,001$ ). Через 3 часа после процедуры средний балл в основной группе оказался в 2 раза меньше, чем в контрольной ( $p = 0,012$ ); через 3 и 8 часов доли «нулевых» результатов составили 10 и 0; 28 и 4 балла соответственно ( $p < 0,005$ ).

Уроанальгетический эффект и безопасность применения феназопиридина в симптоматической терапии больных острым неосложненным циститом (ОНЦ) были изучены M.I. Давидовым и соавт. В работе приняли участие 152 женщины с ОНЦ.

Их разделили на две группы: в основной пациентки получали по 200 мг феназопиридина 3 раза в день в течение 2 суток в комбинации с фосфомицином трометамолом (3 г однократно), а в контрольной — однократно 3 г фосфомицином трометамолом в комбинации с дротаверином (по 80 мг 3 раза в день в течение двух суток).

В основной группе выраженность боли по ВАШ через 12 часов снизилась с исходных  $7,2 \pm 0,5$  до  $1,6 \pm 0,2$  балла, через 24 часа — до  $0,4 \pm 0,05$  балла, а через 48 часов исчезла у всех пациенток. В контрольной группе на всех сроках наблюдения был зафиксирован менее выраженный обезболивающий эффект ( $p < 0,001$ ). Суммарная оценка характерных симптомов цистита по шкале ACSS в основной группе через трое суток снизилась с исходных  $12,0 \pm 0,5$  до  $2,1 \pm 0,3$  балла, через шесть суток — до  $0,28 \pm 0,04$  балла, что достоверно ( $p < 0,001$ ) свидетельствовало о более быстрой ликвидации симптомов, чем в группе сравнения. Выраженный симптоматический эффект феназопиридина (купирование боли, дизурии и дискомфорта) обеспечивал более заметное улучшение самочувствия пациенток основной группы при сопоставлении с больными из группы сравнения, что подтверждено ( $p < 0,001$ ) оценкой по разделу Dynamics шкалы ACSS.

Комбинация фосфомицином и феназопиридина оказалась более эффективной, чем фосфомицином и дротаверином: выздоровление в основной группе наступило у 97,4 % пациенток, бактериологическая эффективность составила 96,9 %, в более ранние сроки исчезла лейкоцитурия, на 30,1 % сократились сроки лечения. В последующей работе авторы пришли к выводу, что комбинация антибиотика первой линии фосфомицином и уроанальгетика феназопиридина имеет клиническую эффективность (выздоровление) 97,3 % и бактериологическую эффективность 96,8 %, быстрее и эффективнее ликвидирует боль и другие симптомы заболевания и более чем на 30 % сокращает сроки временной нетрудоспособности.

Эффективность комбинированной терапии острых неосложненных инфекций мочевыводящих путей была также изучена С. Deeralatha и N. Deshpande. В рандомизированное открытое сравнительное исследование было включено 80 пациентов, разделенных на 3 группы.

Первая группа ( $n = 35$ ) получала монотерапию феназопиридином — 200 мг 3 раза в день в течение 48 часов с момента постановки диагноза. Во второй группе ( $n = 25$ ) проводилась терапия феназопиридином в комбинации с ципрофлоксацином/доксициклином, а в третьей группе ( $n = 20$ ) — препаратом Цистон (по 2 таблетки 3 раза в день в течение 48 часов). Из 60 пациентов, принимавших феназопиридин в качестве монотерапии и в комбинации с антибиотиком, через 48 часов было отмечено снижение частоты жжения при мочеиспускании на 73 % в первой группе и на 91 % во второй.

У принимавших Цистон интенсивность жжения при мочеиспускании уменьшилась на 53 % ( $n = 10$ ). Вторая группа показала более высокую степень снижения дизурических симптомов по сравнению с первой и третьей. Увеличение биодоступности ципрофлоксацина на фоне комбинированного приема феназопиридина было также изучено G. Marcelín-Jiménez и соавт. в проведенном в 2006 г. фармакокинетическом исследовании на примере группы больных из мексиканской популяции.

#### Российский опыт

Эффективность и безопасность феназопиридина для больных ОНЦ проанализировали С.Б. Петров и соавт. В многоцентровое двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование в параллельных группах включили 60 женщин, разделенных на две группы по 30 человек.

Пациенткам основной группы (средний возраст —  $32,6 \pm 7,4$  года) перорально назначали феназопиридин (2 таблетки по 100 мг), суммарная доза препарата — 200 мг однократно. Участницам контрольной группы (средний возраст —  $35,53 \pm 8,79$  года) по той же схеме назначали плацебо. Оценка эффективности лечения проводилась через 6 часов после приема препаратов. Пациенткам назначали антибактериальную терапию и наблюдали за ними в течение следующих 3 суток. Переносимость терапии оценивалась по наличию нежелательных явлений (НЯ).

Все пациентки основной группы, принимавшие феназопиридин, отметили значительное улучшение состояния. Интенсивность всех показателей, оцениваемых по ВАШ (степень общего дискомфорта, боль при мочеиспускании и его учащение), в основной группе снизилась в большей степени, чем в контрольной.

Средняя оценка общего дискомфорта в основной группе уменьшилась на 53,4 %, в контрольной — на 28,8 %, выраженность боли при мочеиспускании — на 57,4 и 35,9 %, а его частота — на 39,6 и 27,6 % соответственно. Промежуток времени до полного исчезновения общего дискомфорта в основной группе оказался достоверно меньше, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ). Серьезных НЯ на фоне приема феназопиридина не было.

Большой опыт применения феназопиридина (препарат Уриналгин® Ф) накоплен коллективом клиники урологии Российского университета медицины (до декабря 2023 г. — Московский государственный университет им. А.И. Евдокимова). Всем перенесшим различные инструментальные исследования (уретроцистоскопия)

и лечебно-диагностические процедуры (дренирование мочевого пузыря) препарат назначался внутрь по 200 мг в среднем за 20 минут до исследования, а затем каждые 8 часов (всего 3 раза в сутки), но не дольше 2 дней.


В группе перенесших установку внутреничного стента, мочеточникового катетера или цистоуретероскопию препарат назначался накануне операции в средних терапевтических дозах и, как и в случае с перенесшими цистоскопию или установку уретрального катетера, дальнейший прием феназопиридина продолжался не более двух дней.

В ряде случаев после перерыва в приеме препарата его использование было возобновлено через 4–5 дней по согласованию со специалистом. У всех пациентов отмечена хорошая переносимость; нежела-

тельных (в том числе серьезных) явлений отмечено не было. Полученные данные сопоставимы с результатами зарубежных и российских исследований, что позволяет рекомендовать феназопиридин различным группам больных как на амбулаторном, так и на стационарном лечении.

Феназопиридин в целом имеет хороший профиль безопасности, случаи серьезных НЯ редки. Тяжелые и потенциально опасные для жизни НЯ, как правило, обусловлены почечной и (или) печеночной недостаточностью, превышением рекомендуемых доз и продолжительности приема препарата. Метгемоглобинемия, вызванная приемом феназопиридина, встречается редко: с 1951 года было зарегистрировано менее 50 случаев.

Современные методы лечения пациентов с неосложненными инфекциями мочевыводящих путей, синдромом болезненного

МП, интерстициальным и острым циститом предполагают использование препаратов, способных, при прочих равных условиях, быстро облегчать симптомы дизурии. Феназопиридин по праву является одним из таких ЛП: через 20 минут после приема препарат способен значительно облегчать симптомы дизурии. Эффективность и безопасность феназопиридина подтверждены рандомизированными контролируемые исследованиями, проведенными в России и за рубежом. Следует помнить о том, что применение препарата для устранения дизурических явлений, связанных с инфекцией мочевыводящих путей, не должно задерживать установление диагноза и начало патогенетического лечения. Феназопиридин следует применять для облегчения боли, а не для замены специфической антибактериальной терапии. 

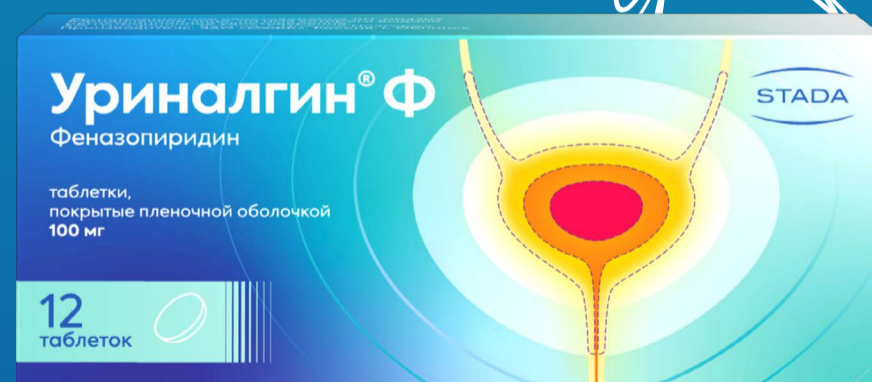
# Уриналгин® Ф\*

## Феназопиридин

Способен купировать<sup>1, 2</sup>  
проявления дизурии<sup>3</sup>

ЕДИНСТВЕННАЯ\* ТАРГЕТНАЯ<sup>4</sup>  
СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ  
ДИЗУРИИ ПРИ:

- Инфекциях НМП\*\*
- Инвазивных урологических вмешательствах



Бывший Феназалгин®



\*Уриналгин® Ф — единственный ЛП с МНН Феназопиридин по данным ГРЛС РФ по состоянию на 22.03.2024 года (<https://grls.rosminzdrav.ru/>).

\*\* НМП — нижние мочевые пути.

1. Shireen N. Farzadeh et al., Urinary Tract Infections and Self-Care Options, US Pharm. 2017; 9 (42) : 4–7.
2. Zelenitsky S.A., & Zhanel G. G. (1996). Phenazopyridine in Urinary Tract Infections. Annals of Pharmacotherapy, 30 (7–8), 866–868.
3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Уриналгин® Ф (РХ ЛП-004703).
4. Дизурия в практике уролога <https://www.uroweb.ru/article/dizuriya-v-praktike-urologa>.

Организация, принимающая претензии:  
АО «Нижфарм», 603105, РФ, г. Нижний Новгород, ул. Салганская, 7.  
Тел. +7 (831) 278-80-88, факс +7 (831) 430-72-13. E-mail: med@nizhpharm.ru

POS-20250321-0335  
На правах рекламы.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

Реклама

# Нюансы биопсии простаты: таргетная технология гистофьюжн

Рак предстательной железы (РПЖ) — одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний — занимает в этом ряду у мужчин второе место, а также пятое — среди ведущих причин смерти в мире. Соответственно, и вопрос о разработке и внедрении в клиническую практику наиболее перспективных методов диагностики РПЖ имеет первостепенную важность.



Александр  
Викторович  
ГОВОРОВ

Д.м.н., профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, заведующий онкоурологическим отделением № 80 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы»



Борис  
Яковлевич  
АЛЕКСЕЕВ

Д.м.н., профессор, заместитель директора по науке ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, заведующий кафедрой онкологии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет», Москва



Антон  
Владимирович  
САДЧЕНКО

К.м.н., онколог онкоурологического отделения центра амбулаторной онкологической помощи и хирургического стационара кратковременного пребывания № 1 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы»



Павел  
Вадимович  
ГЛЫБИН

К.м.н., менеджер по развитию бизнеса в ООО «М.П.А. медицинские партнеры», Москва

## Рак под прицелом

Существующая тенденция снижения смертности от РПЖ (примерно на 1–1,5 % в год) главным образом связана с внедрением программ ранней диагностики этого злокачественного новообразования (ЗНО). Они предполагают определение содержания в крови простат-специфического антигена (ПСА), выполнение трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) и пальцевого ректального исследования (ПРИ).

В повседневной клинической практике стандартная биопсия предстательной железы (БПЖ) выполняется трансректальным доступом под ультразвуковым наведением. Данный метод биопсии относится к числу операторозависимых, а потому не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью, в связи с чем необходим поиск современных неинвазивных методов дополнительной визуализации.

Наибольший интерес сегодня представляет таргетная (прицельная) биопсия простаты (ТБП) под контролем различных методов визуализации: магнитно-резонансной томографии (МРТ), гистосканирования, ультразвукового исследования (УЗИ) с контрастным усилением и других. Дополнительные методы визуализации помогают обнаруживать подозрительные участки в простате. На основании полученных данных специальное программное обеспечение позволяет выполнять забор ткани из подозрительных (подозрительных) участков, что улучшает диагностику РПЖ и позволяет начинать своевременное и персонализированное лечение данного заболевания.

## Самые перспективные

Какие же виды ТБП относятся к наиболее перспективным?

Краеугольным камнем диагностики РПЖ сегодня считается мультипараметрическая МРТ (мпМРТ), которая:

- широко применяется при планировании трансперинеальной и трансректальной таргетной биопсии, особенно у пациентов с сохраняющимся подозрением на РПЖ по итогам ПСА и (или) ТРУЗИ и (или) ПРИ с отрицательным результатом первичной биопсии в анамнезе;
- показана первичным пациентам с подозрением на ЗНО простаты и находящимся под активным наблюдением;
- используется также для улучшения стадирования заболевания, главным образом за счет выявления экстракапсулярного распространения опухоли.

По данным ряда авторов, частота выявления клинически значимого РПЖ у пациентов с отрицательным результатом МРТ составляет 12 %, хотя при проведении послеоперационного гистологического исследования удаленной предстательной железы этот показатель может возрасти до 28 %.

ТБП, проведенная с учетом результатов мпМРТ малого таза, — один из наиболее эффективных методов диагностики клинически значимого РПЖ. Выделяют 3 основных метода биопсии простаты с использованием данных МРТ:

1. In-bore МРТ-таргетную БПЖ, выполняющуюся исключительно под контролем МРТ (внутри аппарата для проведения этого исследования).
2. Аппаратную МР/УЗ фьюжн-БПЖ, предусматривающую наличие специального аппарата и (или) программного комплекса. Данные мпМРТ обрабатываются в про-

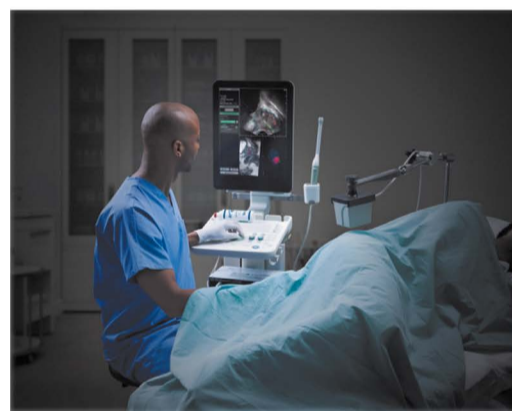
грамме, которая накладывает магнитно-резонансное изображение на ультразвуковое, получаемое в режиме реального времени с использованием трансректального датчика. Можно выделить трансректальную фьюжн-БПЖ свободной рукой (рис. 1), промежностную биопсию свободной рукой (рис. 2) и шаблонную промежностную БПЖ с использованием координационной решетки (рис. 3).

3. Когнитивную магнитно-резонансно-ультразвуковую фьюжн-БПЖ: имея пространственное представление о расположении подозрительных участков по данным МРТ, специалист мысленно переносит их на данные УЗИ в режиме реального времени и выполняет прицельную БПЖ.

Учитывая относительно высокую стоимость МРТ и отсутствие должной воспроизводимости результатов исследователями вне экспертных центров, специалисты продолжают искать более доступный и не менее эффективный метод диагностики РПЖ. Одним из таких методов является гистосканирование предстательной железы. Эта инновационная технология, основанная

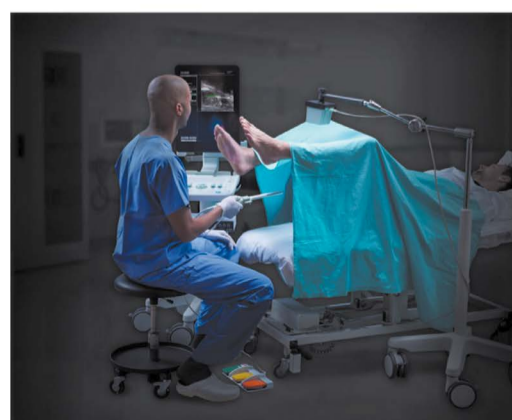
наличие), оценить ее объем и локализацию в ткани предстательной железы, что дает возможность провести прицельную (таргетную или гистофьюжн) трансректальную БПЖ с использованием специального программного обеспечения TrueTargeting в режиме реального времени (рис. 4). Основная трудность заключается в операторозависимом характере ультразвуковых методов, а также в некоторых неконтролируемых факторах (в частности, размере простаты и расстоянии до нее от ультразвукового датчика).

Ряд наших собственных клинико-экспериментальных исследований продемонстрировал высокую эффективность гистосканирования в определении объема опухоли и ее локализации в предстательной железе. Данные гистосканирования могут быть использованы при выборе метода лечения РПЖ, планировании хода операции или иных видов терапии, а также при последующем наблюдении за пациентами. Метод гистофьюжн-БПЖ уже применяется в ряде российских клиник. Использование системы HistoScanning может повысить эффективность диагностики РПЖ, в особен-



1. E14C4t (9018) Уникальный триплановый микроконвексный датчик с двойной направляющей  
2. Сенсор и зажим для датчика  
3. Электромагнитный трекер  
4. Блок управления

**Рисунок 1.** Трансректальная фьюжн-биопсия предстательной железы свободной рукой



1. E14CL4b (9048) Биплановый конвексно-линейный датчик  
2. Сенсор и зажим для датчика  
3. Электромагнитный трекер  
4. Блок управления

**Рисунок 2.** Промежностная фьюжн-биопсия предстательной железы свободной рукой

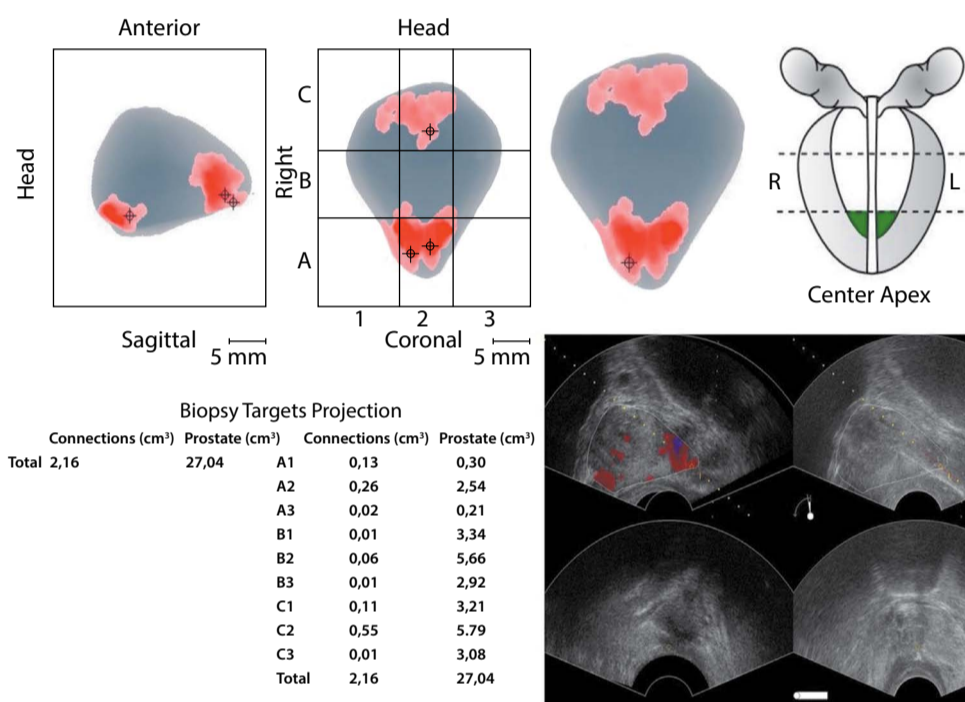
на анализе обратного рассеивания ультразвука, позволяет с высокой вероятностью обнаружить опухоль (или исключить ее

наличие) у пациентов, которым по тем или иным причинам невозможно выполнить МРТ.



1. E14CL4b (9048) Биплановый конвексно-линейный датчик  
2. EX3 Stepper Cívco Степпер со стабилизатором и решеткой

**Рисунок 3.** Шаблонная промежностная биопсия предстательной железы с использованием координационной решетки



**Рисунок 4.** Таргетная гистофьюжн-биопсия предстательной железы

Частота выявления РПЖ при гистосканировании варьирует от 38 до 46 %. Чувствительность при выявлении клинически значимого РПЖ составляет 61,9 % (95 % ДИ: 45,64–76,43), а специфичность — 27,85 % (95 % ДИ: 21–35,53). Положительная и отрицательная прогностическая ценность равняется 18,57 % (95 % ДИ: 15–22,76) и 73,33 % (95 % ДИ: 63,45–81,33) соответственно. В российском исследовании методика гистофьюжн-биопсии помогла выявить РПЖ в 87 % случаев (при стандартной методике БПЖ было диагностировано лишь 59 % случаев РПЖ при объеме подозрительного участка  $\geq 0,5 \text{ см}^3$ ).

Гистосканирование ПЖ рекомендуется проводить:

- всем пациентам с РПЖ перед оперативным лечением в объеме радикальной простатэктомии, брахитерапии, криоабляции и абляции высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком (в том числе фокальной);
- пациентам с верифицированным РПЖ в 1–2 фрагментах из одной доли предстательной железы перед выполнением промежностной сатурационной биопсии;
- пациентам с отрицательными результатами биопсии в анамнезе и/или с сохраняющимся подозрением на РПЖ;
- пациентам с ранее установленным диагнозом клинически незначимого РПЖ.

### Московская программа

С 2019 года в 10 лечебных учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы, реализуется

программа «Гистосканирование предстательной железы», в ходе которой создан уникальный и единственный в мире регистр пациентов, перенесших таргетную БПЖ под контролем гистосканирования (<https://historegistr.ru/>). За период реализации программы в регистр внесены данные более чем 5700 пациентов, средний возраст которых составил 69 лет, средний уровень общего ПСА — 18,17 нг/мл, объем простаты — 56,83 см<sup>3</sup>. В 13,95 % случаев пациентам была выполнена повторная биопсия.

Впервые в России на основании анализа большой базы данных (big data) показателей пациентов с подозрением на РПЖ (проспективное регистровое мультицентровое исследование) были получены результаты, позволяющие оптимизировать изучаемый метод диагностики РПЖ, снизить вероятность ложноотрицательных результатов биопсии и риск развития послеоперационных осложнений. В ходе проведения исследования впервые введен термин «гистофьюжн» (от англ. histofusion — гистологическое слияние), описывающий методику сочетания визуального образа подозрительного участка с ультразвуковым изображением в режиме реального времени с последующим выполнением прицельного введения иглы для биопсии в данный участок.

При исследовании двух наиболее доступных методов прицельной биопсии в амбулаторной практике уролога была произведена оценка экономической и клинической эффективности, а также безопасности выполнения БПЖ под контролем

гистосканирования в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП), изучены особенности ее проведения, проанализированы пути стандартизации данного диагностического метода.

После завершения процедуры предварительной оценки в 2 этапа были проанализированы таргетные методы биопсии простаты путем межгруппового и внутригруппового сравнения в выборках с однородными исходными основными показателями.

Выявлено отсутствие статистически значимой разницы между частотой развития осложнений, несмотря на разницу в длительности выполнения биопсии, что свидетельствует о безопасности применения как отдельного метода прицельной биопсии, так и сочетания таргетных методов БПЖ в дополнение к стандартной методике. Подтверждены данные о минимально необходимом объеме подозрительного участка для выполнения прицельной БПЖ: его минимальный размер должен быть  $0,5 \text{ см}^3$ , а наилучшая выявляемость продемонстрирована для новообразований объемом  $\geq 1,0 \text{ см}^3$ , особенно в группе когнитивной таргетной биопсии. По результатам комплексного анализа получены высокие показатели специфичности методов прицельной биопсии как в отдельно взятой выборке, так и при их совместном применении.

В условиях возрастающих затрат на оказание медицинской помощи населению изученные нами методики БПЖ позволят улучшить диагностику РПЖ, использовать наиболее эффективные и безопасные подходы для проведения таргетной БПЖ, уменьшить частоту ненужных биопсий.

Данные гистосканирования можно использовать при выборе метода лечения РПЖ, планировании хода операции или иных видов терапии, а также при последующем наблюдении за пациентами

Разработанный стандартизированный протокол выполнения каждой из методик таргетной биопсии позволит специалистам улучшить выявляемость РПЖ.

Различные методы биопсии простаты служат эффективными инструментами диагностики РПЖ. Использование дополнительной визуализации, в частности гистосканирования, клинически эффективно и не менее безопасно по сравнению со стандартной биопсией под контролем УЗИ. Гистофьюжн-биопсия — один из перспективных методов БПЖ по доступности, безопасности и клинической эффективности. Экономическая эффективность биопсии под контролем гистосканирования не вызывает сомнений, в то время как проведение мПМРТ в ряде случаев невозможно из-за высокой стоимости исследования или по другим причинам.

**АБВ ПРЕСС** НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ abvpress.ru medvedomosti.media netoncology.ru

**ЖУРНАЛЫ**

- ОНКОУРОЛОГИЯ
- Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕЙ
- АНДРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ
- РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ
- ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ
- УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ
- Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ
- ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
- НЕЙРОХИРУРГИЯ
- ОНКО ПАТОЛОГИЯ
- Тазовая хирургия и онкология
- Российский Биотерапевтический Журнал
- НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦИПИРОВАНЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЦИСТ
- САРКОМЫ
- СА A Cancer Journal for Clinicians. Русское издание
- MD-ONCO

**ГАЗЕТЫ**

- Онкология Сегодня
- Урология сегодня
- СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ
- ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ
- Акушерство и гинекология
- Московская Эндокринология СЕГОДНЯ
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ
- НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Reklama

# Эффективность альфа-адреноблокатора

в терапии симптомов нарушения функций нижних мочевых путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы у пациентов с ожирением и нормальным весом

По результатам последних исследований, на динамику роста предстательной железы (ПЖ) и развитие симптомов нарушения функций нижних мочевых путей (СНМП) влияет комплекс изменений состояния организма и его метаболизма, входящих в понятие «метаболический синдром» (МС). Это абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия (АГ), гипергликемия, гиперинсулинемия, гипертриглицеридемия и снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП).



Дмитрий Юрьевич ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России



Александр Николаевич БЕРНИКОВ

К.м.н., сотрудник онкоурологического отделения № 80 ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы, доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

## Риск прогрессии

С возрастом увеличивается не только распространенность МС, но и частота его встречаемости у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) по сравнению с мужчинами того же возраста без этой патологии (60,3 % по сравнению с 46,1 %). Риск прогрессии ДГПЖ повышается на 37 % при наличии МС, которое связано с ухудшением obstructивных симптомов, но не влияет на такие факторы прогрессии ДГПЖ, как

уровень простат-специфического антигена (ПСА) и максимальная скорость мочеиспускания по данным урофлоуметрии (Qmax). Исследования свидетельствуют, что у 82 % больных с ДГПЖ и МС развивалась острая задержка мочи, тогда как у пациентов без МС — только в 17 % случаев.

## Эффективность терапии

При анализе эффективности терапии доксазозином 109 больных с ДГПЖ и умеренно или сильно выраженными СНМП было установлено, что у пациентов с МС положительный эффект (уменьшение IPSS на 4 балла и более через 12 недель лечения) достигался достоверно реже, чем у мужчин без МС. Риск неэффективности терапии у больных с МС был в 4,26 раза выше, чем при отсутствии метаболических нарушений.

В то же время в плацебо-контролируемом сравнительном исследовании эффективности алфузозина у пациентов с СНМП при ДГПЖ было продемонстрировано клинически значимое улучшение показателей СНМП у мужчин с МС и без него по сравнению с плацебо ( $p < 0,05$ ). Средний балл по шкале IPSS в группах лечения значительно снизился, в то время как у получавших плацебо статистически значимого снижения не наблюдалось ( $p > 0,05$ ). Аналогично и лечение алфузозином привело к значительному увеличению Qmax у пациентов с СНМП по сравнению с группой плацебо ( $p < 0,05$ ). Средние показатели качества жизни, измеренные с помощью опросников IPSS-QoL, также значительно улучшились у принимавших алфузозин в течение трех месяцев, независимо от наличия сердечно-сосудистых заболеваний ( $p < 0,05$ ).

## Российские данные

В 2022 г. опубликовали результаты российского многоцентрового проспективного неинтервенционного исследования эффективности алфузозина (Алфупрост® МР)

в купировании СНМП и его безопасности у пациентов с ДГПЖ. Была продемонстрирована высокая эффективность проведенной терапии: за 3 мес лечения зафиксировано уменьшение среднего балла по шкале IPSS на 55 %, увеличение Qmax на 53 % и сокращение среднего объема остаточной мочи (ООМ) до нормальных значений. Это позволило улучшить качество жизни пациентов в среднем на 2,46 балла (по результатам заполнения опросника QoL). Таким образом, полученные в реальной клинической практике данные о применении препарата Алфупрост® МР в дозировке 10 мг однократно в сутки свидетельствуют о более высоких показателях эффективности монотерапии этим лекарственным средством (ЛС) в купировании СНМП при ДГПЖ, чем те, которые до сих пор имелись в научной литературе.

В 2024 г. проведена дополнительная статистическая обработка полученных данных: из общего числа включенных в вышеупомянутое исследование было отобрано 176 анкет пациентов с индексом массы тела (ИМТ) по классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), соответствующим норме или же ожирению разной степени. В группу I (94 анкеты) вошли участники с нормальным значением ИМТ ( $\leq 24,99$ ); в группу II были распределены анкеты 82 пациентов с ИМТ  $\geq 30$  (ожирение разной степени). При этом мужчин 60+ в группе I было 39 %, а в группе II — 61 %, что подтверждает увеличение с возрастом частоты развития МС (в том числе ожирения в качестве одного из критериев метаболического синдрома) и ДГПЖ с симптомами нарушенного мочеиспускания.

Через 3 месяца терапии жалобы в I группе регрессировали на 52,13 %, а во II — на 46,34 %. При этом в обеих группах клинически значимо уменьшились жалобы как на obstructивные симптомы, так и на симптомы накопления. Статистически значимые различия отмечены лишь в динамике

жалоб на сохраняющиеся ночные позывы к мочеиспусканию: жалобы на ноктурию через 3 месяца терапии в I группе сохранились у 20,21 % пациентов, во II группе — у 31,71 %.

Уродинамические показатели сохранили положительную направленность на протяжении трех месяцев терапии в обеих группах и по показателю ООМ снизились на 64,2 % в группе I и на 68,2 % в группе II (рис. 1).

В обеих группах через 3 месяца терапии отмечалось клинически значимое увеличение Qmax более чем на 50 %: в I группе — на 54,3 %, во II группе — на 56,7 % (рис. 2).

В обеих группах через 3 месяца терапии наблюдалось значимое снижение IPSS и улучшение QoL:

- IPSS: в I группе отмечено снижение на 8,6 балла, что в конце периода наблюдения составило 6,15 балла (незначительные нарушения); во II группе произошло снижение на 8,1 балла, что через 3 месяца составило 6,35 балла (незначительные нарушения) (рис. 3);
- QoL: в I группе наблюдалось уменьшение на 2,5 балла, что в конце периода наблюдения составило 1,49 балла (хорошо); во II группе произошло уменьшение на 2,2 балла, что через 3 месяца терапии составило 1,63 балла (хорошо).

Нежелательные реакции (НР) зафиксированы за весь период наблюдения только у 4 из 176 пациентов обеих групп: по два участника из группы I (2,13 %) и из группы II (2,44 %). При этом головокружение зарегистрировано только у двух пациентов из группы II (2,44 %).

Гемодинамические показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД) — на протяжении 3 месяцев наблюдения оставались стабильными в обеих группах (рис. 4 и 5).

Динамика показателя объема остаточной мочи по группам  
Mean; Box: Mean±SE; Whisker: Mean±SD

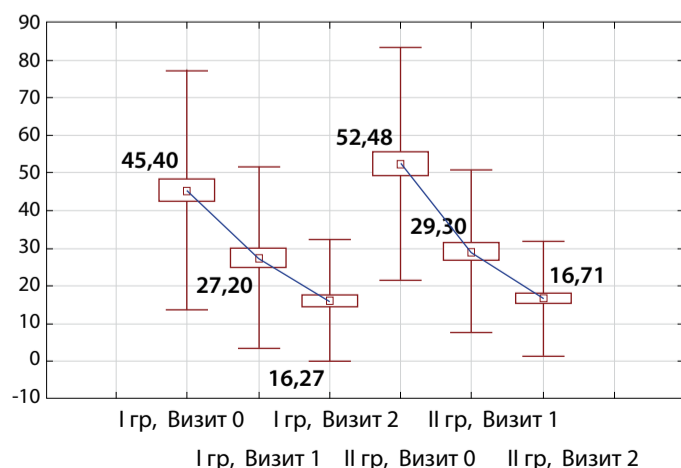


Рисунок 1. Динамика среднего показателя ООМ по визитам в группах I и II

Средний показатель максимальной скорости при мочеиспускании по группам  
Mean; Box: Mean±SE; Whisker: Mean±SD

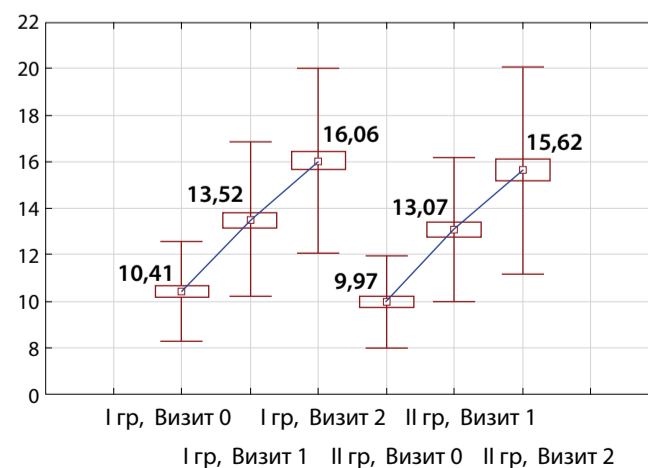


Рисунок 2. Динамика среднего показателя Qmax по визитам в группах I и II





Рисунок 3. Динамика среднего показателя суммарного балла по шкале IPSS по визитам в группах I и II

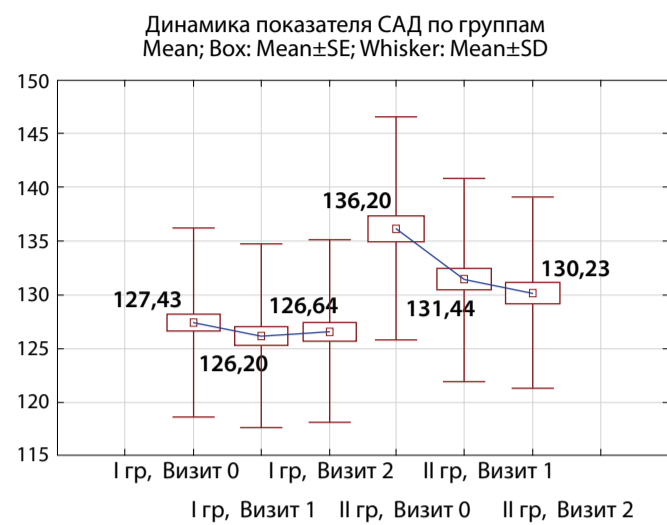


Рисунок 4. Динамика изменения САД по визитам в группах I и II

### Важные аспекты

Клиническая уроселективность алфузозина обеспечивается в основном уникальными фармакокинетическими/функциональными свойствами (объем распределения и протатотропность). Алфупрост® МР (алфузозин, таблетки с пролонгированным высвобождением, 10 мг) обладает самым высоким объемом распределения в тканях ПЖ среди уроселективных альфа-1-адреноблокаторов. Благодаря высокому значению объема распределения (2,5 л/кг) алфузозин способен быстро «вымываться» из крови, накапливаясь в тканях ПЖ.

Простатотропные свойства алфузозина хорошо известны и детально описаны в литературе. С увеличением времени (через 6 часов после введения) концентрация алфузозина в ткани простаты повышается в 2 раза по сравнению с его плазменным уровнем. По сравнению с другими альфа-1-адреноблокаторами алфузозин обладает максимальным индексом простатотропности.

Форма выпуска с пролонгированным высвобождением также обладает рядом

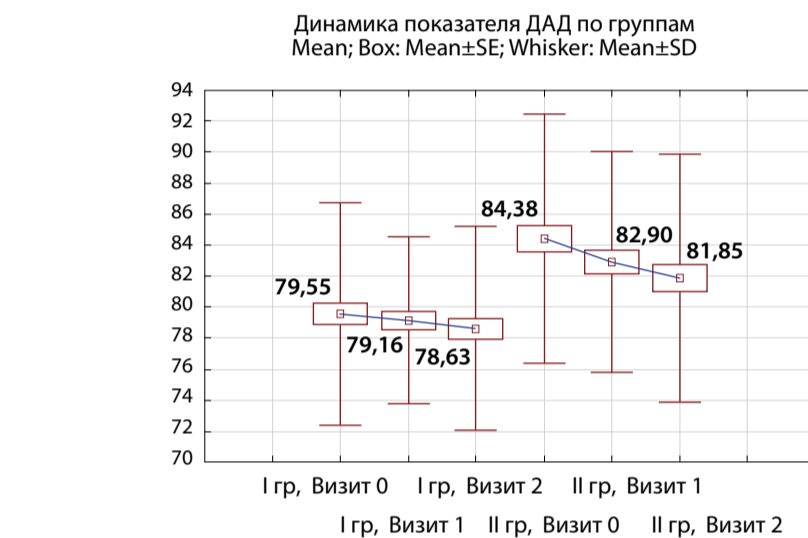


Рисунок 5. Динамика изменения ДАД по визитам в группах I и II

преимуществ перед формой с немедленным высвобождением, а именно сниженными флуктуациями плазменной концентрации лекарства, способными обеспечить более постоянные эффекты и (или)

сниженную частоту и (или) интенсивность НР; меньшей частотой приема препарата и тем самым потенциальным повышением приверженности пациентов лечению.

Таким образом, основными клиническими особенностями, делающими Алфупрост® МР привлекательным для урологов, являются его простатотропность и форма таблетки матричного типа с пролонгированным высвобождением действующего вещества, обуславливающие не только эффективность купирования СНМП, но и высокий профиль безопасности применения препарата.

Полученные в реальной клинической практике данные о применении препарата Алфупрост® МР в дозировке 10 мг однократно в сутки свидетельствуют об эффективности монотерапии данным ЛС в купировании СНМП при ДГПЖ вне зависимости от наличия у мужчины ожирения как одного из критериев МС. Отсутствие каких-либо клинически значимых проявлений ортостатической гипотензии на протяжении трех месяцев терапии в обеих группах позволяет рекомендовать Алфупрост® МР как препарат с минимальными вазодилатирующими эффектами для коморбидных пациентов. <sup>У</sup>

Список литературы находится в редакции

## НОВОСТИ

### Симпозиум ASCO по генитоуринарным вопросам

← Окончание, начало на с. 1



Елена Николаевна ГОЛУБЦОВА

К.м.н., доцент кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, уролог ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы

стать новым стандартом лечения метастатического РМП. Обсуждается пересмотр схемы «гемцитабин — цисплатин» в сочетании с ниволумабом после ожидаемого увеличения ВБП и ОВ в сравнении только с гемцитабином — цисплатином. Наиболее примечательной характеристикой гемцитабина — цисплатина в сочетании с ниволумабом были длительные периоды полной ремиссии примерно у 22 % пациентов (средняя продолжительность периода полной ремиссии составила приблизительно 37 месяцев), что указывает на потенциальную возможность полного излечения.

**Рак почки.** Исследователи обсудили варианты терапии больных светлоклеточным почечно-клеточным раком из групп со средним и высоким риском рецидива, перенесших нефрэктомия. Оказалось, что адъювантная терапия пембролизумабом после перенесенной операции на 38 % снижает риск смерти и улучшает безрецидивную и общую выживаемость в сравнении с плацебо по итогам пяти лет наблюдения. Таковы результаты

III фазы рандомизированного исследования KEYNOTE-564, которое впервые показало клиническую и статистическую значимость выгоды адъювантной терапии в отношении выживаемости. Сегодня после нефрэктомии показано наблюдение, а в случае рецидива — системная терапия. Адъювантная терапия пембролизумабом может быть дополнительным и потенциально превосходящим вариантом для пациентов с риском рецидива. Результаты долгосрочного наблюдения продолжают свидетельствовать в пользу комбинации «ниволумаб + ипилимумаб», превосходящей сунитиниб в терапии первой линии пациентов с распространенным почечно-клеточным раком в рамках самого длинного периода наблюдения III фазы исследования — свыше 8 лет. Продолжается проект по разработке более четкого и актуального инструмента для оценки качества жизни, связанного с лечением пациентов с метастатическим раком почки. Он призван улучшить наше понимание состояния пациентов, в том числе взаимоотношений, складывающихся в семьях таких больных. Активация различных патофизиологических путей может ухудшать исходы терапии светлоклеточного почечно-клеточного рака. И эти пути способны стать мишенью для новых препаратов. Так, гиперэкспрессия киназы PIM1 в опухолевых клетках снижает эффективность лечения. Разработки в этой сфере помогут создать новые терапевтические стратегии для пациентов.

**Рак предстательной железы (РПЖ).** В исследовании BRCAAWAY проведена сравнительная оценка эффективности абиратерона, олапариба или их комбинации у пациентов с метастатическим кастрационно-резистентным РПЖ (мкрРПЖ)

с мутациями генов гомологичной рекомбинации. В эту работу была включена также монотерапия олапарибом, которая не оценивалась в предыдущих исследованиях ингибиторов ферментов поли(АДФ-рибоза)-полимераз (PARP). Таким образом, в исследование вошли больные мкрРПЖ, не подвергавшиеся ранее воздействию ингибиторов PARP. Самая большая медиана ВБП отмечена в группе комбинированной терапии: 32 мес по сравнению с 8,4 мес при монотерапии абиратероном и 14 — при монотерапии олапарибом. Снижение уровня ПСА наблюдалось у 95 % пациентов в группе комбинированной терапии, у 61 % — в группе абиратерона, у 67 % — в группе олапариба. Таким образом, синергизм абиратерона и олапариба имеет значимый потенциал в лечении больных мкрРПЖ. В ходе симпозиума также были представлены первоначальные результаты ПСА исследования HPN328. В нейроэндокринных ЗНО, включая РПЖ, экспрессируется дельта-подобный лиганд 3 (DLL3). При этом экспрессия DLL3 в здоровых тканях практически отсутствует, что делает его возможной мишенью для лекарственных средств. Являясь активатором Т-клеток, нацеленных на DLL3, HPN328 может быть препаратом выбора в определенной когорте пациентов. Однако необходимы дальнейшие исследования с оценкой его профиля безопасности и переносимости. Итоги симпозиума ASCO GU продемонстрировали многообещающие перспективы, связанные с высокими темпами разработки лекарств и продолжающимися фундаментальными исследованиями. Однако применение нескольких линий терапии и достаточно агрессивных комбинаций, по всей вероятности, возможно лишь у определенной когорты пациентов, поэтому так важно уделять внимание развитию прецизионной медицины. Это позволит выбирать оптимальную тактику ведения больного, руководствуясь стандартами доказательной медицины.

# Интервью с Киной Заславской, директором по новым продуктам ГК «Промомед»

*Компания «Промомед» — не только один из лидеров российской фармацевтической отрасли, реализующий полный цикл производства (от молекулы до готовой лекарственной формы), но и активный участник системы обеспечения национальной лекарственной безопасности страны. О том, как удается решать эту задачу государственной важности и сохранять за собой на протяжении многих лет первенство в отрасли, рассказывает Кира Заславская, директор по новым продуктам ГК «Промомед».*

— ГК «Промомед» известна своими инновационными разработками, которые создаются в исследовательском центре компании. Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.

— На протяжении многих лет компания ведет систематическую работу, связанную с исследованиями новых лекарственных средств и технологических решений. Даже при разработке дженериков мы стараемся оптимизировать технологию и фармацевтическую композицию, чтобы улучшить качество лекарственного препарата (ЛП). Так, например, изменяя даже состав вспомогательных веществ, можно повысить эффективность и безопасность терапии соответствующим ЛП. Это тем более важно, когда речь идет о препаратах для лечения хронических заболеваний и отказ от терапии из-за нежелательных явлений особенно критичен.

Основу портфеля ГК «Промомед» составляют оригинальные, прошедшие полный цикл исследований лекарственные препараты, разработанные в собственном крупнейшем исследовательском центре (Research & Development Hub). Лаборатории исследовательского центра группы компаний расположены в Саранске на нашем заводе «Биохимик» и на нескольких площадках в Москве. В этих лабораториях мы работаем над созданием самых современных ЛП и сложных технологических форм (двухслойные или лиофильные таблетки, растворы и суспензии, содержащие мицеллы, и др.), разрабатываем технологии синтеза фармацевтических субстанций (основного действующего вещества препарата), создаем инновационные молекулы или модифицируем технологии готовых лекарственных форм.

Так, например, во время пандемии COVID-19 нам удалось добиться растворения фавипиравира и в результате создать инъекционный противовирусный препарат (Арепливир) для лечения госпитализированных пациентов с осложненным течением новой коронавирусной инфекции. В клинических исследованиях, которыми руководил академик Д.Ю. Пушкарь, была показана сопоставимая, а в ряде случаев превосходящая эффективность Арепливира по сравнению с соответствующим препаратом от биофармацевтического гиганта Gilead Sciences.

Также нам удалось создать улучшенную версию противовирусного препарата последнего поколения (аналог пакловида, разработанного компанией «Пфайзер»), объединив нирматрелвир и ритонавир (ингибитор протеазы SARS-CoV-2-3CL) в единой лекарственной форме (Скайвира) и сократив количество таблеток, которые больному надо принимать всего 3 раза.

Современное аналитическое оборудование и высокая квалификация наших специалистов — химиков-аналитиков позволяют



По данным на начало 2022 года, доля иностранных субстанций составляла около 80 % от общего объема на российском рынке. Из этого объема Индия и Китай поставляли 76,7 %, страны ЕС — 19,7 %, остальные страны — 3,6 %.

разрабатывать оригинальные аналитические методики, без которых невозможен контроль качества при выпуске продукции.

Отдельная глава развития компании — это создание биотехнологических препаратов, в частности, на основе моноклональных антител или их конъюгатов с химиотерапевтическими агентами, позволяющих добиваться прорывных результатов в лечении целого ряда аутоиммунных и онкологических заболеваний. Технологии создания подобных препаратов особенно сложны, ведь необходимо отдельно синтезировать малую молекулу (химическая часть), получить моноклональное антитело из культур клеток и «сшить» их между собой, подобрав специальный линкер, который позволит высвободить компоненты молекулы в нужное время и в нужной клетке. Это терапия последних поколений. Именно такие инновационные препараты мы создаем в нашем исследовательском центре.

— Являясь производителем полного цикла и обладая собственными R&D ресурсами, ГК «Промомед» активно взаимодействует с научно-исследовательскими институтами. В частности, компания стала индустриальным партнером для целого ряда фундаментальных исследований в университете «Сириус», Мордовском государственном университете, Научном центре эндокринологии и др. Расскажите, пожалуйста, об этой практике и результатах подобного взаимодействия.

— В компании «Промомед» принято считать, что связь с ведущими научно-исследовательскими институтами, меди-

цинскими учреждениями, университетами позволяет быть «на острие» последних научных открытий, заниматься разработкой препаратов, которые действительно нужны медицинскому сообществу и пациентам, помогать превращать открытия фундаментальной науки в практические инструменты и, конечно же, ускорять вывод отечественных инновационных препаратов на фармацевтический рынок. Так, совместно с НИИ неврологии мы провели исследование методом функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) по оценке изменения активности головного мозга у пациентов с постковидной астенией на фоне приема нашего нейропротектора

Брейнмакс (координационный комплекс на основе триметилгидрозилия пропионата и этилметилгидроксипиридина сукцината). Впервые для препаратов этой группы удалось получить объективные (то есть основанные не на субъективных показателях всевозможных шкал и опросников, а на результатах, полученных на приборах) данные об эффективности Брейнмакса в отношении повышения активности нейронов головного мозга и улучшения когнитивных функций даже после перенесенной коронавирусной инфекции.

— А что важнее для компании — импортозамещение, то есть производство дженериков ушедших с российского рынка оригинальных препаратов, или же разработка и производство собственных оригинальных ЛП?

— И то и другое в приоритете. Мы занимаемся и собственными разработками оригинальных лекарственных препаратов, качество которых в глобальном смысле подтверждается в необходимых медицинских исследованиях и которые затем внедряются в клиническую практику, и импортозамещением по полному циклу, которое распространяется и на фармацевтические субстанции, и на готовые лекарственные формы. Причем работа в этом направлении началась еще до введения санкций и ухода ряда иностранных фармкомпаний с российского рынка.

— Какие именно препараты нуждаются в импортозамещении в первую очередь?

— Ответ на данный вопрос мы ищем вместе с медицинским сообществом. Это и антибиотики, и средства для лечения ВИЧ-инфекции или гепатита, и противоопухолевые лекарственные средства (новые таргетные и давно известные, но востребованные для нишевых категорий, в том числе митомицин из группы митозановых антибиотиков, использующийся, помимо всего прочего, в химиотерапии рака предстательной железы, мочевого пузыря, почечных лоханок и мочеточников), и многие другие.

Компания «Промомед» лидирует в производстве ЛП, которые применяются для снижения избыточного веса, лечения ожирения, коррекции пищевого поведения, а также в качестве первой линии терапии больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Речь идет о сахароснижающих препаратах — агонистах рецептора глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1) лираглутиде и семаглутиде. Когда производившая их датская компания объявила об уходе с российского рынка, это могло негативно отразиться на состоянии здоровья и перспективах больных СД, использующих данные препараты на постоянной основе для контроля гликемии как в качестве монотерапии, так и в виде комбинированного лечения.

Компания «Промомед» спасла ситуацию, выведя на рынок данные арГПП-1 к концу 2023 года, причем мы полностью сменили технологию производства с биотехнологической на химический синтез активной фармацевтической субстанции (АФС). Это позволило в несколько раз снизить содержание примесей в производимых нами первых отечественных аналогах лираглутида (Энлигрия) и семаглутида (Квинсента), тем самым уменьшив вероятность развития аллергических и прочих нежелательных реакций. В результате удалось избежать дефицита этой важнейшей группы ЛП в нашей стране, заменив их отечественными препаратами, которые не только не уступают по качеству оригинальным версиям, но и превосходят их по ряду параметров.

При этом мы считаем, что истинное импортозамещение — это вывод на рынок именно оригинальных препаратов. В нашем портфеле более 10 оригинальных препаратов для лечения неврологических, ревматологических, эндокринных, инфекционных и других заболеваний — как на основе малых молекул, так и созданных с помощью биотехнологий.

— Какой из созданных в лабораториях компании биотехнологических препаратов предназначен для урологических пациентов?

— Мы разработали и вывели на рынок биотехнологический препарат на основе двуспиральной РНК — Радамин®Виро, включение которого в комплексную терапию, например, хронического простатита способно помочь справиться с причинами его возникновения, такими как ИППП (хламидиоз), и существенно повысить качество жизни больного.

Радамин®Виро представляет собой мощный индуктор трех типов интерферонов — альфа, бета и гамма, благодаря чему препарат обладает как высокой активностью в борьбе с различными инфекционными заболеваниями, так и выраженным противовоспалительным действием. Отличительной особенностью препарата является именно ранняя индукция интерферонов (уже через 2–4 часа после введения). Причем выработка интерферонов зависит от начального фонового уровня у каждого конкретного человека, что обеспечивает

безопасность и отсутствие гипериммунной реакции.

Новая технология производства РНК дуплицирующей натриевой соли позволяет получить АФС, свободную от бактериальных эндотоксинов, а также минимизировать содержание примесей, что значительно повышает безопасность препарата. Специально разработанная и запатентованная технология производства и очистки биопрепарата помогла избавиться от пирогенного эффекта, характерного для других индукторов интерферонов.

В исследованиях Радамин® Виро показал эффективность в лечении различных инфекций, в частности, ОРВИ и гриппа. В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании продемонстрирована эффективность препарата для постконтактной профилактики COVID-19.

Отдельно необходимо отметить, что Радамин® Виро эффективен в отношении урогенитального герпеса: на фоне терапии препаратом снижается частота рецидивов, увеличивается длительность межрецидивного периода, уменьшается выраженность заболевания. Перспективным, по мнению экспертов, является и применение данного препарата в комплексной терапии инфекции, вызванной вирусом папилломы человека (ВПЧ). Этому вопросу мы планируем посвятить будущие клинические исследования.

При инфекционных урогенитальных заболеваниях готовый раствор ЛП Радамин® Виро вводят один раз в два дня (всего 4 инъекции на курс лечения). Препарат может быть разведен водой для инъекций или прокаинам (врачу необходимо выяснить, не было ли у пациента аллергических реакций на прокаин).

**— Удалось ли в нынешней ситуации сохранить связи с иностранными партнерами?**

— Научный мир глобален, он консолидирует усилия по поиску новых технологий и новых молекул, поэтому международное сотрудничество продолжается, хотя и не без трудностей. Мы сохраняем контакты с коллегами из Китая, Нидерландов и ряда других стран.

**— В какой степени усложнилась логистика?**

— У нас действительно появился ряд логистических сложностей. Так, мы остались без некоторых материалов для аналитических исследований, необходимых для контроля качества производимых препаратов, например, стандартных образцов, используемых для хроматографических исследований. К счастью, еще несколько лет назад мы стали создавать банк подобных образцов. Мы продолжаем эту работу не только внутри предприятия, но и на государственном уровне совместно с ФБУ «ГИЛС и НП».

**— Значит ли это, что вы вступили в этот сложный период заранее подготовленными?**

— В достаточно большой степени! Мы успели полностью модернизировать расположенный в Саранске завод «Биохимик», который вошел в группу компаний «Промомед» в 2015 году, а построен был еще в 1959-м и, конечно же, нуждался в глобальной реконструкции. Компания фактически переоборудовала его заново, сохранив и нарастив компетенции в микробиологическом синтезе антибиотиков и добавив возможность производства большинства известных лекарственных форм. В частности, открыла полностью автомати-

## Фармацевтический кластер

Летом 2023 года ГК «Промомед» подписала с правительством Москвы договор о создании в столице фармацевтического производства для выпуска новейших фармпрепаратов. Компания «Артселленс» (основной инвестор — ГК «Промомед») будет реализовывать проект в рамках фармацевтического кластера ОЭЗ «Технополис „Москва“», в том числе и для замещения импортных лекарств. Проект будет включать исследовательский центр на площадке «Печатники» и промышленное производство в Алабушево. Под строительство выделено 3,2 га, планируется создать более 400 рабочих мест. Годовая мощность первого этапа опытно-производственного участка может составить около 250 тыс. флаконов. На первом этапе на новой площадке планируется наладить производство аналогов технологически сложных зарубежных препаратов для борьбы с трудноизлечимыми заболеваниями, а на втором начнутся разработка и выпуск оригинальных отечественных биопрепаратов.

зированный, управляемый искусственным интеллектом участок для бесконтактного производства твердых лекарственных форм, крупное ампульное производство, современные линии для производства лиофилизированных препаратов и др.

Сейчас завод «Биохимик» — это высокотехнологичное предприятие полного цикла от молекулы до готовой лекарственной формы. Завод является одним из крупнейших в стране производств АФС мощностью 340 тонн в год (на 150 видов АФС). На двух из семи его площадок синтезируются молекулы для изготовления противоопухолевых препаратов, а на других — для синтетических антибиотиков (за исключением бета-лактамов), противовирусных и антиретровирусных препаратов, миорелаксантов. Инвестиции в проект составили более 3,7 млрд рублей.

30-го марта 2023 года в запуске производства АФС на базе нашего завода участвовал президент В.В. Путин вместе с главой республики Мордовия А.А. Здуновым и министром промышленности и торговли России Д.В. Мантуровым. Столь представительная делегация собралась неслучайно: ведь развитие собственного производства субстанций открывает путь к получению большего числа инновационных молекул, что позволяет нам быть более независимыми от импорта и наладить полный цикл создания лекарственных средств внутри страны. «Для обеспечения безопасности России во всех ее аспектах собственный синтез субстанций так же важен, как и освоение космоса», — заявил во время запуска производства АФС председатель совета директоров ГК «Промомед» Петр Александрович Белый.

До недавнего времени Россия более чем на 80 % зависела от импорта АФС. Благодаря открытию нового производства ГК «Промомед» повышает доступность современных эффективных и безопасных ЛП для наших сограждан. Планируем и в дальнейшем расширять портфель препаратов для терапии социально значимых заболеваний.

**— Расскажите, пожалуйста, о перспективах реализации идеи по формированию общей платформы по инвентаризации НИОКРов и созданию общей системы поиска лекарственных средств, озвученной в программе «Фарма-2030». Как она поможет рационализировать поиск новых молекул? Возможно ли налаживание эффективной кооперации между фармпроизводителями в процессе такого поиска?**

— Ответственные фармпроизводители всегда работают на благо пациентов. Имея сверхсовременный высокотехнологичный завод, производственные мощности которого позволяют выпускать более 10 различных лекарственных форм, мы уже сейчас сотрудничаем с целым рядом фармацевтических компаний, внедряя их разработки на нашем производстве и выпуская соответствующие препараты. Создание едино-

го реестра-платформы НИОКРов может позволить фармапроизводителям рационализировать поиск инноваций, быстрее развивать перспективные проекты, создавать консорциумы и эффективные рабочие группы и в конечном итоге ускорять появление в нашей стране инновационных ЛП.

**— Какие социальные и образовательные программы компания проводит в России?**

— Мы сотрудничаем с целым рядом вузов и сузов. При нашей поддержке было открыто несколько кафедр в Мордовском университете, Медико-стоматологическом университете и др. Существует целая программа целевых направлений. Стимулируем и поддерживаем обучение сотрудников в аспирантуре, проводим программы стажировок для студентов как на заводе, так и в офисе, например, в отделе маркетинга, медицинском отделе, отделе патентных исследований и др. В этом году мы начали поддерживать химические лицеи, стиму-

лируя детей, интересующихся химией, физикой и биологией, сдавать экзамены по этим предметам и поступать в соответствующие учебные заведения. Считаем крайне важным растить наших будущих специалистов, повышать привлекательность работы в фарминдустрии, показывать, какие возможности эта работа может дать, как это может быть интересно и вдохновляюще. Ведь мы действительно занимаемся спасением жизней!

**— Как работает в ГК «Промомед»? Существуют ли перспективы карьерного роста для сотрудников?**

— Компания создает новые рабочие места (например, только при открытии нового производственного комплекса в Саранске их появилось 120), развивает работу с талантливыми сотрудниками и проявляет всестороннюю заботу о своих работниках. Скажу без преувеличения, что для нас это второй дом. Я окончила Российский химико-технологический университет имени Д.И. Менделеева по специальности «инженер-технолог», в компании начала работать медицинским представителем и со временем доросла до должности директора по новым продуктам ГК «Промомед». Компания готовит будущих сотрудников по целевым направлениям буквально с младых ногтей, со студенчества, разрабатывая программы стажировки и подготовки аспирантов. Многие, как и я, приходят сюда с университетской скамьи и связывают с компанией свою жизнь, поэтому она и становится для них вторым домом, а не просто местом работы. 

Беседовала Ирина Ковалева

**Радамин® Виро**  
лиофилизат

Уникальное иммуностимулирующее средство, результатом действия которого является увеличение продукции собственных интерферонов — универсальных белков-защитников организма.



Радамин® Виро усиливает клеточный иммунитет, приводит к быстрой активации врожденного и приобретенного иммунитета.

Радамин® Виро предназначен для профилактики и лечения гриппа, острых респираторных вирусных инфекций (включая COVID-19).

Для профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний, вызываемых вирусами герпеса и хламидиями<sup>1</sup>.

Применяется<sup>2</sup> по назначению врача внутримышечно в зависимости от вида заболевания, через день до 5 инъекций.

1. Инструкция по применению препарата Радамин Виро.  
2. Отпускается по рецепту. Перед применением необходима консультация специалиста.



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реклама

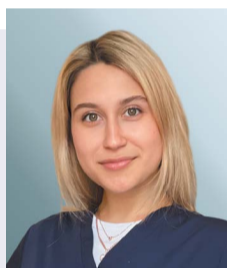
# Гематоспермия — пугающий симптом или нет?

Гематоспермия (ГС) — кровь в эякуляте. Жизни это, как правило, не угрожает, но у пациентов вызывает озабоченность, результатом которой становится обращение к врачу. Бессимптомная ГС чаще всего носит доброкачественный характер и проходит сама, особенно у сексуально активных молодых мужчин. Но порой ГС указывает на серьезные заболевания или генетические нарушения. Вот почему ГС не должна игнорироваться ни пациентами, ни докторами, особенно при ее рецидивирующем характере, сопутствующих дискомфорте или боли, резистентности к терапии.



Егор Андреевич СОКОЛОВ

Д.м.н., уролог, онколог онкоурологического отделения № 80 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы», доцент кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва



Александра Сергеевна ПОЛЯКОВА

Уролог, аспирант кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Москва

## Не так проста, как кажется

По данным M. Polito с соавт., ГС составляет 1% от всех урологических и андрологических симптомов. Различают макрогематоспермию, с которой связано 90% всех обращений по поводу данного симптома, и микрогематоспермию. Последняя обычно оказывается случайной находкой при выполнении спермограммы — например, при подготовке к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ) или обследовании по поводу бесплодия.

Несмотря на условную доброкачественность ГС, она пугает пациентов, особенно молодых. Единой этиологической классификации ГС пока не существует. Проанализировав большой объем литературы по базам данных PubMed, авторы статьи выявили наиболее распространенные причины ГС, объединив их в единую классификацию (табл.).

У молодых сексуально активных мужчин самой распространенной органической причиной ГС служат инфекции мочевыводящих путей, в том числе передающиеся половым путем (ИППП), а также коитальные травмы. Пациенты нередко получают их в результате девиантного сексуального поведения — уретральной стимуляции, использования колец на пенис и др.

ГС может носить полностью доброкачественный характер, будучи функциональной, в том числе обусловленной повышенной сексуальной активностью — как правило, после периода длительного воздержания. Пациентам более зрелого возраста (45–60 лет) необходимо проводить скрининговые исследования для исключения злокачественных новообразований (ЗНО) мочеполовой системы.

Данные литературы говорят о том, что частую появлению крови в эякуляте носит доброкачественный характер, однако включение ГС в перечень возможных симптомов рака предстательной железы (РПЖ) вызвало большую обеспокоенность у пациентов. M. Nap и соавт. представили результаты из серии наблюдений 26 126 мужчин со средним возрастом 61 год, которые прошли плановый скрининг на РПЖ. О ГС сообщили всего 139 больных, что составило 0,5% от всей когорты, а РПЖ был диагностирован лишь у 19 из них (13,7%).

В реальной клинической практике встречаются обращения по поводу ГС пациентов после недавнего оперативного вмешательства или инвазивной диагно-

стики заболеваний мочеполовой системы (биопсия предстательной железы, цистоскопия, вазорезекция и др.). Информированность обо всех возможных этиологических факторах ГС поможет врачу при сборе анамнеза и выборе наиболее подходящего алгоритма диагностики.

## Алгоритм диагностики

В распоряжении врача сегодня есть множество диагностических методов, однако подходить к их выбору следует рационально, с позиций доказательной медицины. Существуют три базовых фактора, определяющих необходимую глубину диагностики: возраст пациента, продолжительность и характер ГС, а также наличие связанной с ней гематурии. А начинать диагностический поиск нужно с подробного сбора анамнеза, чтобы сразу же выявить больных из группы низкого риска ЗНО, избежав избыточных (в том числе инвазивных) методов диагностики.

При первичной беседе с пациентом важно выяснить, что предшествовало появлению ГС, ее продолжительность, есть ли болезненность в области половых органов и промежности, а также сопутствующая симптоматика со стороны нижних мочевых путей. Уточнение обстоятельств возникновения данного симптома необходимо для дифференциальной диагностики между истинной ГС и псевдогематоспермией, при которой примесь крови присутствует не только в семенной жидкости, но и в моче, а также в ситуациях, когда источником кровотечения оказывается половой партнер (менструация, микроразрывы влагалища, интенсивный половой акт).

Расстройства мочеиспускания (резиди в его процессе, ослабление струи мочи, поллакиурия) могут указывать на инфекцию мочевых путей и требуют уточнения методами лабораторной диагностики. Важно обследовать пациентов на предмет

возможных неврологических патологий и предрасполагающих факторов (нарушения в системе гемостаза, неконтролируемая артериальная гипертензия — АГ, заболевания печени, прием антикоагулянтов и др.).

Нельзя пренебрегать термометрией и измерением артериального давления, поскольку АГ является одной из распространенных системных причин формирования ГС, а лихорадка указывает на возможную инфекционную этиологию. Во время физического осмотра нужно провести обследование наружных половых органов с пальпацией яичек (для исключения ЗНО и крипторхизма), их придатков и семявыносящих протоков, а также оценить состояние поверхностного пахового кольца и регионарных лимфатических узлов. Пальцевое ректальное исследование рекомендовано пациентам старше 40 лет или младше при резистентной рецидивирующей ГС или ее сочетании с гематурией.

При подозрении на инфекцию пациента направляют на общий анализ крови и мочи, берут мазки из уретры, проводят бактериологическое исследование мочи и спермы с определением чувствительности к антимикробным препаратам. При наличии в анамнезе кровотечений и обширных гематом, не связанных с травмой, необходимо исследовать состояние системы гемостаза и функций печени, чтобы исключить другие возможные системные причины. Анализ крови на простатспецифический антиген следует проводить в рамках скрининга РПЖ у пациентов старше 45 лет, а также с неблагоприятным семейным онкологическим анамнезом. Показатели лактатдегидрогеназы, бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека, альфа-фетопротеина имеют смысл определять при обнаружении подозрительного участка в паренхиме или в области придатка яичек при их пальпации.

Таблица. Возможные причины гематоспермии

Органические причины		
1	Инфекционные	Бактериальной этиологии (хламидиоз, гонорея, энтерококки и др.) Вирусной этиологии (ВПЧ, ЦМВ, ВИЧ, ВПГ и др.) Неспецифические возбудители (шистосомоз, туберкулез и др.)
2	Ятрогенные	ГС после биопсии предстательной железы или яичка После дистанционной лучевой терапии или брахитерапии по поводу рака предстательной железы (РПЖ) После орхи-, эпидидим- или вазэктомии, резекции яичка, уретропластики, трансуретральных эндоскопических вмешательств и т. д.
3	Травматические	Коитальная травма Травма промежности Девиантное сексуальное поведение
4	Злокачественные новообразования (ЗНО)	Рак яичка и его придатка РПЖ ЗНО уретры, в том числе имплантационные метастазы рака мочевого пузыря Рак семенных пузырьков
5	Обструктивные	Обструкция семявыносящего протока камнем, кистами семенных пузырьков и др.
6	Системные заболевания	Гипертоническая болезнь, лейкоз, лимфома, болезни печени (цирроз, гепатит, печеночная недостаточность), нарушения в системе гемостаза и др.
7	Идиопатические заболевания	Диагноз исключения
Функциональные причины		
Повышенная половая активность, в том числе после периода воздержания		

## Методы визуализации

Ультразвуковое исследование (УЗИ) — предпочтительный метод диагностики у пациентов с ГС из-за его дешевизны, безопасности, информативности и других преимуществ. Магнитно-резонансная томография органов малого таза (МРТ ОМТ) позволяет исключить изменения в предстательной железе, характерные для воспаления или злокачественного поражения, более точно оценить структуру семенных пузырьков на предмет наличия кист, конкрементов и воспалительных изменений, оценить состояние уретры, яичек и семенных протоков, исключив атрезию и стеноз. А применение МР-ангиографии дает дополнительную информацию для локализации источника кровотечения при рефрактерной или рецидивирующей ГС.

В ретроспективном анализе В.-J. Li и соавт., посвященном роли МРТ в диагностике рефрактерной ГС у 102 пациентов, были обнаружены патологические находки на МРТ у 88 (86,3 %) человек — в виде изменения интенсивности сигнала и объема семенных пузырьков, визуализации кист в эякуляторном тракте. У 14 (13,7 %) больных специфических изменений по результатам МРТ не было, в связи с чем потребовалось выполнение трансуретральной везикулоскопии (ТВС) для уточнения диагноза.

В последние несколько лет за счет разработки и совершенствования техники ТВС (рис.) и ассоциированных с ней лечебных процедур резко повысились точность диагностики и эффективность лечения ГС. В проспективном исследовании С. Xing и соавт. 106 мужчинам с персистирующей ГС были выполнены трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) и ТВС. Уточнить причину

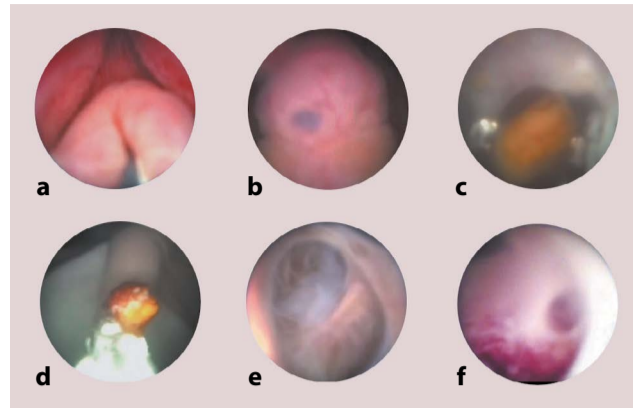


Рисунок. Эндоскопическая картина семенных путей

- a — семенной бугорок
- b — отверстие семявыносящего протока на семенном бугорке
- c — конкремент в семявыносящем протоке
- d — процедура захвата конкремента щипцами
- e — нормальные семенные пузырьки
- f — воспалительные изменения стенки семенного пузырька

ГС удалось в 45,3 % и 74,5 % случаев соответственно. Сочетанное применение вышеуказанных методов диагностики привело к повышению точности диагноза до 87,7 % случаев ( $n = 93$ ;  $p > 0,001$ ), что говорит о высокой информативности и надежности данной комбинации в рамках диагностического поиска.

Тем не менее эта новая технология еще не созрела для широкого применения, поскольку сама методика имеет свои нюансы, требующие доработки, также необходимы результаты наблюдений долгосрочных эффектов лечения. Кроме того, проведение ТВС осуществимо не у всех пациентов по анатомическим причинам — ввиду отсутствия отверстий семявыносящих протоков и невозможности визуализации таковых при попытке хирургической пункции предполагаемого места расположения отверстий. При всех остальных анатомических вариантах расположения и размерах отверстий разработаны и эффективно применяются методики обеспечения хирургического доступа.

Цистоскопия необходима при сочетании ГС с гематурией, а также как диагностический метод отчаяния для определения локализации места кровотечения, подтверждения диагноза и осуществления хирургического гемостаза. При обследовании 305 мужчин с ГС в исследовании L. Liao и соавт. у 22 (7,2 %) были выявлены гемангиома задней уретры и аномальное расположение сосудов на расстоянии 0,5–1 см от семенного бугорка или наружного сфинктера уретры. Данные находки не были визуализированы с помощью МРТ, что говорит о большей информативности цистоскопии в отдельных случаях.

## Терапевтический подход

Однократный эпизод ГС специфического лечения не требует, так как в подавляющем большинстве случаев бывает доброкачественным, купируется сам по себе и не носит жизнеугрожающего характера. В таких случаях пациенту рекомендуют наблюдение, стандартную укрепляющую ан-

тиоксидантную и поведенческую терапию с повторной консультацией при рецидиве данного симптома.

При ГС инфекционного генеза назначают симптоматические средства и антибактериальные препараты (АБП) с учетом спектра чувствительности уропатогена, однако допустимо и эмпирическое лечение. При идентификации возбудителя ИППП рекомендована специфическая терапия.

В крупном неконтролируемом ретроспективном исследовании J. Zargooshi с соавт. оценивали влияние терапии фторхинолонами и НПВС на динамику ГС у молодых пациентов (средний возраст — 38 лет). Из 165 участников у 6 (3,6 %) была выявлена патология, потребовавшая специфического лечения, а 159 (96,4 %) провели эмпирическую антибактериальную терапию ципрофлоксацином и цефексимом с положительным эффектом в виде купирования ГС у всех пациентов. За 15 лет дальнейшего наблюдения ни у одного из них не развилось серьезных заболеваний, в том числе онкологических. Невзирая на положительные клинические результаты, выбор эмпирической терапии необходимо тщательно взвешивать, принимая во внимание все возможные потенциальные риски и осложнения данного вида лечения.

Опубликованы данные о позитивном влиянии финастерида на купирование ГС. A. Badawy и соавт. оценивали эффективность приема 5 мг этого препарата в течение 3 месяцев у 12 пациентов с рефрактерной идиопатической гематоспермией в сравнении с контрольной группой из 12 участников с тем же диагнозом, получавших плацебо. В результате

Окончание на с. 20 →



**ЛОНГИДАЗА®**  
Бовгиалуронидаза азоксимер

# СВОБОДА ОТ ФИБРОЗА

Лонгидаза® в составе комплексной терапии способствует:

- ◆ снижению выраженности спаечного процесса в очагах хронического воспаления<sup>1</sup>
- ◆ уменьшению выраженности симптомов хронического простатита<sup>2</sup>
- ◆ профилактике рецидивов хронического простатита<sup>2</sup>
- ◆ повышению биодоступности антибиотиков за счет разрушения биопленок<sup>3</sup>
- ◆ уменьшению выраженности симптомов при ДГПЖ<sup>4</sup>



**Petrovax**

ООО «НПО Петровакс Фарм» 142143, Московская область, г. Подольск, с. Покров, Сосновая ул., д. 1. Тел./факс: +7 (495) 730-75-45/60, email: info@petrovax.ru, www.petrovax.ru

<sup>1</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Лонгидаза® ЛСР-002940/07 от 11.08.2022.

<sup>2</sup> Кульчавеня Е.В. и др. Новые возможности применения гиалуронидазы при хроническом простатите. — Журнал Урология. № 2. 2020.

<sup>3</sup> Тризна Е.Ю., Байдамшина Д.Р., Виницкий А.А., Каюмов А.Р. Влияние in vitro изолированного и сочетанного с антибактериальными средствами применения бовгиалуронидазы азоксимер на целостность бактериальной биопленки и жизнеспособность микроорганизмов. — Экспериментальная и клиническая фармакология. 2020. 83 (2): 38–44. Trizna E., Baidamshina D. et al. Pharmaceuticals. 2021. 13 (11): 1740.

<sup>4</sup> Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяургиев Т.А., Винник Ю.Ю. Наблюдательное рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Лонгидаза® при терапии больных с симптомами нижних мочевыводящих путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы. — Урология. 2021. 6: 57–65.

PVX/LG-URO/300124R ЛРС-002940/07 от 11.08.2022

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реклама

# Интеграция новых систем в клиническую практику

В клиническую практику Московского урологического центра, действующего на базе ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы», интегрированы новейшие системы альтернативного лечения рака предстательной железы (РПЖ). Первым пациентам центра уже были выполнены криоабляция при помощи системы четвертого, самого современного, поколения Visual-ICE, а также неинвазивная фьюжн-термоабляция сфокусированным ультразвуком высокой интенсивности при помощи роботизированной системы Sonablate.



Александр  
Олегович  
ВАСИЛЬЕВ

К.м.н., ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, сотрудник онкоурологического отделения № 80 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы»

## Передовые технологии

Каждый год в мире онкологические заболевания впервые выявляются у 9 млн людей и уносят около 5 млн жизней за тот же период. Это вторая причина смертности в развитых странах после сердечно-сосудистых заболеваний и общая причина 10 % летальных исходов на нашей планете. На протяжении долгого времени РПЖ остается вторым наиболее часто диагностируемым раком у мужчин после рака легких и удерживает пятое место среди ведущих причин смерти во всем мире.

Московский урологический центр, занимающий лидирующие позиции в диагностике и лечении онкоурологических заболеваний у столичных пациентов, предлагает широкий спектр медицинских услуг, основанных на применении самых передовых технологий. Одна из ключевых компетенций клиники — использование роботизированных хирургических систем Da Vinci, позволяющих проводить высокоточные хирургические вмешательства с минимальными рисками для пациентов.

## Минимальная инвазивность

В клиническую практику внедрены методы минимально инвазивного лечения РПЖ, включая криоабляцию и абляцию предстательной железы при помощи сфокусированного ультразвука высокой интенсивности (high-intensity focused ultrasound — HIFU). Использование данных технологий позволило существенно повысить результативность проводимого лечения и улучшить онкологический прогноз пациентов.

На протяжении более чем 13 лет криоабляция предстательной железы проводилась при помощи оборудования третьего поколения SeedNet Gold. С 2019 года для выполнения HIFU-терапии успешно применяется роботизированный комплекс Focal One. Эффективность и безопасность данных методов лечения доказана на примере большого числа успешно прооперированных пациентов. Собственные данные, полученные в результате накопления опыта подобных операций, широко используются как в практическом здравоохранении, так и в ряде учебно-

методических программ и циклов усовершенствования врачей для специалистов различных категорий. Следует отметить, что сертификат Тренинг-центра по криоабляции предстательной железы получен нами еще в 2012 году.

## Инновационные системы

В 2024 году арсенал медицинской помощи пациентам с РПЖ пополнился инновационными системами для альтернативного лечения этого злокачественного новообразования — аппаратом для криотерапии четвертого поколения Visual-ICE и системой HIFU-терапии — Sonablate. Благодаря ис-

Выбор между криоабляцией и HIFU-терапией зависит от множества факторов, включая клиническую стадию заболевания, объем и расположение опухоли (особенно при проведении фокальной терапии), соматический и коморбидный статус и предпочтения самого пациента. Не менее важны опыт и квалификация специалиста, поскольку успешность лечения во многом зависит от точности и аккуратности выполнения процедуры.

## Клинические перспективы

Современная медицина предлагает различные варианты лечения РПЖ, включая

Криоабляция основана на использовании экстремально низких температур (сжатый газ аргон) для уничтожения раковых клеток, а в основе HIFU-терапии лежит принцип поглощения ультразвуковой энергии, которая превращается в тепло. Методы обладают похожими преимуществами и могут быть адаптированы к индивидуальным потребностям больного



Этапы проведения неинвазивной фьюжн-термоабляции сфокусированным ультразвуком высокой интенсивности при помощи роботизированной системы Sonablate.



пользованию передовых технологий стало возможным более эффективно и прецизионно воздействовать на опухоль, минимизируя риск повреждения окружающих тканей и структур, а также ускорять процесс восстановления.

Альтернативные методы лечения РПЖ, такие как криоабляция и HIFU-терапия, обладают рядом преимуществ, что делает их весьма привлекательными вариантами лечения пациентов. Криоабляция основана на использовании экстремально низких температур (сжатый газ аргон) для уничтожения раковых клеток. В основе HIFU-терапии, напротив, лежит принцип поглощения ультразвуковой энергии, которая превращается в тепло.

Важно отметить, что при выборе метода лечения к каждому пациенту применяется персонализированный подход, основанный на тщательной диагностике. С клинической точки зрения оба метода обладают схожими преимуществами и могут быть адаптированы к индивидуальным потребностям больного.



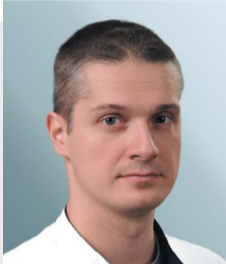
Тестирование криоигл перед началом оперативного лечения. На концах криоигл образуется ледяной шар.

хирургические методы, лучевую и гормональную терапию, а также их комбинацию. Альтернативные методы терапии РПЖ, о которых шла речь выше, известны достаточно давно, их эффективность и безопасность были многократно доказаны во всем мире. Они прочно заняли свои позиции и стали неотъемлемой частью комплексного подхода к борьбе с одним из самых распространенных онкологических заболеваний у мужчин — раком предстательной железы.

Данные методы привлекают все больше внимания и становятся все более популярными в медицинской практике еще и благодаря их несомненным экономическим преимуществам. Дальнейшая популяризация криоабляции и HIFU-терапии позволит сделать более доступным оказание медицинской помощи, основанной на инновационных технологиях, и значительно повысит эффективность проводимого лечения. Это может привести к снижению затрат на лечение РПЖ и более эффективному использованию ресурсов здравоохранения. 📄

# Применение ботулинического токсина типа А в урологии

Метод введения ботулинического токсина типа А (БТА) для лечения гиперактивности детрузора на протяжении многих лет рекомендуется к использованию Европейской ассоциацией урологов (EAU) и входит в Клинические рекомендации (КР) «Нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей», одобренные Научно-практическим советом Минздрава России.



Роман Васильевич СТРОГАНОВ

К.м.н., ведущий специалист организационно-методического отдела по урологии ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ)», сотрудник урологического отделения № 66 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина ДЗМ»



Ольга Александровна ПЛЕХАНОВА

Сотрудник урологического отделения № 66 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы»



Юрий Александрович КУПРИЯНОВ

К.м.н., сотрудник урологического отделения № 66 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы»



Геворг Рудикович КАСЯН

Д.м.н., профессор, заведующий урологическим отделением № 66 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы»



Дмитрий Юрьевич ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

## Гиперактивный мочевой пузырь

В КР сегодня внесены два препарата с показаниями к применению в урологии — аботулолотоксин А (aboBoNT-A, АбоБТА) и онаботулолотоксин А (onaBoNT-A, ОнаБТА). Введение ботулинического токсина в детрузор выполняется в России более 12 лет. В 2022 году аботулолотоксин А зарегистрирован для применения при недержании мочи у взрослых пациентов с нейрогенной гиперактивностью детрузора (НГД).

Учитывая снижение доступности ряда М-холинолитиков и препарата онаBoNT-A на рынке РФ, поиск возможных путей решения этой проблемы остается важной задачей. Не снижается и актуальность работ, посвященных лечению идиопатической и нейрогенной гиперактивности детрузора.

Результаты изучения применения АбоБТА у пациентов с НГД представлены в двух идентичных по дизайну двойных слепых мультицентровых рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) III фазы CONTENT1 и CONTENT2. В них участвовали 485 больных из 131 центра в разных странах, в том числе в РФ. Сравнивались разные дозы (600 ЕД и 800 ЕД) АбоБТА с плацебо в лечении НГД у пациентов с рассеянным склерозом и травмой позвоночника.

На первом этапе исследования в зависимости от результатов рандомизации пациентам выполняли внутридрузорные инъекции АбоБТА или плацебо, а на втором повторно вводили АбоБТА через 12 и более недель после исходного лечения без плацебо-контроля.

Спустя 1,5 месяца после инъекции у пациентов из групп АбоБТА наблюдалось достоверное снижение частоты эпизодов ургентного недержания мочи, которое полностью исчезло у 36 % больных в группе АбоБТА 600 ЕД и у 29 % — в группе АбоБТА 800 ЕД. Авторы отмечают снижение максимального детрузорного давления в фазе наполнения, повышение максимальной цистометрической емкости и объема наполнения мочевого пузыря при первом эпизоде гиперактивности. Независимо от дозы АбоБТА более 40 % пациентов не потребовалось повторное лечение по крайней мере в течение 48 недель после внутридрузорных инъекций. У всех участников РКИ отмечалась удовлетворительная переносимость лечения вне зависимости от дозы препарата

Согласно данным исследования, опубликованным М. Kennelly и соавт., инъекции препарата АбоБТА способствуют длительному снижению внутридрузорного давления, уменьшению числа непроизвольных сокращений детрузора до 48-й недели и улучшению большинства уродинамических параметров. Также стоит отметить, что более 60 % пациентов достигают клинически значимого улучшения качества жизни.

Дополнительный анализ CONTENT1 и CONTENT2 показал, что эффективность лечения АбоБТА сопоставима у пациентов с детрузорной гиперактивностью независимо от лежащего в ее основе неврологического заболевания.

В исследовании F. Cruz (2023 г.), объединившем результаты шести РКИ, сопоставлялись эффекты АбоБТА и ОнаБТА у урологических пациентов. Через 12 и 24 недели разница в снижении числа эпизодов

недержания мочи оказалась клинически значимой при сравнении 800 ЕД АбоБТА с 200 ЕД ОнаБТА, однако при сопоставлении результатов применения той же

Окончание на с. 20 →

## Регистрация показания нейрогенная гиперактивность детрузора (НГД)

Инъекции препарата Диспорт® способствуют длительному снижению внутридрузорного давления, уменьшению числа непроизвольных сокращений детрузора до 48-й недели и улучшению большинства уродинамических параметров<sup>1-15</sup>



## Гибкий подход, благодаря двум дозировкам препарата Диспорт® (600 ЕД и 800 ЕД)<sup>1</sup>

Подробнее



ipsen.to/ND0

### 1. Подготовка



Начать профилактическую антибиотикотерапию

В соответствии с клиническими рекомендациями\*



Необходимо приостановить антикоагулянтную терапию

не менее чем за 3 дня до применения препарата Диспорт®

### 2. Лечение<sup>1</sup>

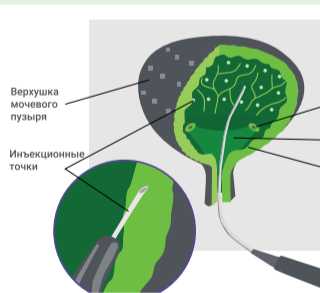
Доза Диспорт®

600 ЕД

за инъекционную сессию

или 800 ЕД

за инъекционную сессию, в случае тяжелого течения заболевания<sup>1</sup>



### Введение препарата Диспорт® с помощью цистоскопа

> 30 точек инъекций, необходимо равномерно распределить препарат по всей поверхности детрузора

> 0,5 мл препарата Диспорт® на инъекционную точку

> глубина введения 2 мм

> избегайте введения в треугольник

Перед проведением инъекций, в мочевой пузырь следует ввести достаточное количество физиологического раствора для достижения адекватной визуализации. В конце следует ввести примерно 0,5 мл стерильного раствора.

### 3. После основного лечения



Следует вывести раствор NaCl 0,9 %, используемый для визуализации (после введения всех 30 внутридрузорных инъекций)

Начало эффекта отмечается в течение первых 2 недель



Пациент должен находиться под наблюдением в течение, как минимум, 30 минут после инъекций

Следует рассмотреть возможность повторных инъекций после уменьшения эффекта, но не ранее чем через 12 недель

Литература:

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Диспорт®, ipsen.to/DYSPI2. Kennelly M, et al. Eur Urol. 2022;S0302-2838 (22)01680-3. 3. Denys P, et al. CONTENT1 & 2 analysis by etiology. Manuscript submitted and not yet published, as of the 14th of April 2022. 4. Esquenazi A, et al. Front Neurol. 2020;11:576117. 5. Turner-Stokes L, et al. J Rehabil Med. 2021;53:jrm00157. 6. Gracies J, et al. J Neurol Phys Ther. 2021;45:203-13. 7. Gracies J, et al. Lancet Neurol. 2015;14:992-1001. 8. Gracies J, et al. Muscle Nerve. 2018;57:245-54. 9. Gracies J, et al. Neurology. 2017;89:2245-53. 10. Dysport® Prescribing Information. 11. Truong D, et al. Mov Disord. 2005; 20:783-91. 12. Truong D, et al. Parkinsonism Relat Disord. 2010;16:316-23. 13. Delgado M, et al. Dev Med Child Neurol. 2021;63:592-600. 14. Tilton A, et al. J Child Neurol. 2017;32:482-7. 15. Delgado M, et al. J Child Neurol. 2017;32: 1058-64.

Информация по лекарственному препарату представлена специалистам здравоохранения в соответствии с подпунктом 4 пунктов 1 и 2 статьи 74 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», чтобы предоставить пациентам информацию об эквивалентных лекарственных препаратах (на основании материалов специалистов здравоохранения или материалов, предоставляемых специалистами здравоохранения пациентам).

Контактная информация: Служба медицинской поддержки по препаратам компании «Ипсен» (в рамках инструкции по применению):

Электронная почта: medical.information.russia.cis@ipsen.com; телефон: +7 800 700-40-25

Контакты для сообщений о нежелательных явлениях/реакциях и/или особых ситуациях:

Электронная почта: pharmaco.vigilance.russia@ipsen.com; телефон: +7 495 258-54-00

Контакты для сообщений о претензиях по качеству продуктов:

Электронная почта: quality.complaints.russia.cis@ipsen.com; телефон: +7 495 258-54-00

ООО «Ипсен», 109147, г. Москва, внутригородская территория (внутригородское муниципальное образование) города федерального значения муниципальный округ Таганский, Таганская ул., д. 17-23, этаж 2, помещение I, комнаты 16, 18 А, 18 Б, 18 В, 19-27, 30-36, 36 А, 38, 39 А, 39 Б, 39 В.

+7 495 258-54-00, факс +7 495 258-54-01, сайт www.ipsen.ru

DYSNE-RU-001121 - 20032023

На правах рекламы

Реклама



# Столетний юбилей

## Николая Алексеевича Лопаткина — основателя современной урологии СССР

В феврале 2024 г. исполнилось 100 лет со дня рождения академика Н.А. Лопаткина, воспитавшего несколько поколений специалистов в области уронефрологии, которые с гордостью называют его своим Учителем — именно так, с большой буквы! В юбилейных публикациях, которых за последние два месяца вышло немало, Николая Алексеевича именуют не иначе как отцом отечественной урологии, отмечая его неоценимый вклад в становление этой области медицины в нашей стране.

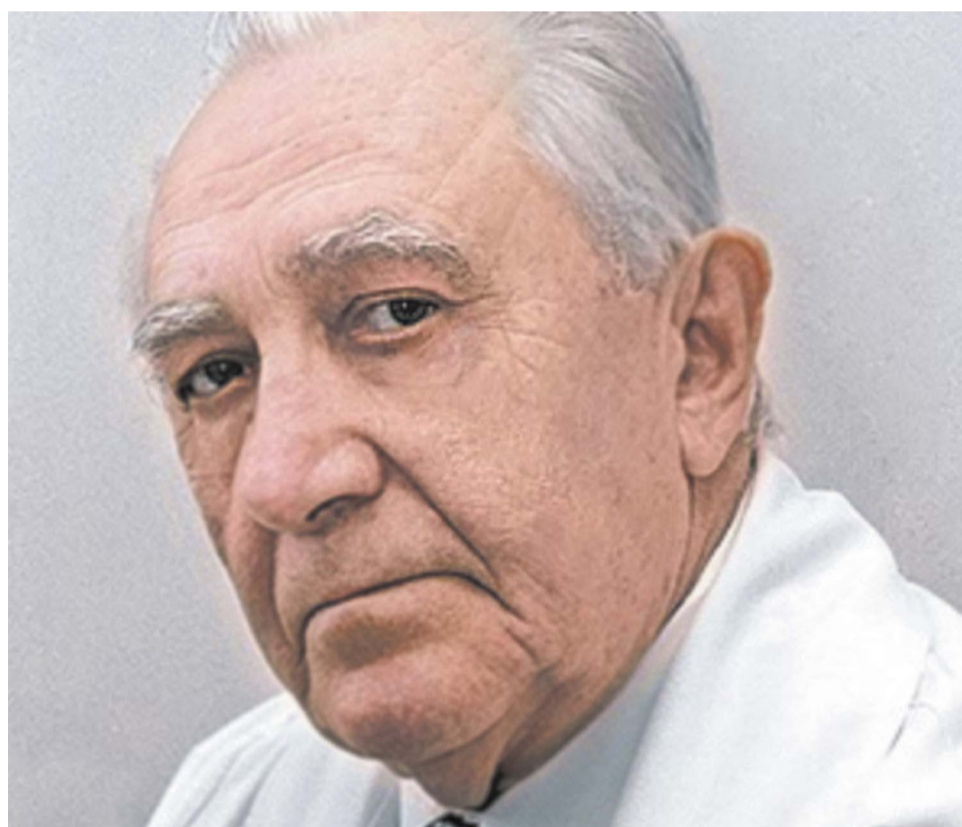
### Начало начал

В «Большой медицинской энциклопедии» об академике Н.А. Лопаткине сказано так: «Советский и российский уролог и нефролог, основатель и первый руководитель (1978–2007) Научно-исследовательского института урологии Министерства здравоохранения РСФСР (сейчас — НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России), академик АМН СССР (1974), трижды лауреат государственной премии СССР и Герой Социалистического Труда (27 июня 1978 года)». Вот далеко не полный перечень достижений и наград этого выдающегося ученого и удивительно-го человека! О его заслугах перед страной и научном наследии медицинской общности прекрасно известно, но о том, каким он был человеком, какие обстоятельства жизни сформировали его характер и привели в профессию, знают немногие. Давайте же восполним этот пробел!

Будущий академик родился 18 февраля 1924 г. в Москве, в семье врачей. Его отец был хирургом, что определило выбор профессии. Сын не только продолжил врачебную династию, но и прославил ее на всю страну. Интересно, что дети Николая Алексеевича тоже пошли по его стопам: старшая дочь стала урологом, младшая — акушер-гинеколог.

В биографии академика есть один невероятный факт, о котором мало кто слышал: свою будущую жену маленький Коля встретил в первом классе, а в любви признался в третьем. Искренне. На всю оставшуюся жизнь! «А потом, — рассказывал Н.А. Лопаткин, — были известные события 1937-го года, которые вынудили нас уехать из провинции, где работал отец. Мы расстались, не виделись, по-моему, 8 лет. Но я ее никогда не забывал. И когда через 8 лет представилась возможность поехать в Елец, я нашел ее. Считаю, что семья в жизни врача играет основную роль. Мужчина вообще ничего не достигнет без хорошей жены, которая должна отличаться душевной красотой, мягким характером, добротой, умением отмежеваться от тех моментов, которые портят настроение. Вот только он и сам должен быть хорошим семьянином. А главное — в семье должна быть любовь».

Николай Алексеевич считал, что врачу необходимо быть не только хорошим профессионалом, но и всесторонне развитым человеком. На урологических конференциях Лопаткин заявлял о том, что часть про-



Взгляд в будущее

блем со здоровьем можно решить или даже не допустить, если вовремя сходить всей семьей в театр или в картинную галерею. Любовь к искусству и вера в его целительную силу тоже была родом из детства.

«В свое время на меня повлияла моя учительница литературы в школе, — признавался Николай Алексеевич. — Первый вопрос в начале урока был не про домашнее задание, а о том, кто ходил в театр, кто

и что смотрел. Она приучила нас посещать спектакли. Перед войной было очень трудно достать билеты, ночью мы занимали очередь, покупали их на всю декаду и ходили в театр. Одно только «Лебединое озеро» я смотрел 29 раз! Непонятно, когда успевал-то? Сейчас многие врачи, в том числе молодые, говорят, что нет времени на отдых, на театры. Но это только отговорки. Время всегда можно найти. С года-

ми мне стало намного труднее выбираться на культурные мероприятия из-за того, что больше времени провожу на даче. На работу едешь полтора часа и обратно столько же. Три часа выбрасываешь из жизни и еще больше, если попадаешь в пробки. Но выезжаешь за кольцевую дорогу и сразу чувствуешь разницу — совсем другой воздух!»

### Учитель, воспитай ученика!

Окончив 2-й Московский медицинский институт (ММИ) в 1947 году, Николай Лопаткин поступил в ординатуру на кафедру факультетской хирургии к академику Александру Николаевичу Бакулеву (1890–1967). «Так сложилась ситуация, — вспоминал Николай Алексеевич в одном из своих интервью, — что я с самого начала оказался вовлечен в научно-исследовательскую работу. На кафедре академика Бакулева была программа подготовки кадров, и каждый, кто приходил туда работать, обязан был заниматься научно-исследовательской деятельностью. Не избежал этой участи и я».

Академика Бакулева Н.А. Лопаткин считал своим учителем так же, как и крупнейшего уролога страны Антона Яковлевича Пытеля (1902–1982). Пытель возглавлял кафедру урологии, где Лопаткин работал сначала ассистентом (1950–1962), затем доцентом, после чего в 1962 году стал профессором, а с 1968 года — заведующим кафедрой урологии и оперативной нефрологии 2-го ММИ. Стремительный карьерный рост, что и говорить! Но это не счастливый случай, не везение, а результат упорного труда. Академик Лопаткин любил свое дело, буквально жил на работе. И главным своим наследием считал не научные труды, а учеников: «Много их, я всех люблю». Под его руководством подготовлено свыше 55 диссертаций, в том числе 19 докторских.

«Был такой период, когда во всем СССР кафедрами руководили практически все мои ученики, подготовленные на кафедре урологии 2-го МОЛГМИ имени Н.И. Пирогова, — вспоминал Николай Алексеевич. — С началом перестройки ситуация изменилась. Стали перестраивать то, что создали, утрачивать достижения, которые были наработаны в области урологии, закрывать кафедры. Много закрыли, процентов 40. Перевели их в доцентские курсы и подчинили хирургии, поэтому уровень подготовки урологов стал снижаться». В 2004-м году, когда академику исполнилось 80 лет, специалистов действительно не хватало, на всю Россию насчитывалось около 5 тыс. урологов, что не могло не вызывать у него крайнее беспокойство.



Академик Н.А. Лопаткин лечил и первых лиц (генсека ЦК КПСС Леонида Брежнева и лидера ГДР Эриха Хонеккера), и обычных граждан, спасая жизни тысячам пациентов



## Холодные сапожники

Николай Алексеевич считал, что врач должен обладать широким медицинским кругозором и применять в своей практике мультидисциплинарный подход. Он был категорически против развития медицинского образования в направлении подготовки узких специалистов: «Вот, например, появились специалисты, которых называют эндоурологами. Я их называю «холодными сапожниками». Раньше были сапожники-модельеры, которые кроили и шили модельную обувь в своих мастерских, а были сапожники уличные, которые прибивали отвалившиеся каблучки, работая на тротуаре летом и зимой, в жару и холод. Мерзли зимой, поэтому они и «холодные». Но больше ведь ничего не умели делать, потому что узкие специалисты! Я хочу, чтобы урологи в нашем институте владели всеми видами диагностики и лечения. И за рубежом есть эндоурологи, но они выполняют и открытые операции, владея всеми видами современных технологий. Если ты врач, то должен стараться получить как можно больше информации в области медицины, и не только по своей узкой специальности. Организм — это комбинат, это единое целое. Нельзя, например, оторвать щитовидную железу от предстательной. Их взаимодействие — это сумма функций органов. А мы направляем пациента к тысяче разных специалистов. Какие же мы после этого врачи? И какой же я уролог, если не могу оказать элементарную помощь человеку с заболеванием сердца, например? Это все нужно обязательно знать, даже для того, чтобы грамотно вызвать консультанта».

Академик Лопаткин был убежден, что врач общей практики обязательно должен иметь знания в области урологии и уметь поставить соответствующий диагноз пациенту. Я детский невролог, но в моей памяти очень ярко запечатлелся цикл по урологии на кафедре академика Лопаткина: было невероятно интересно и познавательно. А главное, стало ясно, что неврология и урология во многих отношениях пересекаются — нейрогенный мочевой пузырь, нейрогенная гиперактивность детрузора, нейрогенная эректильная дисфункция... Никогда не забуду и свою первую сестринскую практику в отделении искусственной почки Детской городской клинической больницы имени Н.Ф. Филатова — такие отделения создавались по инициативе академика Лопаткина по всей стране. Скольким пациентам они спасли жизнь или существенно продлили ее! По большому счету Николай Алексеевич был и моим учителем тоже, и я благодарна за то, что знания, полученные на его кафедре много лет назад, помогают мне сегодня работать над урологической газетой в качестве выпускающего редактора.

## Думать у постели больного

На восемьдесят первом году жизни Николая Алексеевича волновал вопрос об опасности алгоритмизации врачебной деятельности, в результате которой могут исчезнуть думающие доктора: «Когда мы введем стандарты, лучше не станет, будет только хуже. Их очень сильно и настойчиво сейчас внедряют. Кому это удобно, я не знаю. Между прочим, отличительная черта русского врача заключалась в том, что он всегда был семейным доктором. Как можно врача, которого учили всегда думать у постели больного, переучивать? Специалист нового поколения не будет думать, он будет смотреть, выполнил ли все пункты приказа. А его еще запугают уголовной ответственностью, чтобы он ни на шаг не отступал от инструкции».



Академик Н.А. Лопаткин за кафедрой

У Николая Алексеевича часто спрашивали, кем он себя считает в большей степени: нефрологом или урологом? Он говорил, что дело его жизни — урология, ведь нефрология — это по сути терапевтическая специальность. А на вопрос о том, какая из зарубежных урологических школ ему ближе, отвечал, что немецкая: «В России в 1970-х гг. делали попытку перейти к французской школе. Это касалось всего — преподавания, терминологии, классификации. Но попытка не выдержала никакой критики. И сейчас мы по-прежнему придерживаемся немецкой школы. Она ведь и была родоначальницей медицины в России. Мы с немецкими коллегами близки по духу и главной идее — врач должен быть всесторонне образованным. Сейчас нужно уделять гораздо больше внимания фундаментальным наукам. Если мы отойдем от их изучения, то не сможем разобраться в этиологии и патогенезе того или иного заболевания. Поэтому в нашем институте создан отдел экспериментального моделирования заболеваний. Сначала мы стараемся смоделировать ту или иную патологию, а потом уже учимся лечить ее. Но далеко не все имеют такую возможность. Раньше фундаментальные науки были приближены к практическому здравоохранению. Сейчас это не так. Считаю, что в этом смысле допущена колоссальная ошибка».

## Спешите делать добро

Врач — не просто выпускник медицинского вуза, овладевший определенным набором знаний. Это человек высоких моральных достоинств. Николай Алексеевич повторял, что главное качество врача — доброта: «Прежде всего нужно быть добрым и с уважением относиться ко всем — далеким и близким, членам семьи и больным. В коллективе врач также должен быть внимательным и добрым — иначе нельзя! Есть прекрасный завет Гааза: «Спешите делать добро». Нужно, чтобы этот завет лежал в основе всей деятельности каждого врача! Мы сами выбрали эту тяжелую профессию, мы призваны проявлять доброту! Если участковый врач идет пешком за 20 км, чтобы оказать помощь больному, иногда по глубокому снегу, — это же мужество. Он не за деньгами идет, а руководствуется прекрасным заветом доктора Гааза и собственным энтузиазмом. Так всегда было в русской

- предложил принципиально новый метод лечения венозной гипертензии у больных с варикоцеле;
- разработал оперативные методы лечения пациентов с коралловидными камнями почек;
- первым в СССР разработал и применил в клинике технику экстракорпоральных операций на почке и предложил оригинальную методику аутотрансплантации.

Николай Алексеевич гордился тем, что многие разработки в области уронефрологии являются достоянием российских ученых, но при этом сожалел, что немалая часть из них находит применение не у нас, а зарубежом: «Идея литотриптора была российской, идея создания искусственной почки, идеи сосудосшивающих аппаратов, лазерной хирургии, криотерапии зародились в России. Вот мы рождаем идеи и раздаем их бесплатно всему миру. Мы же добрые! А потом свои же идеи вынуждены покупать или воплощать их в других странах, например в Германии, Америке. В этом, конечно же, наша большая глупость, глупость прошлых лет. Потому что идеи, воплощенные в одном экземпляре,



Операция в НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина

медицине. И наши учителя никогда не сетовали на жизнь, довольствуясь тем, что есть».

## Научное наследие

Н.А. Лопаткин опубликовал свыше 700 научных работ, в том числе более 30 монографий, включая учебник «Урология». Он предложил оригинальные методы операций при патологически подвижной почке, дисплазии мочеточника и несколько вариантов формирования пузырно-мочеточникового анастомоза, а в 1958 году совместно с А.Я. Пытелем впервые в Советском Союзе применил аппарат «искусственная почка». Как уже говорилось выше, академик Лопаткин был инициатором создания в СССР отделений гемодиализа. С 1966 года он занимался вопросами лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности и трансплантации трупной почки. Именно за разработку этой проблемы Николай Алексеевич был удостоен Государственной премии СССР.

Кроме того, академик Лопаткин:

- изучал вопросы патогенеза нефрогенной гипертензии и методов лечения пациентов с этим заболеванием;
- подтвердил роль венозной гипертензии в происхождении некоторых заболеваний почки и венозного сплетения яичка;

в прошлом никогда не доходили у нас до серийного производства. А доводили их до этого другие. Приедут, посмотрят и реализуют у себя».

На протяжении многих лет Николай Алексеевич возглавлял Всесоюзное и Российское научные общества урологов (с 1998 по 2012 год), был членом Венгерского и Чехословацкого урологических обществ и действительным членом Международного общества урологов. В 1973 году участвовал в организации Европейского общества урологов и принимал участие в работе его съездов.

Н.А. Лопаткин также был редактором журнала «Урология и нефрология», членом редколлегии журнала «Европейская урология» Европейского общества урологов (с 1974 г.), заместителем ответственного редактора раздела «Урология. Нефрология. Сексопатология» «Большой медицинской энциклопедии». Награжден двумя орденами Ленина, а также орденом Трудового Красного Знамени и медалями.

Академика Н.А. Лопаткина не стало 16 сентября 2013 года. Он не дожил всего год до своего девяностолетия и похоронен на Ваганьковском кладбище. ☹

Список литературы находится в редакции

Ирина Ковалева

## Гематоспермия — пугающий симптом или нет?

← Окончание, начало на с. 14

у 8 из 12 больных (66,7 %) наступило улучшение в виде отсутствия примеси крови в эякуляте в течение 3 месяцев (в процессе терапии и после), а в группе плацебо лишь 3 пациента из 12 (25 %) сообщили об исчезновении ГС на 1–2 месяца. Финастерид можно безопасно применять в комплексной терапии устойчивой рецидивирующей ГС после исключения других органических причин, однако для однозначной рекомендации требуется проведение более крупных серий исследований с длительным периодом наблюдения.

При подозрении на системный генез ГС необходимо привлечь к консультации и подбору комплексной терапии смежных специалистов. В литературе описано применение радикальных хирургических методов коррекции при неэффективности консервативного лечения и рецидивах ГС, а также крайней обеспокоенности пациентов данным симптомом.


Лапароскопический подход к лечению ГС (везикулэктомия) впервые был применен Kavoussi и соавт. в 1993 году. А в 2002 году T. Manousakas и соавт. успешно выполнили одностороннюю везикулэктомию у пациента с кистой семенного пузырька — причиной ГС. В 2019 году E. Corongiu и соавт. провели везикулэктомию у больного с синдромом Зиннера, врожденной аномалией Вольфова протока. В 2023 году M. Satraglio и соавт. сообщили о положительных результатах робот-ассистированной везикулэктомии у 42-летнего мужчины с рефрактерной ГС и кистами семенных пузырьков.

Обычно появление крови в эякуляте носит доброкачественный характер, но иногда это может быть симптомом рака предстательной железы

Для минимизации инвазивности хирургического лечения можно рассмотреть результаты ТВС с позиций не только диагностической точности, но и лечебной эффективности. О результатах лечения 419 мужчин с рецидивирующей ГС при помощи ТВС сообщили R. Chen и соавт. Стеноз или обструкция семявыносящего протока в качестве интраоперационных находок были выявлены в 312 (81,9 %) случаях, поражение слизистой оболочки в семенных пузырьках и семявыносящем протоке — в 209 (54,9 %) случаях, а камни в семенных пузырьках и в области семенного бугорка обнаружены у 19 (5 %) пациентов.

Все манипуляции в семявыносящем протоке и семенных пузырьках выполнялись с использованием гольмиевого и туглиевого лазера. В результате терапии ГС была излечена у 381 (90,9 %) пациента, однако у части из них положительный эффект

был временным: в течение первого года 24 (6,3 %) мужчины сообщили о рецидиве ГС. Результаты данного исследования свидетельствуют об эффективности и безопасности применения ТВС в диагностике и лечении ГС, однако необходимы дальнейшие многоцентровые клинические испытания для подтверждения эффективности, безопасности и воспроизводимости данной методики.

ГС ассоциирована с различными заболеваниями мочеполового тракта. В подавляющем большинстве случаев она носит доброкачественный характер и проходит самостоятельно или благодаря консервативной терапии. Детальная диагностика необходима при рецидивирующей и устойчивой ГС и появлении гематурии. При единичном эпизоде появления примеси крови в эякуляте молодых мужчин применение инвазивных инструментальных методов диагностики считается избыточным и экономически нерациональным. Однако при рецидивах ГС, резистентности к стандартной терапии, сочетании с гематурией или при подозрении на наличие системных заболеваний к диагностике и лечению данного состояния необходимо подходить индивидуально и комплексно. 

## ▶▶ ОПТИМАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ

## Применение ботулинического токсина типа А в урологии

← Окончание, начало на с. 17

дозы ОнаБТА с более низкой АбоБТА (600 ЕД) разницы в эффективности не отмечалось.

В проспективном исследовании M. Sciaci оценивались результаты 299 курсов лечения у 170 пациентов с идиопатической гиперактивностью детрузора. Ургентное недержание было устранено у 26 %, тяжесть недержания снизилась у 44 % больных. Средний интервал между повторными инъекциями АбоБТА составлял 21,3 месяца. Самокатетеризация *de novo* потребовалась в 18,2 % случаев из-за увеличения объема остаточной мочи.

В статье Г.Г. Кривобородова (2023 г.) обобщен опыт применения АбоБТ при лечении НГД. Отдельное внимание в этом анализе уделяется длительному эффекту от проведенного лечения. А по мнению M. Field с соавт., достижение продолжительного контроля симптомов может быть обусловлено более высоким уровнем содержания активного нейротоксина в максимально разрешенной дозе препарата АбоБТА по сравнению с другими БТА.

Отсюда следует вывод, что применение АбоБТА у пациентов с гиперактивно-

стью детрузора демонстрирует высокую эффективность и положительную переносимость. При проведении дальнейших исследований по расширенным показаниям у больных урологического профиля данный метод может стать основным для множества пациентов в РФ.

### Синдром хронической тазовой боли

СХТБ — это боль в области таза, которая носит постоянный, эпизодический или циклический характер, продолжается не менее 6 месяцев и не имеет какой-либо легко диагностируемой причины. В основе СХТБ лежат механизмы, связанные с процессами нейромодуляции на уровне центральной нервной системы при отсутствии патологии на уровне периферических тканей. Истинная распространенность СХТБ неизвестна из-за разнообразия диагностических критериев, методов обследования и схожести симптомов с другими заболеваниями. Однако, по некоторым данным, 5,7 % женщин и 2,7 % мужчин в популяции страдают этим синдромом.


Согласно рекомендациям ЕАУ, стратегия лечения СХТБ должна основываться на биопсихосоциальной модели, холистическом подходе и сопровождаться активной вовлеченностью пациента. Монотерапия редко оказывается достаточно эффективной.

Ввиду гетерогенности клинических проявлений, пациентов с СХТБ принято разделять на несколько фенотипов, или болевых синдромов (мочепузырный, простатический, уретральный, тазовая миалгия напряжения и др.). БТА обладает свойством уменьшать боль, воздействуя на ноцицептивные волокна и регулируя продукцию таких молекул, как субстанция P, кальцитонин-генсвязанный пептид и глутамат. Применение БТА при СХТБ рекомендовано ЕАУ только для лечения мочепузырного болевого синдрома (интерстициального цистита). Однако данные рекомендации базируются на РКИ по внутривезикулярному введению ОнаБТА.

Широкое представление о результатах применения БТА при СХТБ получено в систематическом обзоре V. Parsons

(PROSPERO-ID: 162416) с включением 5 рандомизированных и 2 нерандомизированных исследований, в которых изучалась эффективность БТА в лечении мочепузырного болевого синдрома. Три исследования, в том числе два рандомизированных, продемонстрировали результаты ботулинотерапии при простатическом, а одно РКИ — при миофасциальном болевом синдроме.

В рандомизированное многоцентровое исследование Manning вошли 54 пациентки с рефрактерным к терапии интерстициальным циститом, которых разделили на две группы. В основной группе проводились гидродистензия и внутривезикулярное субуротелиальное введение 500 ЕД АбоБТА, в контрольной — гидродистензия и обкалывание стенки мочевого пузыря физиологическим раствором. Для оценки результатов лечения использовали опросник O'Лири — Сант, состоящий из индекса симптомов и индекса проблем интерстициального цистита. Через 6 недель и через 3 месяца после лечения было отмечено улучшение как в основной, так и в контрольной группах. Тем не менее по результатам оценки второй части опросника — индекса проблем выявлено статистически достоверное улучшение в группе АбоБТА через 3 месяца ( $p = 0,04$ ).

Таким образом, имеющиеся данные указывают на необходимость продолжать более углубленное изучение применения аботулотоксина А у пациентов с мочепузырным болевым синдромом и (или) интерстициальным циститом. 

Список литературы находится в редакции

В 2022 году АбоБТА зарегистрирован для применения при недержании мочи у взрослых с НГД

### Урология сегодня № 1 (76) 2024

**УЧРЕДИТЕЛЬ**  
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»  
Директор: Леонид Маркович Наумов

**РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА**  
Главный редактор: Дмитрий Юрьевич Пушкарь  
Шеф-редактор: Е.Н. Голубцова  
Выпускающий редактор: И.В. Ковалева  
Руководитель проекта: О.А. Строковская

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**  
К.м.н. Б.Ш. Камолов  
Д.м.н., проф. А.З. Винаров  
Д.м.н. А.В. Говоров  
К.м.н. А.А. Серегин  
А.А. Киричек  
О.А. Плеханова

**ДИРЕКТОР ПО РЕКЛАМЕ**  
Н.А. Ковалева  
n.kovaleva@abvpress.ru

**ВЕРСТКА**  
Дизайнер-верстальщик:  
С.С. Крашенинникова  
Корректор: И.Г. Бурд

**ПЕЧАТЬ**  
Отпечатано в типографии  
ООО «Юнион Принт».  
Нижний Новгород, Окский съезд, д. 2, к. 1.  
Заказ № 240906.  
Общий тираж 5 000 экз.  
**АДРЕС РЕДАКЦИИ**  
115478, Москва, Каширское шоссе,  
24, стр. 15. Тел. +7 (499) 929-96-19  
E-mail: abv@abvpress.ru

**РАСПРОСТРАНЕНИЕ**  
По подписке. Бесплатно.  
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009.  
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.



www.abvpress.ru