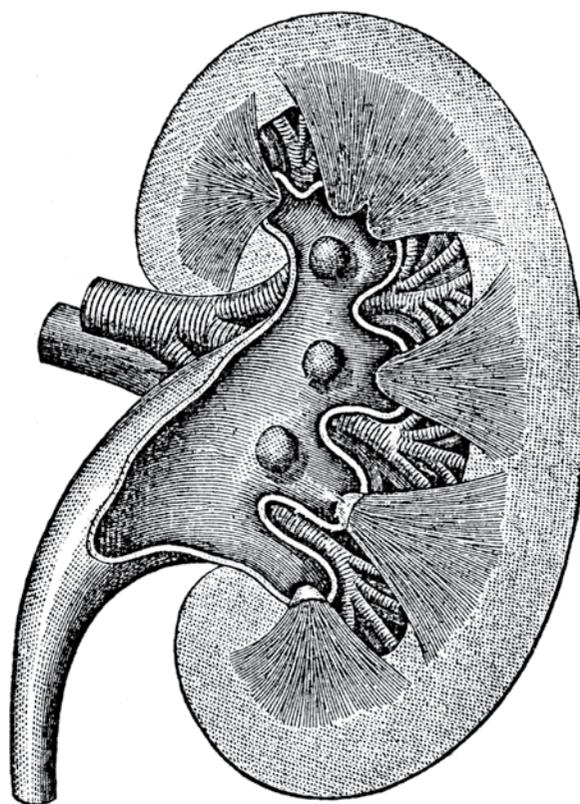
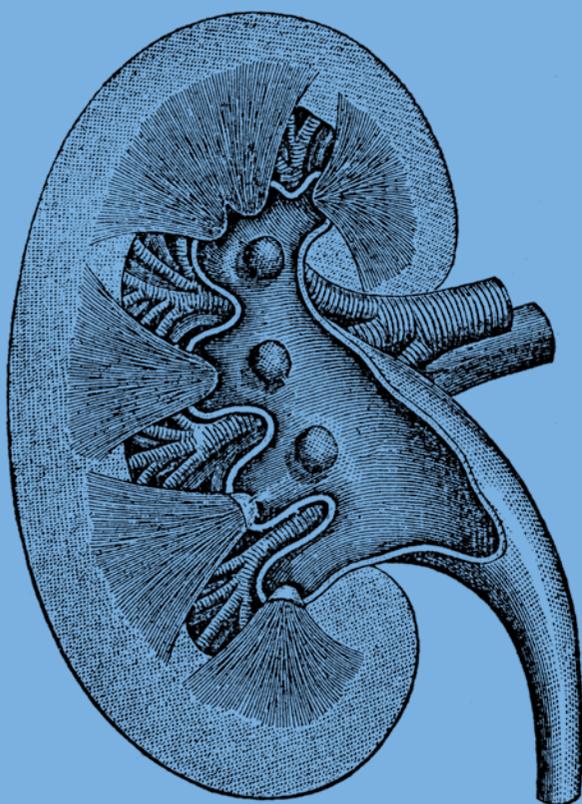


ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

ТЕРАПИЯ

№ **48** ТОМ 20
2024



УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ №4

Диализ
и экстракорпоральная
гемокоррекция в России:
перспективы
импортозамещения

6

Правила оказания
урологической помощи
неврологическим
больным

10

Первичная профилактика
при хронической
болезни почек

18



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



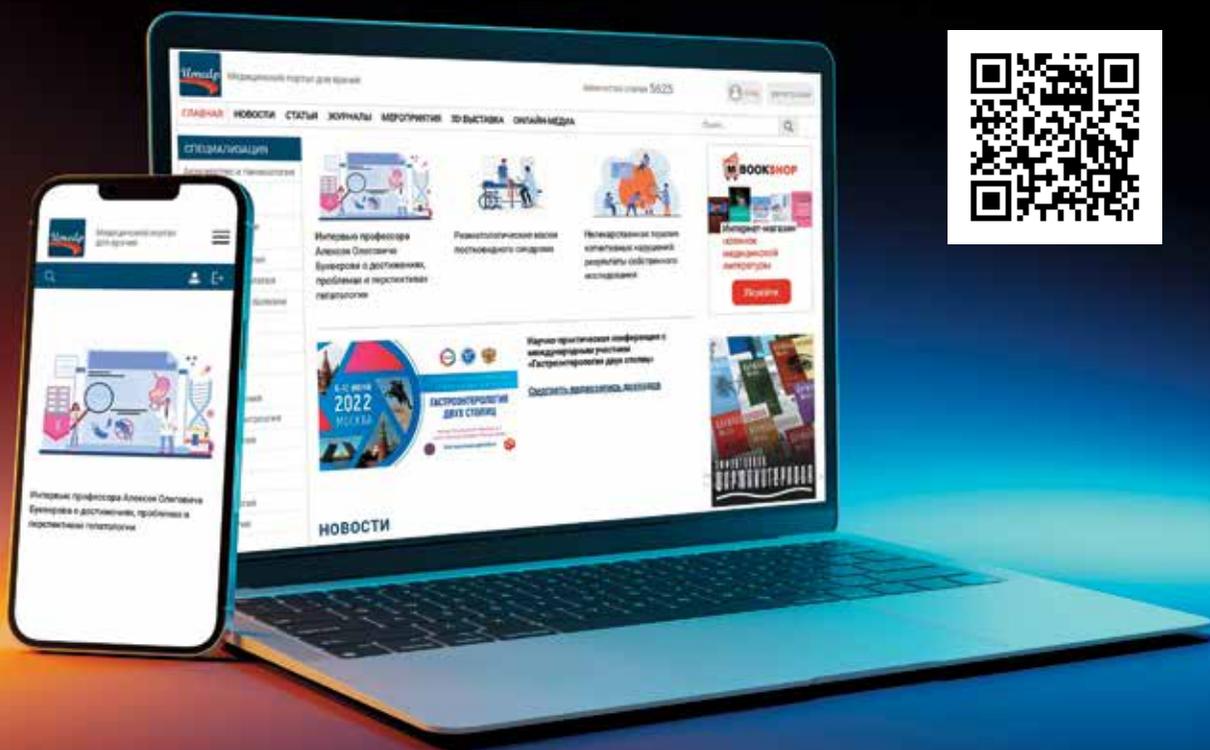
Медицинский портал для врачей uMEDp.ru



Новости, вебинары, интервью, конференции

- Более 5500 научных статей
- 300 000 посетителей в месяц
- Разделы по 19 специальностям
- Онлайн-трансляции медицинских мероприятий
- Профессиональный авторский контент
- Интерактивные задачи

Присоединяйтесь, чтобы быть в курсе



**МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**
UMEDP.RU



<https://vk.com/vk.medforum>



<https://www.youtube.com/umedportal>



<https://ok.ru/group/68846800994349>

Эффективная фармакотерапия. 2024.
Том 20. № 48.
Урология и нефрология

ISSN 2307-3586

© Агентство медицинской информации «Медфорум»
127422, Москва, ул. Тимирязевская,
д. 1, стр. 3, тел. (495) 234-07-34
www.medforum-agency.ru

Руководитель проекта
«Урология и нефрология»
А. РОДИОНОВА
(a.rodionova@medforum-agency.ru)

Редакционная коллегия

Ю.Г. АЛЯЕВ (*главный редактор*),
член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
И.С. БАЗИН (*ответственный секретарь*), *д.м.н. (Москва)*
Ф.Т. АГЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Л.А. БОКЕРИЯ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Л. БОКЕРИЯ, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Б. БЕЛЯЕВА, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
Д.С. БОРДИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Ю.А. ВАСЮК, *д.м.н., профессор (Москва)*
Н.М. ВОРОБЬЕВА, *д.м.н. (Москва)*
О.В. ВОРОБЬЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
М.А. ГОМБЕРГ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.А. ГОРБУНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. ГОРЕЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.А. ДАЙХЕС, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Л.В. ДЕМИДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.А. ЗАЙЦЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.В. ЗАХАРОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Н. ЗАХАРОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Е. КАРАТЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. КАРАУЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Ю.А. КАРПОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Е.П. КАРПОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.В. КНЯЗЕВ, *д.м.н. (Москва)*
В.В. КОВАЛЬЧУК, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.М. КОРСУНСКАЯ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Г.Г. КРИВОБОРОДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.В. КУЗНЕЦОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.М. ЛЕСНЯК, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
И.А. ЛОСКУТОВ, *д.м.н. (Москва)*
Д.Ю. МАЙЧУК, *д.м.н. (Москва)*
А.Б. МАЛАХОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
С.Ю. МАРЦЕВИЧ, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Н. МИНУШКИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.М. МКРТУМЯН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.М. НЕНАШЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.Ю. ОВЧИННИКОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Ш. ОЙНОТКИНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
К.В. ОРЛОВА, *к.м.н. (Москва)*
Н.А. ПЕТУНИНА, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*

Effective Pharmacotherapy. 2024.
Volume 20. Issue 48.
Urology and Nephrology

ISSN 2307-3586

© Medforum Medical Information Agency
1/3 Timiryazevskaya Street Moscow, 127422 Russian Federation
Phone: 7-495-2340734
www.medforum-agency.ru

Advertising Manager
‘Urology and Nephrology’
A. RODIONOVA
(a.rodionova@medforum-agency.ru)

Editorial Board

Yury G. ALYAEV (*Editor-in-Chief*),
Prof., MD, PhD (Moscow)
Igor S. BAZIN (*Executive Editor*), *MD, PhD (Moscow)*
Fail T. AGEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Leo A. BOKERIA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga L. BOKERIA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina B. BELYAYEVA, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*
Dmitry S. BORDIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yury A. VASUK, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Natalya M. VOROBYOVA, *MD, PhD (Moscow)*
Olga V. VOROBYOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Mikhail A. GOMBERG, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vera A. GORBUNOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr V. GORELOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Nikolay A. DAIKHES, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Lev V. DEMIDOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Andrey A. ZAYTSEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vladimir V. ZAKHAROV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina N. ZAKHAROVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Dmitry Ye. KARATEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr V. KARAULOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yury A. KARPOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yelena P. KARPOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Oleg V. KNYAZEV, *MD, PhD (Moscow)*
Vitaly V. KOVALCHUK, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina M. KORSUNSKAYA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Grigory G. KRIVOBORODOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina V. KUZNETSOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga M. LESNYAK, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*
Igor A. LOSKUTOV, *MD, PhD (Moscow)*
Dmitry Yu. MAYCHUK, *MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr B. MALAKHOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Sergey Yu. MARTSEVICH, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Oleg N. MINUSHKIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Ashot M. MKRTUMYAN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
David V. NEBIERIDZE, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Natalya M. NENASHEVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Andrey Yu. OVCHINNIKOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga Sh. OYNOTKINOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Kristina V. ORLOVA, *PhD (Moscow)*
Nina A. PETUNINA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*

Редакционная коллегия

В.И. ПОПАДЮК, профессор, д.м.н. (Москва)
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)
О.А. ПУСТОТИНА, профессор, д.м.н. (Москва)
В.И. РУДЕНКО, профессор, д.м.н. (Москва)
С.В. РЯЗАНЦЕВ, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
С.В. СААКЯН, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.А. САБЕЛЬНИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
М.С. САВЕНКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ, профессор, д.м.н. (Москва)
О.М. СМIRНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.С. СНАРСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)
Н.А. ТАТАРОВА, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Н.С. ТАТАУРЩИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
В.Ф. УЧАЙКИН, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
И.Е. ЧАЗОВА, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.И. ШМЕЛЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

Редакционный совет

Акушерство и гинекология

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА, В.Е. БАЛАН, К.Р. БАХТИЯРОВ,
В.Ф. БЕЖЕНАРЬ, О.А. ГРОМОВА, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА,
С.А. ЛЕВАКОВ, Л.Е. МУРАШКО, Т.А. ОБОСКАЛОВА,
Т.В. ОВСЯННИКОВА, С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА, В.Н.
СЕРОВ, Е.В. СИБИРСКАЯ, И.С. СИДОРОВА, Е.В. УВАРОВА

Аллергология и иммунология

Т.У. АРИПОВА, О.И. ЛЕТЯЕВА, Н.Б. МИГАЧЕВА, И.В. НЕСТЕРОВА,
Н.С. ТАТАУРЩИКОВА, И.А. ТУЗАНКИНА, М.С. ШОГЕНОВА

Гастроэнтерология

М.Д. АРДАТСКАЯ, И.Г. БАКУЛИН, С.В. БЕЛЬМЕР, С. БОР,
И.А. БОРИСОВ, Е.И. БРЕХОВ, Е.В. ВИННИЦКАЯ,
Е.А. КОРНИЕНКО, Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ,
М. ЛЕЯ, М.А. ЛИВЗАН, И.Д. ЛОРАНСКАЯ,
В.А. МАКСИМОВ, Ф. Ди МАРИО

Дерматовенерология и дерматокосметология

А.Г. ГАДЖИГОРОВА, В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРЕВА,
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА, С.А. МАСЮКОВА,
А.В. МОЛОЧКОВ, В.А. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,
И.Б. ТРОФИМОВА, А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

Кардиология и ангиология

Г.Е. РОЙТБЕРГ, С.Т. МАЦКЕПЛИШВИЛИ, М.Н. МАМЕДОВ,
А.В. ПОГОЖЕВА (заместители главного научного редактора),
С.А. ДЕРБЕНЕВА (ответственный секретарь),
Э.З. ОГЛЫ АЛЕКПЕРОВ, Б.Г. АЛЕКЯН, Г.А. БАРЫШНИКОВА,
С.А. БОЙЦОВ, Л.А. БОКЕРИЯ, О.Л. БОКЕРИЯ, Ю.И. БУЗИАШВИЛИ,
М.Г. БУБНОВА, Ю.А. ВАСЮК, Я.Л. ГАБИНСКИЙ, М.Г. ГЛЕЗЕР,
Ю.И. ГРИНШТЕЙН, М.В. ЖУРАВЛЕВА, Ж.Д. КОБАЛАВА,
Л.С. КОКОВ, И.А. КОМИССАРЕНКО, В.В. КУХАРЧУК,
В.Н. ЛАРИНА, А.Н. ЛИЩУК, Ю.М. ЛОПАТИН, О.М. МАСЛОВА,
Д.Б. НИКИТЮК, Н.Х. ОЛИМОВ, О.Д. ОСТРОУМОВА,
А.Ш. РЕВИШВИЛИ, Н.К. РУНИХИНА, Т.З. СЕЙСЕМБЕКОВ,
В.В. СКИБИЦКИЙ, И.Д. СТРАЖЕСКО, И.Е. ЧАЗОВА,
Е.В. ШЛЯХТО, М.Ю. ШЧЕРБАКОВА
(сердечно-сосудистая хирургия, диетология, нутрициология)

Неврология и психиатрия

Неврология
Е.С. АКАРАЧКОВА, А.Н. БАРИНОВ, Н.В. ВАХНИНА,
В.Л. ГОЛУБЕВ, О.С. ДАВЫДОВ, А.Б. ДАНИЛОВ, Г.Е. ИВАНОВА,
Н.Е. ИВАНОВА, А.И. ИСАЙКИН, П.Р. КАМЧАТНОВ,
С.В. КОТОВ, О.В. КОТОВА, М.Л. КУКУШКИН, О.С. ЛЕВИН,
А.Б. ЛОКШИНА, А.В. НАУМОВ, А.Б. ОБУХОВА,
М.Г. ПОЛУЭКТОВ, И.С. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ, А.А. СКОРОМЕЦ,
И.А. СТРОКОВ, Г.Р. ТАБЕЕВА, Н.А. ШАМАЛОВ,
В.А. ШИРОКОВ, В.И. ШМЫРЕВ, Н.Н. ЯХНО

Психиатрия
А.Е. БОБРОВ, Н.Н. ИВАНЕЦ, С.В. ИВАНОВ, Г.И. КОПЕЙКО,
В.Н. КРАСНОВ, С.Н. МОСОЛОВ, Н.Г. НЕЗНАНОВ,
Ю.В. ПОПОВ, А.Б. СМУЛЕВИЧ

Editorial Board

Valentin I. POPADYUK, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vera N. PRILEPSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Olga A. PUSTOTINA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vadim I. RUDENKO, Prof., MD, PhD (Moscow)
Sergey V. RYAZANTSEV, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Svetlana V. SAAKYAN, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yelena A. SABELNIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Marina S. SAVENKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Aleksandr I. SINOPALNIKOV, Prof., MD, PhD (Moscow)
Olga M. SMIRNOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yelena S. SNARSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Nina A. TATAROVA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Natalya S. TATAURSHCHIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vasily F. UCHAYKIN, Prof., MD, PhD (Moscow)
Irina E. CHAZOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yevgeny I. SHMELYOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Editorial Council

Obstetrics and Gynecology

V.O. ANDREYEVA, I.A. APOLIKHINA, V.Ye. BALAN, K.R. BAKHTIYAROV,
V.F. BEZHENAR, O.A. GROMOVA, Yu.E. DOBROKHOTOVA,
S.A. LEVAKOV, L.Ye. MURASHKO, T.A. OBOSKALOVA,
T.V. OVSYANNIKOVA, S.I. ROGOVSKAYA, O.A. SAPRYKINA,
V.N. SEROV, Ye.V. SIBIRSKAYA, I.S. SIDOROVA, Ye.V. UVAROVA

Allergology and Immunology

T.U. ARIPOVA, O.I. LETYAEVA, N.B. MIGACHEVA, I.V. NESTEROVA,
N.S. TATAURSHCHIKOVA, I.A. TUZANKINA, M.S. SHOGENOVA

Gastroenterology

M.D. ARDATSKAYA, I.G. BAKULIN, S.V. BELMER, S. BOR,
I.A. BORISOV, Ye.I. BREKHOV, Ye.V. VINNITSKAYA,
Ye.A. KORNIYENKO, L.N. KOSTYUCHENKO, Yu.A. KUCHERYAVY,
M. LEYA, M.A. LIVZAN, I.D. LORANSKAYA,
V.A. MAKSIMOV, F. Di MARIO

Dermatovenereology and Dermatocosmetology

A.G. GADZHIGOROYEVA, V.I. KISINA, S.V. KLYUCHAREVA,
N.G. KOCHERGIN, Ye.V. LIPOVA, S.A. MASYUKOVA,
A.V. MOLOCHKOV, V.A. MOLOCHKOV, Yu.N. PERLAMUTROV,
I.B. TROFIMOVA, A.A. KHALDIN, A.N. KHLEBNIKOVA,
A.A. KHRYANIN, N.I. CHERNOVA

Cardiology and Angiology

G.Ye. ROITBERG, S.T. MATSKEPLISHVILI, M.N. MAMMADOV,
A.V. POGOZHEVA (Deputy Chief Scientific Editor),
S.A. DERBENEVA (Responsible Secretary),
E.Z. ALEKPEROV, B.G. ALEKYAN, G.A. BARYSHNIKOVA,
S.A. BOYTISOV, L.A. BOKERIA, O.L. BOKERIA, Yu.I. BUZIASHVILI,
M.G. BUBNOVA, Yu.A. VASYUK, Ya.L. GABINSKY, M.G. GLEZER,
Yu.I. GRINSHTEIN, M.V. ZHURAVLEVA, Zh.D. KOBALAVA,
L.S. KOKOV, I.A. KOMISSARENKO, V.V. KUKHARCHUK,
V.N. LARINA, A.N. LISHCHUK, Yu.M. LOPATIN, O.M. MASLOVA,
D.B. NIKITYUK, N.Kh. OLIMOV, O.D. OSTROUMOVA,
A.S. REVISHVILI, N.K. RUNIKHINA T.Z. SEISEMBEKOV,
V.V. SKIBITSKY, I.D. STRAZHESKO, I.E. CHAZOVA,
Ye.V. SHLYAKHTO, M.Yu. SHCHERBAKOVA
(cardiovascular surgery, dietetics, nutritionology)

Neurology and Psychiatry

Neurology
Ye.S. AKARACHKOVA, A.N. BARINOV, N.V. VAKHNINA,
V.L. GOLUBEV, O.S. DAVYDOV, A.B. DANILOV, G.Ye. IVANOVA,
N.Ye. IVANOVA, A.I. ISAYKIN, P.R. KAMCHATNOV,
S.V. KOTOV, O.V. KOTOVA, M.L. KUKUSHKIN, O.S. LEVIN,
A.B. LOKSHINA, A.V. NAUMOV, A.B. OBUKHOVA,
M.G. POLUEKTOV, I.S. PREOBRAZHENSKAYA, A.A. SKOROMETS,
I.A. STROKOV, G.R. TABEYEVA, N.A. SHAMALOV,
V.A. SHIROKOV, V.I. SHMYREV, N.N. YAKHNO

Psychiatry

A.Ye. BOBROV, N.N. IVANETS, S.V. IVANOV, G.I. KOPEYKO,
V.N. KRASNOV, S.N. MOSOLOV, N.G. NEZNANOV,
Yu.V. POPOV, A.B. SMULEVICH

Онкология, гематология и радиология

Б.Я. АЛЕКСЕЕВ, Е.В. АРТАМОНОВА, М.Б. БЫЧКОВ,
С.Л. ГУТОРОВ, И.Л. ДАВЫДКИН, А.А. МЕЩЕРЯКОВ,
И.Г. РУСАКОВ, В.Ф. СЕМИГЛАЗОВ, А.Г. ТУРКИНА

Офтальмология

Д.Г. АРСЮТОВ, Т.Г. КАМЕНСКИХ, М.А. КОВАЛЕВСКАЯ,
Н.И. КУРЫШЕВА, А.В. МАЛЫШЕВ, А.В. МЯГКОВ,
М.А. ФРОЛОВ, А.Ж. ФУРСОВА

Педиатрия

И.В. БЕРЕЖНАЯ, Н.А. ГЕППЕ, Ю.А. ДМИТРИЕВА,
О.В. ЗАЙЦЕВА, В.А. РЕВЯКИНА, Д.А. ТУЛУПОВ

Пульмонология и оториноларингология

А.А. ВИЗЕЛЬ, Н.П. КНЯЖЕСКАЯ, С.В. КОЗЛОВ,
Е.В. ПЕРЕДКОВА, Е.Л. САВЛЕВИЧ, О.И. СИМОНОВА

Ревматология, травматология и ортопедия

Л.И. АЛЕКСЕЕВА, Л.П. АНАНЬЕВА, Р.М. БАЛАБАНОВА,
Б.С. БЕЛОВ, В.И. ВАСИЛЬЕВ, Л.Н. ДЕНИСОВ, И.С. ДЫДЫКИНА,
Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, И.А. ЗБОРОВСКАЯ, Е.Г. ЗОТКИН,
А.Е. КАРАТЕЕВ, Н.В. ТОРОПЦОВА, Н.В. ЧИЧАСОВА,
Н.В. ЯРЫГИН

Урология и нефрология

А.Б. БАТЬКО, А.З. ВИНАРОВ, С.И. ГАМИДОВ, О.Н. КОТЕНКОВ,
К.Л. ЛОКШИН, А.Г. МАРТОВ, А.Ю. ПОПОВА, И.А. ТЮЗИКОВ,
Е.М. ШИЛОВ

Эндокринология

М.Б. АНЦИФЕРОВ, И.А. БОНДАРЬ, Г.Р. ГАЛСТЯН, С.В. ДОГАДИН,
В.С. ЗАДИОНЧЕНКО, Е.Л. НАСОНОВ, А.А. НЕЛАЕВА,
В.А. ПЕТЕРКОВА, В.А. ТЕРЕЩЕНКО, Ю.Ш. ХАЛИМОВ,
М.В. ШЕСТАКОВА

Эпидемиология и инфекции

Н.Н. БРИКО, Г.Х. ВИКУЛОВ, В.М. ДЕЛЯГИН, Л.Н. МАЗАНКОВА,
Е.В. МЕЛЕХИНА, А.А. НОВОКШОНОВ, Т.В. РУЖЕНЦОВА,
Н.В. СКРИПЧЕНКО, А.В. СУНДУКОВ, Д.В. УСЕНКО

Редакция

Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС

Выпускающие редакторы Н. РАМОС, Н. ФРОЛОВА, С. ЧЕЧИЛОВА

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректоры О. ГЛАЗКОВА, В. КАЛИНИНА, Е. ПЕРВУШИНА

Дизайнеры Т. АФОНЬКИН, А. ВИТАЛЬЕВА, Н. НИКАШИН

Oncology, Hematology and Radiology

B.Ya. ALEXEYEV, Ye.V. ARTAMONOVA, M.B. BYCHKOV,
S.L. GUTOROV, I.L. DAVYDKIN, A.A. MESHCHERYAKOV,
I.G. RUSAKOV, V.F. SEMIGLAZOV, A.G. TURKINA

Ophthalmology

D.G. ARSYUTOV, T.G. KAMENSKYKH, M.A. KOVALEVSKAYA,
N.I. KURYSHEVA, A.V. MALYSHEV, A.V. MYAGKOV,
M.A. FROLOV, A.Zh. FURSOVA

Pediatrics

I.V. BEREZHNYAYA, N.A. GEPPE, Yu.A. DMITRIYEVA,
O.V. ZAYTSEVA, V.A. REVYAKINA, D.A. TULUPOV

Pulmonology and Otorhinolaryngology

A.A. VIZEL, N.P. KNYAZHESKAYA, S.V. KOZLOV,
Ye.V. PEREDKOVA, Ye.L. SAVLEVICH, O.I. SIMONOVA

Rheumatology, Traumatology and Orthopaedics

L.I. ALEKSEYEVA, L.P. ANANYEVA, R.M. BALABANOVA,
B.S. BELOV, V.I. VASILYEV, L.N. DENISOV, I.S. DYDYKINA,
N.V. ZAGORODNY, I.A. ZBOROVSKAYA, Ye.G. ZOTKIN,
A.Ye. KARATEYEV, N.V. TOROPTSOVA, N.V. CHICHASOVA,
N.V. YARYGIN

Urology and Nephrology

A.B. BATKO, A.Z. VINAROV, S.I. GAMIDOV, O.N. KOTENKOV,
K.L. LOKSHIN, A.G. MARTOV, A.Yu. POPOVA, I.A. TYUZIKOV,
Ye.M. SHILOV

Endocrinology

M.B. ANTSIFEROV, I.A. BONDAR, G.R. GALSTYAN, S.V. DOGADIN,
V.S. ZADIONCHENKO, Ye.L. NASONOV, A.A. NELAYEVA,
V.A. PETERKOVA, V.A. TERESHCHENKO, Yu.Sh. KHALIMOV,
M.V. SHESTAKOVA

Epidemiology and Infections

N.N. BRIKO, G.Kh. VIKULOV, V.M. DELYAGIN, L.N. MAZANKOVA,
Ye.V. MELEKHINA, A.A. NOVOKSHONOV, T.V. RUZHENTSOVA,
N.V. SKRIPCHENKO, A.V. SUNDUKOV, D.V. USENKO

Editorial Staff

Editor-in-Chief T. CHEMERIS

Commissioning Editors N. RAMOS, N. FROLOVA, S. CHECHILOVA

Journalists A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

Correctors O. GLAZKOVA, V. KALININA, Ye. PERVUSHINA

Art Designers T. AFONKIN, A. VITALYEVA, N. NIKASHIN

Тираж 8500 экз. Выходит 5 раз в год. Свидетельство о регистрации
СМИ ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005.

Бесплатная подписка на электронную версию журнала
на сайте www.umedp.ru.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных
материалов. Любое воспроизведение материалов и их фрагментов
возможно только с письменного разрешения редакции журнала.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Авторы, присылающие статьи для публикации, должны быть
ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским
договором. Информация размещена на сайте www.umedp.ru.

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен в перечень
рецензируемых научных изданий ВАК и индексируется в системе РИНЦ.

Print run of 8500 copies. Published 5 times a year.
Registration certificate of mass media ПИ № ФС77-23066 of 27.09.2005.
Free subscription to the journal electronic version
on the website www.umedp.ru.

The Editorials is not responsible for the content of advertising materials.
Any reproduction of materials and their fragments is possible only
with the written permission of the journal. The Editorials' opinion
may not coincide with the opinion of the authors.

Authors submitted articles for the publication should be acquainted
with the instructions for authors and the public copyright agreement.
The information is available on the website www.umedp.ru.

'Effective Pharmacotherapy' Journal is included in the list of reviewed
scientific publications of VAK and is indexed in the RSCI system.

Содержание

Люди. События. Даты

Компания «Фармасинтез» собрала ведущих экспертов за круглым столом для обсуждения мер по развитию комплексного импортозамещения в области диализа 6

Медицинский форум

Реабилитация в урологии 10

Школа амбулаторной андрологии 13

Нефрология в современном мире:
глобальный и интегрированный подход 18

Contents

People. Events. Dates

Pharmasynthez Has Gathered Leading Experts at a Round Table To Discuss Measures To Develop Comprehensive Import Substitution in the Field of Dialysis

Medical Forum

Rehabilitation in Urology

School of Outpatient Andrology

Nephrology in the Modern World:
a Global and Integrated Approach

ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



umedp.ru/magazines



elibrary.ru/contents



ИЗДАЕТСЯ С 2005 ГОДА

ПО ВАШЕМУ ПРОФИЛЮ

- Журнал «Эффективная фармакоterapia» включен в перечень рецензируемых научных изданий **ВАК** по научным специальностям: акушерство и гинекология; болезни уха, горла и носа; гастроэнтерология; глазные болезни; внутренние болезни; инфекционные болезни; кардиология; клиническая иммунология, аллергология; кожные и венерические болезни; нервные болезни; онкология; педиатрия; пульмонология; ревматология; урология; эндокринология
- Онлайн-версия на медпортале umedp.ru и в электронных рассылках
- Информационный партнер главных медицинских мероприятий
- Распространяется бесплатно





Компания «Фармасинтез» собрала ведущих экспертов за круглым столом для обсуждения мер по развитию комплексного импортозамещения в области диализа

7 октября 2024 г. в рамках международного форума «Биопром: промышленность и технологии для человека» состоялась увлекательная дискуссия в формате круглого стола на тему «Диализ и экстракорпоральная гемокоррекция в России: текущий статус и перспективы импортозамещения», объединившая ведущих профильных экспертов со стороны медицинской общественности, Министерства здравоохранения РФ, Министерства промышленности и торговли РФ, Федеральной службы по надзору в области здравоохранения, Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России, а также представителей отечественных производителей лекарственных препаратов и медицинских изделий для диализа.

В ходе дискуссии обсуждалась проблема хронической болезни почек, статистика по заместительной почечной терапии в Российской Федерации, а также меры по укреплению технологического суверенитета и лекарственной безопасности пациентов, получающих диализную терапию. Особое место было уделено вопросам развития импортозамещения в области перитонеального диализа как доступного метода домашней диализной терапии.

Сергей ГЛАГОЛЕВ, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, в своем выступлении напомнил о национальных целях, затрагивающих увеличение продолжительности жизни населения. Он отметил, что сегодня почечная недостаточность стоит на перекрестке множества социально значимых заболеваний, которые напрямую влияют на трудоспособность и общую продолжительность жизни людей в целом.

Евгений ШУТОВ, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа РМАНПО,

руководитель Межотделного нефрологического центра ММНКЦ им. С.П. Боткина, добавил, что количество больных хронической болезнью почек в мире будет постоянно расти в связи со старением населения, ростом заболеваемости гипертонической болезнью, сахарным диабетом. На 2023 г. общее количество пациентов на заместительной почечной терапии в России составляло 71 056 человек, абсолютное большинство пациентов (53 000) получало гемодиализ. Перитонеальный диализ у нас развивается не быстро, им в настоящее время лечатся менее 2000 пациентов.

Важно отметить, что в последние годы в Европе наблюдается резкий рост больных с трансплантированной почкой, так как это лучший вид заместительной почечной терапии, который обуславливает более высокое качество жизни и выживаемость пациентов, при этом он экономически намного выгоднее, чем диализная терапия.

Перитонеальный диализ важен, так как он является доступным видом домашнего диализа, а также потому, что, по сути, 2/3 всех пациентов, ко-

торые сегодня поступают на трансплантацию, уже прошли именно перитонеальный диализ. И результаты трансплантации почки у таких пациентов более оптимальные, чем у пациентов, которые ранее получили гемодиализ.

Наталья ЛИНЕВА, главный внештатный специалист по гемодиализу Нижегородской области, поддержала важность развития перитонеального диализа как метода заместительной почечной терапии. Она еще раз повторила, что у клиницистов на первом месте по качеству жизни, физиологичности и эффективности всегда находится трансплантация почки, на втором месте – перитонеальный диализ и только на третьем месте – гемодиализ. Перитонеальный диализ – это свобода пациента, который посещает диализный центр всего один раз в месяц. В первый год терапии относительные риски смерти у пациентов на перитонеальном диализе значительно ниже, и это очень важно. Перитонеальный диализ считается мостом к трансплантации. У пациентов на перитонеальном диализе финансовая нагрузка



Здравоохранение сегодня

на бюджет значительно ниже, так как реже развивается анемия и требуется меньший объем лекарственной терапии.

Хотелось бы, чтобы по перитонеальному диализу появилась государственная программа с курацией на федеральном уровне.

Юрий ПОЛУШИН, академик РАН, профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ, почетный президент Федерации анестезиологов и реаниматологов России, президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии в ФГБОУ ВО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, обратил внимание участников дискуссии на то, что не менее 60% пациентов, которые проходят через отделения реанимации, имеют признаки острого повреждения почек. Из них 10–25% нуждаются в технологиях заместительной почечной терапии. У больных с сепсисом летальность может составлять до 50–60%, и без заместительной почечной терапии пройти эту ситуацию невозможно. Исследование показало, что своевременное применение экстракорпоральной технологии очистки крови уменьшало частоту перехода острого почечного повреждения в хроническую болезнь почек.

Юрий Полушин также отметил, что необходимо развивать отечественное производство оборудования и расходных материалов для экстракорпоральной гемокоррекции. По итогам блиц-опроса, который провела в мае 2024 г. Ассоциация анестезиологов-реаниматологов России в преддверии конгресса «Актуальные вопросы медицины критических состояний», медицинское сообщество выделило заместительную почечную терапию применительно к больным, находящимся в отделении реанимации и интенсивной терапии, как одно из ключевых направлений для развития импортозамещения.

Евгений СЕЛЮТИН, главный внештатный специалист по заместительной почечной терапии Оренбургской области, со своей

стороны отметил, что диализ входит в программу государственных гарантий и обеспечивается по системе обязательного медицинского страхования. Но, чтобы выполнить эти гарантии, необходимо обеспечить ряд условий: это наличие специалистов, медицинских центров, лекарственных препаратов, расходных материалов, а также высокотехнологичных аппаратов.

Диализных растворов у нас сейчас достаточно, продолжил Евгений Селютин, мы можем удовлетворить потребность в них. Что касается расходных материалов и медицинской техники, то все гораздо сложнее. Аппаратов для гемодиализа российского производства нет. Диализаторов тоже нет. Есть сборка из импортных мембран, но своих мембран в стране пока нет, 58% всех диализаторов ввозят в Россию из Германии. Необходимо гарантированное отечественное производство всех компонентов для гемодиализа. Это касается и хронического, и острого гемодиализа.

В заключение Евгений Селютин добавил, что ситуация в перитонеальном диализе до 2023 г. была еще хуже. Было всего лишь два производителя – США и Германия. Но появилось российское производство. Много было сделано всего за год – были созданы растворы с концентрацией глюкозы 1,5, 2,3, 4,25% (2 и 5 л), разработаны комплектующие для перитонеального диализа. Теперь мы способны восполнить, заменить и улучшить продукцию взамен ушедшей американской компании.

Дмитрий ПАВЛЮКОВ, заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, рассказал, что в последние годы отечественные регуляторы методично развивали различные методы профилактики дефектуры медицинских изделий и делали это с начала пандемии COVID-19. Ситуацию с перитонеальным диализом система отработала отлично. Были внесены изменения в законодательство, которые позволили выпускать на рынок те продукты,

которые будут открывать закрытые системы. Оказалось принципиально важным, что если на испытаниях было подтверждено качество, безопасность и эффективность, то независимо от воли производителя аппарата появлялась возможность разрешить использовать другие расходные материалы. Это кардинально поменяло нашу защищенность в условиях происходящих изменений конъюнктуры рынка.

Сергей ГЛАГОЛЕВ, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, добавил, что в отношении перитонеального диализа ситуация развивалась динамически. Специалисты были готовы к ней за счет обеспечения транспарентности фармацевтического рынка, за счет маркировки и возможности видеть находящиеся на складах объемы растворов для перитонеального диализа и института антидефектурного законодательства, который позволил в короткие сроки зарегистрировать отечественные аналоги растворов для перитонеального диализа.

Николай ПАНИКАРОВСКИЙ, генеральный директор ООО «Фармасинтез-Медтех» (входит в ГК «Фармасинтез»): «Группа компаний «Фармасинтез» за последний год предприняла беспрецедентные усилия, успешно выведя на рынок препараты ТМ «Диасолушн» и «Диасолушн ПД», быстро закрыв назревавший дефицит в растворах для перитонеального диализа. Были оперативно зарегистрированы и поставлены в клиники все необходимые для перитонеального диализа расходные материалы NOVADIAL. Компания «Фармасинтез-Медтех» специализируется на разработке и производстве медицинских изделий, уже работает над строительством двух заводов для медицинских изделий для диализа. В 2025 г. будет открыт завод и запущено производство расходных материалов для гемодиализа и перитонеального диализа. Инвестиции составят порядка 2 млрд рублей. Мы надеемся на поддержку государства для осуществления таких серьезных инвестиций.



Здравоохранение сегодня

Также «Фармасинтез» заключает соглашение с государственной корпорацией «Росатом» о сотрудничестве, что позволит объединить усилия по разработке и сборке оборудования для гемодиализа. В итоге компания будет поставлять комплексную услугу: лекарственные препараты, расходные материалы и оборудование для всех видов диализа».

Екатерина ШИКИНА, заместитель директора Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Министерства

промышленности и торговли Российской Федерации, в своем выступлении сообщила, что уже много лет Министерство промышленности и торговли вместе с Минздравом выстраивают открытый диалог между врачами и промышленностью. Очень важно видеть узкие места, где все терапевтическое направление занято исключительно иностранными игроками. Сейчас мы наблюдаем единение фармацевтической и медицинской промышленности, когда крупный дивизион государствен-

ной корпорации «Росатом» нашел себе сподвижника в лице крупной фармацевтической компании «Фармасинтез», которая будет производить лекарственные средства и медицинские изделия для диализа. Они вместе пошли к врачам и, получив обратную связь, начали все складывать в очень сложную картину.

Сергей ГЛАГОЛЕВ, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, подводя итоги дискуссии, заявил, что при импортозамещении для гемодиализа ключевым является полный цикл и создание российских полупроницаемых мембран, создание диализаторов, совместимых со всем ассортиментом оборудования для гемодиализа, которое сегодня применяется в Российской Федерации. Еще одним важным направлением является создание всего набора нишевых медицинских пластиков, без которых гемодиализ невозможен. Сегодня соответствующие инвестиционные контракты подписаны.

Требуется расширение участия медицинской и пациентской общественности на этапе создания новой медицинской продукции с тем, чтобы в рамках разработки определенные замечания и недостатки могли быть максимально рано профилактированы. Программа «Фарма 2030» предусматривает создание межведомственных рабочих групп от Минпромторга и Минздрава России с привлечением главных внешних специалистов, которые будут рутинно рассматривать проблемы импортозамещения, ставить задачи для индустрии, собирать данные, профилактировать возникающие проблемы. Дополнительно к этому та же стратегия ставит задачу развития доверия к отечественной медицинской промышленности. И здесь цель индустрии – раскрыть информацию о производственных условиях и содействии беспроblemной синонимической замене с реализацией всего набора инструментов мониторинга управления рисками. 🌐

Семь фактов хронической болезни почек, заместительной почечной терапии и диализа

- Хроническая болезнь почек (ХБП) – социально значимая проблема. Она входит в десять основных причин смерти людей старше 50 лет в мире¹.
- Наиболее частые причины ХБП: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, лекарственные поражения почек, самостоятельные (первичные) заболевания почек.
- ХБП – прогрессирующее заболевание, и количество пациентов с ее финальной, 5-й стадией (устаревшее название – «терминальная стадия хронической почечной недостаточности») постоянно увеличивается.
- Финальная стадия ХБП – несовместимое с жизнью состояние, и единственный способ продлить жизнь больных – это заместительная почечная терапия (ЗПТ) (иногда в отношении ЗПТ используют термин «жизнесохраняющая терапия»).
- На протяжении последних 20 лет Российская Федерация активно развивает методы ЗПТ. Наша страна входит в список 15 стран с наиболее быстрым приростом показателя обеспеченности («обеспеченность ЗПТ» – показатель того, сколько больных на 1 млн человек получают лечение суммарно всеми тремя методами заместительной почечной терапии) населения лечением различными методами ЗПТ².
- В настоящее время в РФ получают лечение диализными методами ЗПТ (гемодиализ + перитонеальный диализ) более 50 тыс. больных и более 11 тыс. пациентов живут с пересаженной почкой. При этом анализ данных Регистра ЗПТ Российского диализного общества и данных Профильной комиссии по нефрологии Минздрава РФ показывает, что в среднем прирост больных, нуждающихся в ЗПТ, в нашей стране составляет около 6% в год^{3,4}.
- На протяжении последних нескольких лет при обсуждении путей развития ЗПТ в России особый акцент делается на увеличении числа пациентов с трансплантированной почкой и больных, получающих домашний диализ. Перитонеальный диализ является сегодня единственным доступным в РФ домашним вариантом диализной терапии.

Эти методы ЗПТ обеспечивают наилучшее качество жизни больных и позволяют им быть независимыми от специализированных клиник. Современный тренд на развитие стационарзамещающих технологий не только положительно влияет на качество жизни пациентов с ХБП 5-й стадии, но и уменьшает нагрузку на систему здравоохранения.

¹ Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396: 1204–1222.

² End Stage Renal Disease: Chapter 11, International Comparison. United States Renal Data System. 2022 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of kidney disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda MD. 2022.

³ Андрусев А.М. и др. Заместительная почечная терапия хронической болезни почек 5 стадии в Российской Федерации 2016–2020 гг. Нефрология и диализ. 2022; 24 (4). 555–565.

⁴ Шилова М.М. и др. Состояние нефрологической службы в 2019–2020 гг. Медицинские технологии. 2022; 1: 6–15.



ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН НОВИНОК
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

MBOOKSHOP

WWW.MBOOKSHOP.RU



Нужна медицинская книга?

Закажите:

- на сайте www.mbookshop.ru
- по телефону 8 (967) 026-11-09
- по эл. почте zakaz@medcongress.ru

У НАС ДЕШЕВЛЕ!

СРАВНИТЕ ЦЕНЫ

И УБЕДИТЕСЬ

САМИ!





Реабилитация в урологии

15 ноября 2024 г. в рамках 19-й Московской урологической школы состоялась сессия «Реабилитация в урологии» для обсуждения актуальных аспектов урологической помощи неврологическим больным, новых урологических исследований и диагностики интерстициального цистита, нейроурологических основ медицинской реабилитации, роли физической терапии и физиотерапии в лечении пациентов с синдромом хронической тазовой боли. Реабилитация в урологии занимает важное место на пути пациента к выздоровлению. Не случайно ее главная задача – профилактика вторичных осложнений со стороны мочевыводящих путей и повышение качества жизни пациентов. Указанным проблемам собравшиеся специалисты этой области посвятили обсуждение.

Урологическая помощь неврологическим больным

Роман Вячеславович САЛЮКОВ, доцент кафедры медицинской реабилитации РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, профессор кафедры урологии с курсами онкологии, радиологии и андрологии РУДН, д.м.н., сфокусировал свое выступление на правилах оказания урологической помощи неврологическим больным. Одна из проблем – нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей (НДНМП). НДНМП – это нарушение функции нижних мочевыводящих путей (НМП), развивающееся вторично к подтвержденному нарушению иннервации. Пациенты, перенесшие черепно-мозговую травму, спинномозговую травму, острое нарушение мозгового кровообращения, страдающие рассеянным склерозом, могут иметь в анамнезе НДНМП. По оценкам специалистов, в стране насчитывается порядка 910 тыс. пациентов с НДНМП, однако точные данные о ее распространенности отсутствуют.

У пациента с НДНМП необходимо определять клиническую форму нарушения мочеиспускания. Всем пациентам с НДНМП при первичном обращении и диспансерном наблюдении рекомендуется не только определять остаточную мочу при ультразвуковом исследовании (УЗИ), но и проводить ультразвуковую диагностику почек и мо-

чевого пузыря для неинвазивной визуализации изменений верхних и нижних мочевыводящих путей. Ультрасонография почек и мочевого пузыря приобретает основное значение как неинвазивный метод визуализации изменений верхних мочевыводящих путей (ВМП), и ее рекомендуется проводить ежегодно. Уродинамическое исследование необходимо для установления клинической формы нарушения мочеиспускания. У пациентов с НДНМП уродинамическое исследование впервые проводится в течение первых трех месяцев после жалоб для раннего выявления прогностически неблагоприятных параметров.

Дневники мочеиспускания – полезный метод диагностики для первичной оценки НДНМП. Они позволяют получить объективную информацию о количестве мочеиспусканий, объеме порций мочи, наличии ургентного мочевого пузыря. Согласно рекомендациям врачей, при обследовании нового пациента с НДНМП следует тщательно изучить анамнез, провести физикальное обследование. У всех пациентов с НДНМП необходимо оценить наличие остаточной мочи и провести лабораторные исследования, чтобы выявить протеинурию. После травмы спинного мозга необходимо пройти урологическое обследование в течение шести месяцев после выявления заболевания.

Пациенты после травмы спинного мозга, с расщеплением позвоночника (spine bifida), прогрессирующим рассеянным склерозом должны пройти базовое урологическое обследование с УЗИ и уродинамической диагностикой для выявления урологических проблем и стратификации риска развития осложнений в последующем.

Приоритетными задачами при лечении пациентов с НДНМП являются защита ВМП, достижение (сохранение) удержания мочи, восстановление функции НМП и улучшение качества жизни. Пациентам с НДНМП для лечения гиперактивности детрузора, увеличения вместимости мочевого пузыря и уменьшения эпизодов недержания мочи в качестве первой линии терапии рекомендуется применять монотерапию М-холиноблокаторами или спазмолитическими средствами, обладающими М-холиноблокирующим действием.

Хирургическое вмешательство может потребоваться, когда одни лишь консервативные меры, медикаментозная терапия и минимально инвазивные вмешательства не позволяют достигнуть защиты функции почек, снижения автономной дисрефлексии, обеспечить адекватное и своевременное опорожнение мочевого пузыря, предотвратить неблагоприятные последствия недержания мочи и улучшить качество жизни за счет купирования симптомов гиперактивного мочевого пузыря и недержания мочи.



19-я Московская урологическая школа

Интерстициальный цистит

Сегодня в Москве действуют несколько уродинамических лабораторий, в том числе и на базе Московского многопрофильного научно-клинического центра (ММНКЦ) им. С.П. Боткина. Роман Васильевич СТРОГАНОВ, врач-уролог урологического отделения № 66 Московского урологического центра ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, ассистент кафедры урологии Российского университета медицины, к.м.н., рассказал в своем выступлении о новых и альтернативных уродинамических исследованиях. Актуальность проблемы интерстициального цистита (ИЦ) обусловлена сложностью диагностики и недостаточной эффективностью контроля симптомов. Александр Евгеньевич КАРАСЕВ, старший лаборант кафедры урологии Российского университета медицины, врач-уролог урологического отделения № 66 Московского урологического центра ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, сделал в своем выступлении акцент на новых опциях в диагностике ИЦ. Прежде всего он констатировал, что болезнь имеет много «масок», и это определяет трудности своевременной постановки диагноза. Результаты исследований показывают, что у пациентов время от начала симптомов до установки окончательного диагноза ИЦ с поражением Гуннера (ПГ) составляет 48 месяцев. В настоящее время фенотипирование является новым

и активно развивающимся трендом. Фенотип-ориентированный подход позволяет врачам подбирать индивидуальное лечение каждому пациенту.

В диагностике ИЦ также определен ряд новых возможных опций. Так, например, в проведенном исследовании была выявлена прогностическая модель, которая позволяет понять, что функциональный объем мочевого пузыря (100 мл и менее) увеличивает вероятность наличия более двух язв на 85,2% независимо от наличия бактерий в посевах мочи. В результате был разработан прогностический инструмент – номограмма для оценки вероятности наличия ГП. Чувствительность номограммы составляет около 97%.

Исследователи активно продолжают вести поиск биомаркеров, хотя пока общепринятый универсальный биомаркер выявить не удалось. Изучена взаимосвязь бактерий со следующими кластерами симптомов при тазовой боли: боль специфичная, связанная с мочевым пузырем; неврологическая боль; миофасциальная тазовая боль. Оказалось, что боль, связанная с циклом мочеиспускания, имеет корреляцию с *Lactobacillus iners*, боль, не связанная с циклом мочеиспускания, имеет корреляцию с *Escherichia coli*, а показатели при миофасциальной тазовой боли не отличались от показателей контрольной группы с *Lactobacillus*. Установлено, что количество бактерий прямо свя-

зано с выраженностью клинических симптомов.

В другом исследовании изучалась взаимосвязь микробиома у пациентов с ИЦ с ПГ и без ПГ. Было показано, что у пациентов с ИЦ и ПГ преобладали *Cellulosimicrobium cellulans*, а у пациентов с ИЦ без ПГ – *Pseudomonas spp.* Интересно, что у некоторых пациентов без ПГ и с ПГ отмечалось сходство микробиома (недиагностированный ИЦ).

Новое в инструментальной диагностике – это возможность использовать компьютерную томографию (КТ), чтобы диагностировать ИЦ. Установлено, что толщина стенки мочевого пузыря по КТ у пациентов с ИЦ коррелирует с наличием ПГ, емкостью мочевого пузыря, высокой степенью гломеруляции, что позволяет рассматривать КТ как дополнительный метод диагностики. В другом исследовании выявлена возможность применять интравизикальную усиленную магнитно-резонансную томографию (МРТ) для диагностики ИЦ. Интравизикальная усиленная МРТ позволяет обнаруживать ПГ, виртуально измерять проницаемость слизистой, определять глубину поражения. Ряд исследований посвящен применению искусственного интеллекта в диагностике ИЦ. По оценкам специалистов, при выполнении цистоскопии модель на основе искусственного интеллекта позволяет визуализировать ПГ с чувствительностью 80,4%. Подводя итоги, А.Е. Карасев высказал предположение, что перспективы в диагностике ИЦ связаны с биомаркерами.

Нейроурологические основы медицинской реабилитации

Выступление Натальи Олеговны КРОТОВОЙ, научного сотрудника НИЦ урологии Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, к.м.н., было посвящено нейроурологическим

основам медицинской реабилитации. Она напомнила, что цикл мочеиспускания включает фазу наполнения и фазу выделения. Дисфункции НМП в фазу наполнения проявляются различными

видами недержания мочи, а в фазу выделения – нарушениями оттока мочи. При ургентном недержании мочи показана фармакотерапия. Для лечения стрессового недержания мочи или недержания мочи при напряжении следует применять физическую терапию с предварительным проведением



19-я Московская урологическая школа

нейроортопедического тестирования, подбором упражнений как для мышц тазового дна, так и для мышц-стабилизаторов с восстановлением паттерна дыхания. Необходимо также использовать биологическую обратную связь (на стационарном приборе под контролем врача) и комбинацию электро- и магнитной стимуляции тазовых мышц.

Н.О. Кротова, проиллюстрировала на клинических примерах алгоритмы ведения пациентов с недержанием и нарушением оттока мочи, сформулировала следующие выводы: для уточнения дисфункции НМП необходимо оценивать фазу наполнения и опорожнения мочевого пузыря; при сочетании ирритативных и обструктивных симптомов сначала необходимо

устранить причины обструкции и далее повторно оценивать клиническую картину; пациентам с НДНМП следует выполнять комплексное уродинамическое исследование. Она также подчеркнула, что пациентам с НДНМП показано оформление инвалидности и выдача технических средств реабилитации в рамках индивидуальной программы реабилитации.

Нейроурологические основы медицинской реабилитации пациентов с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ)

В продолжение темы Ольга Александровна ПЛЕХАНОВА, врач-уролог урологического отделения № 66 Московского урологического центра ММНKC им. С.П. Боткина ДЗМ, рассказала о роли физической терапии и физиотерапии в лечении пациентов с СХТБ. Физическая терапия – это развитие, восстановление и поддержание оптимальной двигательной функции, направленное на улучшение качества жизни пациента. Не случайно физическая терапия является областью реабилитации. Она считается краеугольным камнем в лечении тазовой боли. Наиболее востребованы такие методы физической терапии, как коррекция дисбаланса мышц, устранение дисфункции суставов (крестцово-подвздошные, лобковый симфиз, тазобедренный сустав, крестцово-копчиковое сочленение), миофасциальный релиз, постизометрическая релаксация, инструментальная мобилизация мягких тканей (снижение центральной сенситизации), прогрессивная мышечная релаксация по Якобсону, модификация дыхательного паттерна, биомеханическая коррекция.

О.А. Плеханова сделала акцент на возможностях постизометрической релаксации (ПИР) и инструментальной мобилизации мягких тканей (IASTM) при СХТБ. ПИР – это «миорелаксация без миорелаксантов», когда про-

исходит пассивное растяжение мышц после выполнения ею работы в изометрическом режиме в течение 5–10 с. Точками приложения ПИР при тазовой боли являются грушевидная мышца, большая ягодичная, подвздошно-поясничные, четырехглавая мышца бедра, мышцы брюшной стенки. Механизм действия инструментальной мобилизации мягких тканей основан на раздражении механорецепторов, которые переключают передачу импульса с болевых волокон на неболевые. Таким образом достигается уменьшение болевого синдрома и снижение проявлений центральной сенситизации.

Эффективность использования таких методов физической терапии, как IASTM, ПИР, миофасциальный релиз в комбинации с аппаратной физиотерапией в купировании болевого синдрома, О.А. Плеханова продемонстрировала на клиническом примере пациента с миофасциальным синдромом поверхностных мышц таза, миалгией напряжения внутренней запирательной мышцы справа, ARS-синдромом на фоне центральной и периферической сенситизации.

Аппаратная физиотерапия для лечения тазовой боли включает: периферическую/транскраниальную магнитную стимуляцию, БОС-терапию, чрескожную/внутрибрюшную электростимуляцию, тиббиальную нейромодуля-

цию, ударно-волновую терапию, высокочастотную монополярную электротерапию. По мнению докладчика, особый интерес представляют чрескожная электростимуляция (ЧЭНС) и тиббиальная нейромодуляция. В ряде исследований было показано, что ЧЭНС модулирует большое количество нейромедиаторов в центральной нервной системе. На супраспинальном уровне ЧЭНС активирует нисходящую норадренергическую, серотонинергическую, мускариновую и дофаминовую системы. При тазовой боли ЧЭНС снижает центральную сенситизацию и гипералгезию.

О.А. Плеханова продемонстрировала эффективность применения ЧЭНС на проекцию S1–S2 в дополнение к физической терапии на клиническом примере пациентки с СХТБ с мочепузырным болевым синдромом, тазовой болью напряжения. Выраженная положительная динамика по ВАШ отмечалась уже после пяти процедур. Пациентка продолжает выполнять физическую терапию и ЧЭНС в домашних условиях.

Резюмируя свой доклад, О.А. Плеханова подчеркнула, что лечение хронической тазовой боли предусматривает биопсихосоциальный подход. Сегодня физическая терапия и физиотерапия являются необходимыми компонентами мультимодального подхода, а ЧЭНС – доступным методом физиотерапии, безопасным и воспроизводимым амбулаторно и даже в домашних условиях. ☺



Школа амбулаторной андрологии

Проблема сохранения мужского здоровья считается одной из важнейших задач современного отечественного здравоохранения в силу роста распространенности мужских болезней в популяции. Особенности диагностики и лечения эректильной дисфункции, болезни Пейрони, urgentных состояний, приапизма, мужского гипогонадизма и бесплодия была посвящена сессия «Школа амбулаторной андрологии», состоявшаяся в рамках 19-й Московской урологической школы (Москва, 15 ноября 2024 г.).

Немедикаментозное консервативное лечение эректильной дисфункции

Выступление Ираклия Джамбуловича ЧЕЛИДЗЕ, врача-уролога ООО «Медицина АльфаСтрахования», было посвящено немедикаментозному консервативному лечению эректильной дисфункции (ЭД). Консервативное лечение ЭД включает пероральные лекарственные средства, интракавернозные инъекции, вакуумные помпы, ударно-волновую терапию (УВТ), PRP-терапию и экспериментальные методы лечения (мезенхимальными клетками, ботулотоксином). В рекомендациях Российского общества урологов (2019) указано два метода немедикаментозной консервативной терапии: рекомендовано использовать вакуумные эректоры в качестве альтернативной терапии первой линии (C5) либо применять низкоэнергетическую УВТ у пациентов с легкой степенью ЭД при неэффективности ингибиторов ФДЭ-5 (A1).

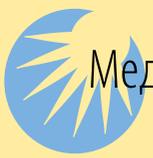
И.Д. Челидзе сделал акцент на применение немедикаментозного консервативного лечения ЭД в качестве второй линии терапии, кратко охарактеризовав преимущества и недостатки каждого метода. Так, например, преимуществом интракавернозных инъекций считается высокая эффективность, однако терапия

интракавернозными инъекциями требует большой осознанности не только со стороны врача, но и со стороны пациента. Пациент также должен быть проинформирован о возможных рисках развития гематомы, приапизма, фиброза кавернозной ткани. Вакуумные помпы можно применять пациентам по требованию – за 5–15 минут до начала полового акта, а также с лечебной целью, например, для профилактики кавернозного фиброза, лечения болезни Пейрони или перед планируемым протезированием полового члена. Докладчик привел данные исследования, продемонстрировавшие эффективность использования вакуумных устройств в комбинации с ингибитором ФДЭ-5 у пациентов с болезнью Пейрони, перенесших УВТ, способствовавших уменьшению деформации полового члена и болевого синдрома, улучшению эректильной функции.

В итальянском исследовании была показана эффективность и безопасность применения низкоинтенсивной УВТ при лечении пациентов с васкулогенной ЭД, не ответивших на пероральную терапию ингибиторами ФДЭ-5. PRP-терапия также может применяться во второй линии консервативного лечения ЭД. Терапевтический

эффект PRP обусловлен высокой концентрацией факторов роста, присутствующих в тромбоцитах. В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании была продемонстрирована эффективность использования инъекций PRP у пациентов с легкой и умеренной ЭД по сравнению с плацебо.

Особый интерес представляют экспериментальные методы консервативного лечения. Они считаются перспективными, но недостаточно изученными. В гайдлайнах Американской урологической ассоциации указано, что для мужчин с ЭД интракавернозная терапия стволовыми клетками имеет исследовательский характер. С этим солидарны и эксперты Европейской ассоциации урологов, которые настаивают на том, что применение стволовых клеток в качестве регенеративной терапии при ЭД является перспективным методом, но требующим дальнейших исследований. Сегодня предметом исследований также становится ботулинический токсин типа А в терапии ЭД. По данным исследования, интракавернозное введение 100 Ед ботулотоксина А мужчинам с ЭД, рефрактерным к ингибиторам ФДЭ-5, улучшало эректильную функцию за счет расслабления сосудов и улучшения сосудистых показателей полового члена.



Мультимодальная терапия болезни Пейрони

Дмитрий Андреевич ЧЕСНОВ, врач-уролог Клинической больницы № 1 Управления делами Президента РФ, сфокусировал свое выступление на мультимодальной терапии болезни Пейрони. Болезнь Пейрони – это фибропролиферативное заболевание, которое заключается в образовании неэластичных бляшек в белочной оболочке полового члена. По оценкам специалистов, болезнь Пейрони затрагивает 0,3–13% мужчин во всем мире. Это генетически детерминированное заболевание. Спонтанное улучшение может иметь место только в 3–13% случаев, прогрессирование – в 30–50%, стабилизация – в 47–67% случаев. Лечение болезни Пейрони может быть

консервативным и оперативным. Консервативное лечение может применяться как в активную фазу болезни, так и в стабильную в случае невозможности выполнения оперативного лечения. Оперативное лечение показано только в стабильную фазу. Мультимодальное лечение сочетает в себе различные терапевтические средства и различные формы ведения и не исключает одновременного использования таких физиотерапевтических вариантов, как ионофорез, экстендеры полового члена, вакуумные устройства и ударно-волновая терапия. Эффективность мультимодального лечения болезни Пейрони подтверждена в целом ряде исследований, в том числе и результатами исследования, проведенно-

го на базе ГКБ им. С.П. Боткина и ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого. Благодаря полученным данным можно сделать вывод, что применение мультимодального подхода позволяет уменьшить время до наступления стабильной фазы, а также достигнуть положительных результатов в отношении купирования боли, искривления и потери длины полового члена. Мультимодальное лечение пациентов со стабильной фазой демонстрирует благоприятные результаты в уменьшении искривления, улучшении размера бляшки и размера полового члена. «Мультимодальная терапия – это эффективное и безопасное лечение для пациентов, которым хирургическое лечение противопоказано, или при отказе пациентов от инвазивных вмешательств», – подчеркнул Д.А. Чеснов в заключение.

Ургентные состояния в амбулаторной андрологической практике

В настоящее время под ургентными подразумевают такие состояния, которые при отсутствии своевременной медицинской помощи могут привести либо к летальному исходу, либо к существенным нарушениям в анатомии и функции мужских половых органов. Об ургентных состояниях в амбулаторной андрологической практике рассказал в своем выступлении Тарас Валерьевич ШАТЫЛКО, врач-уролог отделения андрологии и урологии НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова, к.м.н. Одним из основных андрологических состояний, которые могут иметь ургентный характер, является парафимоз. Факторами риска парафимоза выступают детский или старческий возраст, отсутствие регулярной половой жизни, а также циркумцизии в анамнезе. Основными причинами парафимоза считаются форсированная попытка открытия головки полового члена при фимозе, нару-

шение техники катетеризации мочевого пузыря, лигирование поверхностных вен полового члена, лимфостаз. Отек и эритема головки, напряженный отек крайней плоти может стать причиной истинной ургентной ситуации, поскольку сжимающее кольцо крайней плоти может привести к компрессии дорсальных артерий полового члена, риску ишемии головки полового члена и дистальной уретры. Тактика заключается в компрессии головки полового члена и смещении кольца крайней плоти в дистальном направлении. При невозможности смещения из-за отека можно с помощью иглы от шприца осуществить множественные пункции кожи и компрессию. Существуют осмотические методы, которые основаны на применении гранулированного сахара, марли с мантиолом, инъекций гиалуроновой кислоты, чтобы межклеточная жидкость вышла за счет обратного осмоса и отек уменьшился.

Также применяется дорсальное рассечение крайней плоти.

Странгуляция полового члена может часто возникать у детей из-за обернувшихся вокруг полового члена младенца волос материи, а также из-за некоторых игрушек или предметов быта. У взрослых это состояние является результатом нестандартных сексуальных практик. Существует классификация странгуляций полового члена по степени выраженности. Самые тяжелые степени выраженности, четвертая и пятая, сопровождаются повреждением спонгиозного тела с формированием уретрального свища, развитием гангрены, некроза, что является показанием к маршрутизации пациента в урологический/андрологический стационар. На амбулаторном этапе следует быстро удалить объект, вызывающий констрикцию, или сделать отведение мочи (чаще – надлобковое дренирование). Выбор инструмента для снятия инородного тела с полового члена зависит от размера предмета и материала, из которого он изготовлен. Поскольку в 13–30%



19-я Московская урологическая школа

случаев после успешного устранения странгуляции возможны отсроченные последствия, пациенту необходимо обследоваться с помощью уретрографии или урофлоуметрии через один-три месяца после инцидента.

При тупой травме полового члена возможности консервативного лечения зависят от того, в какой ситуации возникла травма – в состоянии эрекции или вне эрекции. Как правило, травмы вне эрекции можно успешно лечить в условиях амбулаторной практики, поскольку консервативное лечение заключается в наложении компрессионной повязки, локальной гипотермии и применении противовоспалительных препаратов. Следует помнить о риске формирования артериолакунарной фистулы с развитием артериального приапизма. В такой ситуации пациенту будет показано хирургическое лечение. Травма полового члена во время эрекции может привести к его перелому. В данном случае консервативное лечение возможно лишь при отсутствии уретроррагии или макрогематурии, однако оно часто осложняется развитием вторичного искривления, эректильной дисфункцией.

Большинство открытых травм полового члена требуют хирур-

гического лечения и наблюдения в стационаре. Исключением считается повреждение полового члена застеежкой-молнией. Первым этапом оказания помощи является лубрикация и медленная попытка расстегнуть молнию, а при наличии выраженных болевых ощущений – рассечение тканевой застеежки с боков и сжатие бегунка с помощью пассатижей, чтобы освободить кожу полового члена. Кроме того, для размыкания поверхности бегунка можно использовать мелкую отвертку, либо кусачки, чтобы разрушить срединную часть бегунка.

Большинство тупых травм мошонки подходит для консервативного ведения. При этом следует учитывать риск развития травматического эпидидимита, подкожной гематомы, гематоцеле и довольно редкое возникновение изолированной гематомы яичек. Если же одно яичко увеличено в три раза и больше контралатерального, необходима хирургическая ревизия. Отсроченная хирургическая ревизия показана при признаках инфицирования гематомы, или гематоцеле, или персистирующей боли.

Перекрыт яичка может быть представлен вращением семенного канатика с окклюзией кровотока по артериальному руслу, интравагинальным перекрытом и экс-

травагинальным перекрытом. Перекрыт яичка опасен риском развития ишемии и некрозом яичка. Тактика лечения предусматривает проведение хирургической ревизии, деторсии яичка или орхиэктомии. Задача уролога на амбулаторном приеме заключается в быстрой дифференциальной диагностике между различными причинами синдрома «острой мошонки». В рамках амбулаторного приема врач может попытаться выполнить пациенту ручную деторсию яичка. В этом помогает мнемоническое правило «книги», т. е. деторсия левого яичка проводится по часовой стрелке, деторсия правого яичка – против часовой стрелки. После манипуляции следует оценить ее эффективность с помощью доплерографического контроля. Однако даже успешная ручная деторсия не исключает хирургической ревизии яичка.

Гангрена Фурье не относится к андрологическим состояниям, но на раннем этапе заболевания клинические проявления связаны с наружными половыми органами, поэтому высока вероятность обращения пациента за помощью к урологу. Задача врача на амбулаторном приеме – распознать ранние признаки гангрены Фурье и отправить пациента в гнойно-хирургическое отделение стационара.

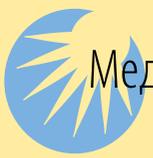
эрекция, ишемиического приапизма – отсутствие боли, наличие травмы в анамнезе и эрекция без полной жесткости, перемежающегося приапизма – симптомы, аналогичные ишемическому, множественные повторяющиеся эпизоды.

Краеугольным камнем в диагностике приапизма считается тщательный сбор анамнеза. Сексуальный анамнез включает полное описание длительности эрекции, наличие и выраженность боли, прием препаратов, наличие приапизма в анамнезе, состояние эректильной функции до последнего эпизода приапизма. Аспирация крови из каверноз-

Диагностика приапизма

Выделяют несколько разновидностей приапизма, однако истинным ургентным состоянием в андрологии считается ишемический приапизм. Артериогенный приапизм, как правило, не является ургентным состоянием и может быть ликвидирован в плановом порядке. Интермиттирующий приапизм представляет собой хроническое (не ургентное) состояние. Безусловно, важно профилактировать развитие приапизма после интракавернозной инъекции в рамках диагностики ЭД.

Бадри Роинович ГВАСАЛИЯ, профессор кафедры урологии Российского университета медицины Минздрава России, д.м.н., в своем выступлении подробно рассказал о диагностике приапизма и алгоритме лечебных мероприятий. Согласно Европейской ассоциации урологов, приапизм определяется как продолжительная эрекция, не связанная с сексуальной стимуляцией, которая не проходит самостоятельно. Клиническими симптомами ишемиического приапизма являются боль в половом члене и жесткая



19-я Московская урологическая школа

ных тел является обязательным этапом первичной лабораторной диагностики. При обследовании пациентов с приапизмом в качестве альтернативы или дополнения к анализу газового состава крови рекомендуется проводить УЗИ полового члена и промежности в режиме цветного Допплера, поскольку оно позволяет дифференцировать артериальный и ишемический приапизм.

Мужское бесплодие

Алина Юрьевна ПОПОВА, с.н.с. отделения андрологии и урологии НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова, к.м.н., акцентировала внимание коллег на первичной диагностике мужского бесплодия. По оценкам исследователей, мужчина является причиной бесплодия в паре как минимум в 20% случаев. Патогенез мужского бесплодия многофакторный и возникает на различных

При длительности ишемического приапизма более четырех часов настоятельно рекомендуется использовать консервативные методы лечения первой линии до перехода к хирургическому лечению. В первую очередь осуществляется обезболивание полового члена. Далее проводится аспирация и/или промывание физиологическим раствором, возможно в комбинации с интракавернозным введени-

ем фармакологических препаратов (фенилэфрин). Методы второй линии обычно представлены хирургическими вмешательствами в виде создания шунтов или установки пенильных протезов при рефрактерном или ишемическом приапизме. Варианты оперативного лечения включают дистальные шунты, проксимальные шунты, сосудистые операции, фаллопротезирование.

этапах, начиная от эмбриогенеза и заканчивая планированием беременности. С помощью диагностики прежде всего определяют, каким фактором обусловлено бесплодие – мужским, женским или смешанным. Далее изучают характер нарушений, лежащих в основе патогенеза патозооспермии, оценивают выраженность имеющихся нарушений сперматогенеза, что позволяет уточнить перспекти-

вы пациента и прогнозировать эффективность планируемой терапии. Безусловно, диагностика мужского бесплодия должна проводиться в рамках принятых стандартов и алгоритмов и не затягиваться на длительный период времени. Диагностику лучше начинать с доступных и менее инвазивных методов, к которым относится спермограмма и МАР-тест. Дальнейший алгоритм диагностики зависит от характера патозооспермии (легкая, средняя, тяжелая и др.).

Гипогонадизм

Особенностям диагностики и лечения пациентов с гипогонадизмом в амбулаторной практике было посвящено выступление Георгия Жиулиевича МСХАЛАЯ, врача-андролога, эксперта по превентивной и антиэйдж-медицине Европейского медицинского центра, ученого секретаря Международного общества по изучению вопросов старения (ISSAM). Как известно, уровень тестостерона у мужчин начинает постепенно снижаться в 35–40 лет, а уже к 60 годам распространенность низкого уровня тестостерона (гипогонадизма) достигает 50%. Выделяют три основных вида гипогонадизма – гипергонадотропный, гипогонадотропный и эугонадотропный гипогонадизм. При гипергонадотропном гипогонадизме отмечается достаточ-

но высокий уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) и низкий или низконормальный уровень тестостерона, при гипогонадотропном гипогонадизме – низкий уровень ЛГ и тестостерона, при эугонадотропном гипогонадизме – нормальный уровень ЛГ и низкий уровень тестостерона. Диагноз выставляется на основании клинических признаков гипогонадизма и лабораторных показателей. Основными клиническими признаками гипогонадизма считаются нарушение эякуляции, расстройство оргазма, ЭД, снижение либидо. Учитываются и такие соматические проявления, как абдоминальное ожирение, нарушение мочеиспускания, снижение мышечной силы и мышечной массы, снижение плотности костной ткани. Клиническими признаками гипогонадизма могут выступать и психологические нарушения – снижение работо-

способности, упадок жизненных сил, раздражительность, нервозность, депрессия, снижение памяти и внимания. Основные лабораторные показатели представлены уровнем общего тестостерона и секс-стероидсвязывающего глобулина (СССГ). Среди методов измерения тестостерона золотым стандартом является хромато-масс-спектрометрия. Лабораторная диагностика перед назначением терапии помимо определения общего тестостерона и СССР предусматривает оценку уровней ЛГ, пролактина и простатспецифического антигена, а также общий анализ крови. Пациенту, планиующему стать отцом, показана терапия препаратами хорионического гонадотропина человека. В остальных случаях применяются препараты тестостерона (гель тестостерона, смесь эфиров тестостерона, тестостерона ундеканат). При возрастном гипогонадизме назначается пожизненная терапия. 🌐



Прямой эфир на медицинском портале для врачей uMEDp.ru



Онлайн-школы, онлайн-семинары, вебинары, конгрессы, конференции

- Все основные направления медицины
- Актуальные темы в выступлениях лучших экспертов
- Дискуссии, клинические разборы, лекции
- Качество подключений к трансляции
- Неограниченное число участников
- Обратная связь со спикером, ответы в прямом эфире
- Электронная рассылка с записью видео после эфира

Сетка вещания <https://umedp.ru/online-events/>



Также на портале читайте научные обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости.

Регистрируйтесь на портале, чтобы быть в курсе



**МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**
UMEDP.RU



<https://vk.com/vk.medforum>

<https://www.youtube.com/umedportal>



Нефрология в современном мире: глобальный и интегрированный подход

6 сентября 2024 г. в Москве состоялась II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Огни столицы. Современные возможности нефрологии – 2024» «Боткинские чтения». В рамках конференции было организовано пленарное заседание «Нефрология в современном мире: глобальный и интегрированный подход». Кроме того, прозвучал доклад, подготовленный коллективом авторов под руководством академика РАН, директора Московского многопрофильного научно-клинического центра им. С.П. Боткина (ММНКЦ им. С.П. Боткина), президента Российского общества хирургов, заведующего кафедрой хирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, д.м.н. Алексея Васильевича ШАБУНИНА. Доклад, посвященный обобщению опыта и перспективам развития программы трансплантации почки в ММНКЦ им. С.П. Боткина, представил старший научный сотрудник, хирург, заведующий отделением трансплантации органов и тканей человека (хирургическое отделение № 20), д.м.н. Павел Алексеевич ДРОЗДОВ. Ведущие российские и зарубежные эксперты обсудили проблемы обеспечения медицинской помощи при заболеваниях почек, обновленные клинические рекомендации по диагностике и лечению нефрологических заболеваний, а также рассмотрели основные принципы первичной профилактики хронической болезни почек.

Структура обеспечения медицинской помощи при заболеваниях почек во всем мире: позиция Международного общества нефрологов

Как подчеркнул профессор школы Общественного здоровья «Парсанна» Академии высшего образования (Манипал, Индия) Джа ВИВЕКАНАНД, в мире отмечается высокая распространенность нефрологических заболеваний. Несмотря на серьезность проблемы, растущее бремя болезней почек недооценивается, особенно в странах с низким уровнем дохода. По данным эпидемиологических исследований, в сельской местности Индии частота нефрологических заболеваний среди населения достигает 21%. При этом девять из десяти опрошенных пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) не знали о своем состоянии. На более поздних стадиях заболеваний почек пациенты нуждаются в регулярном наблюдении врача с целью оценки темпов прогрессирования нарушения функции почек и назначения патогенетической терапии. При развитии хронической почечной недостаточности (ХПН) пациентам показано проведение заместительной почечной терапии

(ЗПТ). Согласно данным мировой статистики, 7–10 млн пациентов с заболеваниями почек требуют активного лечения, но только 2,5 млн могут его получить.

В странах с низким уровнем дохода проживает 70% пациентов, страдающих заболеваниями почек и нуждающихся в проведении длительной ЗПТ, и только 7% из них получают адекватную нефрологическую помощь. При этом далеко не всем удается получать ЗПТ в течение необходимого длительного периода времени.

Результаты исследования G. Ashuntantang и соавт. продемонстрировали недостаточность охвата перитонеальным диализом пациентов с терминальными стадиями ХБП в странах Центральной Африки. Установлено, что только 1% пациентов, которые начинали диализ, смогли его продолжать в течение более 12 месяцев. Большинство пациентов с заболеваниями почек, начинающих проходить диализ в странах Африки, прекращают лечение и умирают. Таким образом, в данном регионе

проблема доступности высококвалифицированной медицинской помощи широкому кругу пациентов остается крайне актуальной¹.

Докладчик отметил, что основной причиной низкого уровня обеспечения пациентов с заболеваниями почек современными методами ЗПТ является экономический фактор. Во многих регионах мира, особенно в странах с низким уровнем дохода, пациенты должны самостоятельно искать источники финансирования своего лечения.

На сегодняшний день опубликованы данные рабочей группы Глобальной инициативы по улучшению оказания помощи нефрологическим больным (KDIGO). В рамках исследования эксперты проанализировали доступность различных методов лечения пациентов с заболеваниями почек. Показано, что в Российской Федерации (РФ) и странах Содружества Независимых Государств (СНГ) доступность проведения диализа почек наблюдается только в 40% странах, в то время как трансплантация почек доступна во всех странах как во взрослой, так и в детской популяции пациентов. Анализ структуры финансиро-



«Огни столицы. Современные возможности нефрологии – 2024» «Боткинские чтения»

вания нефрологической помощи в России и странах СНГ показал, что в большинстве случаев государство финансирует медикаментозное лечение пациентов с заболеваниями почек. В целом в РФ отмечается стабильный уровень доступности получения медицинской помощи пациентам с заболеваниями почек, включая ЗПТ, гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантацию почки. Обобщенный анализ данных позволил сделать вывод, что в России ситуация с оказанием нефрологической помощи находится на удовлетворительном уровне по сравнению с другими странами, в том числе странами СНГ.

По словам профессора Д. Вивекананда, на различия в частоте новых случаев ХБП и охвате пациентов ЗПТ в разных странах влияет ряд факторов: политические, социальноэкономические, технические, связанные с доступностью расходных материалов для диализа, также оказывают влияние общее состояние системы здравоохранения в конкретных странах, наличие местных дистрибьюторов в стране и прочие. Значение имеют информационные источники – регистры нефрологических пациентов и другие базы данных для учета пациентов, нуждающихся в нефрологической помощи.

В 2024 г. по инициативе Международного общества нефрологов (ISN) проведен ряд мероприятий, на которых большое внимание уделялось повышению уровня значимости нефрологических заболеваний и включению их в мировую повестку проблем здравоохранения, с учетом неравномерности охвата и доступности специализированной нефрологической помощи

в различных странах. Показано, что наиболее острой проблемой является вопрос финансирования, поэтому работникам здравоохранения необходимо прилагать усилия для повышения доступности нефрологической помощи нуждающимся пациентам. По мнению экспертов, наблюдается существенный рост затрат на здравоохранение во многих странах, что актуально и для нефрологических заболеваний. Отмечено приоритетное значение таких факторов, как качество, адекватность и эффективность оказания нефрологической помощи. При этом основной задачей ведения каждого конкретного пациента считается адекватный выбор метода лечения.

Под эгидой ISN в 2018 г. была разработана программа интегрированной нефрологической помощи пациентам с заболеваниями почек, целью которой было внедрение различных направлений терапии для предотвращения прогрессирования снижения функции почек, а также пропаганда консервативных методов лечения заболеваний почек. Этот вопрос особенно актуален для тех стран, в которых недостаточно развита сеть диализных центров.

Кроме того, эксперты ISN разработали и представили перспективную программу для диагностики ХБП на основе конкретных объективных показателей и программ скрининга. В рамках программы представлен алгоритм ранней диагностики нефрологических заболеваний. Современный подход к ведению пациента, включающий раннюю диагностику и эффективные методы лечения, позволяет объективно оценивать состояние пациентов с заболеваниями почек,

потенциальные риски и положительные эффекты от терапии.

Большое внимание медицинской общественности привлекают вопросы разработки и внедрения на популяционном уровне мероприятий по профилактике прогрессирования ХБП и ХПН. Активная вовлеченность нефрологического сообщества играет важную роль в профилактике заболеваний почек и их прогрессирования. Перспективными направлениями профилактики заболеваний почек являются рациональная организация скрининга, внедрение средств нефропротекции, своевременное выявление факторов прогрессирования и предикторов осложнений. Накопленные данные свидетельствуют, что в современной клинической нефрологической практике недооценивается значение методов консервативного лечения на ранних стадиях заболеваний почек.

В заключение выступления профессор Д. Вивекананд подчеркнул необходимость использования современных научных достижений в области нефрологии в профессиональной деятельности. По мнению эксперта, следует продолжать активные научные исследования с целью оптимизации методов диагностики и лечения заболеваний почек. Кроме того, необходимо улучшать законодательную базу, разрабатывать стандарты оказания медицинской помощи на основе международных протоколов лечения почечных заболеваний. Важное значение для совершенствования подходов к ведению больных с заболеваниями почек имеют такие факторы, как участие мультидисциплинарной команды врачей и повсеместная доступность современных методов лечения.

Итоги согласительной конференции KDIGO по проблеме болезней почек и сердечной недостаточности

Продолжила симпозиум профессор, руководитель отделения нефрологии, диализа и внутренней медицины

Варшавского медицинского университета (Варшава, Польша) Иоланта МАЛЫШКО. Она прокомментировала итоги согласительной конферен-

ции KDIGO по проблеме болезней почек и сердечной недостаточности, состоявшейся в марте 2024 г.

В результате работы рабочих групп KDIGO были представлены основные положения по диагностике и лечению заболеваний почек, играющие важную роль с практической точки

¹ Ashuntantang G., Osafo C., Olowu W.A., et al. Outcomes in Adults and Children with End-Stage Kidney Disease Requiring Dialysis in Sub-Saharan Africa: a Systematic Review. *Lancet Glob. Health.* 2017; 5 (4): e408–e417.



зрения. Прежде всего на рассмотрении были представлены вопросы диагностики у пациентов с застойной сердечной недостаточностью и заболеваниями почек. В клинической практике часто встречаются случаи повышения уровня креатинина, связанного с уменьшением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов, страдающих сердечной недостаточностью. Результаты исследований показали, что временное повышение уровня сывороточного креатинина, как правило, связано с активизацией терапии, направленной на предотвращение задержки жидкости в организме и нормализацию работы тубулярного аппарата почек. Сегодня специалистами используется термин «допустимая гиперкреатининемия», которая не означает истинное ухудшение функции почек. В последние годы доказано, что применение ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) при повышении уровня креатинина у пациентов во время госпитализации по поводу сердечной недостаточности позволяет обеспечить контроль состояния больного.

В соответствии с международными рекомендациями проведение деконгестивной терапии в сочетании с использованием таких препаратов, как ингибиторы ангиотензиновых рецепторов и неприлизина (АРНИ), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМР), ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера второго типа (НГКТ-2), позволяет улучшить основные показатели у пациентов с нарушениями функции почек и сердечной недостаточностью.

В настоящее время для выделения группы пациентов с истинным прогрессированием ХБП можно использовать различные биомаркеры, в частности NGAL, Nephrocheck. Однако эти методы не всегда доступны в реальной клинической практике и не валидизированы для применения в лечении таких состояний, как кардиоренальный синдром. В настоящее время целью диагностических исследований является

оценка функционального резерва почки в долгосрочной перспективе. Диагностическая значимость показателей уровня сывороточного креатинина, его отношения к цистатину С, особенно в острых ситуациях, требует дальнейшего изучения. Возможное клиническое применение этих параметров должно основываться на количественном анализе.

Докладчик подчеркнула, что «лечить следует не цифры, а конкретных пациентов». Анализ уровня сывороточного креатинина и диагностика острого повреждения почек (ОПП) должны быть основаны на оценке целого комплекса факторов. Даже в условиях стационара нередки случаи гипердиагностики ОПП. Так, повышение уровня креатинина у пациентов может свидетельствовать о развитии целого ряда состояний, не связанных с истинным ОПП, таких как псевдогиперкреатининемия, функциональное ОПП, допустимая гиперкреатининемия и др. Вышеперечисленные факты диктуют необходимость оптимизации методов диагностики ОПП и стандартизации терминологии, особенно при ведении пациентов с сердечной недостаточностью.

Недавно были опубликованы рекомендации по лечению пациентов с сердечной недостаточностью. Показано, что в курации пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) можно использовать АРНИ, НГКТ-2, АМР. Следует помнить, что у пациентов, получающих антигипертензивную терапию, препараты класса АРНИ могут снижать уровень артериального давления. У пациентов с сохранной ФВ ЛЖ можно рассматривать возможность назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторов ангиотензиновых рецепторов. У пациентов со сниженной ФВ ЛЖ необходимы проведение дополнительных исследований и назначение специально подобранной медикаментозной терапии. Так, пациентам со сниженной ФВ ЛЖ с осторожностью нужно назначать АРНИ и АМР.

По словам профессора И. Малышко, группа пациентов с поздней стадией ХБП с существенно сниженной ФВ ЛЖ отличается худшим прогнозом. При ведении таких пациентов особое внимание необходимо уделять адекватному применению современных рекомендаций и титрованию доз препаратов в каждом конкретном случае.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC), пациентам с сердечной недостаточностью и сниженной ФВ ЛЖ показаны ингибиторы РААС для поддержания уровня калия в пределах нормы. При адекватном снижении уровня артериального давления допускается прекращение приема антигипертензивных препаратов после оценки функции почек. Рекомендуется рассмотреть возможность назначения препаратов в зависимости от уровня волемии пациента. Необходимо достичь баланса между употреблением и выделением жидкости и оценить адекватность диуреза на регулярной основе. Каждое утро пациенты должны взвешиваться для раннего распознавания задержки жидкости. Дозу диуретика необходимо адаптировать в зависимости от имеющейся степени задержки жидкости. При назначении терапии клиницисту следует учитывать, что некоторые препараты обладают нефротоксическим действием, а гиперкалиемия может изменять профиль показателей электрокардиограммы. Кроме того, при снижении частоты сердечных сокращений требуется отмена назначенных пациенту препаратов.

Что касается назначения АРНИ в качестве препаратов у пациентов с сердечной недостаточностью и заболеваниями почек, начинают терапию этими классами препаратов с низких доз. В случае, если у пациента диагностирована пятая стадия ХБП, необходимо перевести его на ингибиторы АПФ или другие классы препаратов. Тем не менее результаты исследований показали, что назначение АРНИ пациентам, получающим диализ, не приводит к увеличению риска смерти паци-



«Огни столицы. Современные возможности нефрологии – 2024» «Боткинские чтения»

ентов. Таким образом, в ряде случаев препараты класса АРНИ можно назначать пациентам, находящимся на терминальной стадии почечной недостаточности и получающим диализ.

Особое внимание в последние годы уделяется ингибиторам НГКТ-2, которые оказывают положительный эффект в отношении снижения альбуминурии, протеинурии. В лечении пациентов, получающих ЗПТ, в том числе перенесших трансплантацию почек, можно рассмотреть назначение ингибиторов НГКТ-2. В то же время АМР являются базисной терапией у пациентов со сниженной ФВ ЛЖ в сочетании с ХБП. Эти препараты имеют селективную активность в отношении минералокортикоидных рецепторов, и их также можно назначать пациентам с повышенным уровнем калия в крови. Препараты класса бета-блокаторов оказывают положительное влияние на состояние пациентов со сниженной ФВ ЛЖ и с ХБП, включая четвертую и пятую стадии.

Согласно современным клиническим рекомендациям, лечение пациентов с сердечной недостаточностью с сохранной ФВ ЛЖ должно включать в себя назначение препаратов НГКТ-2, эффективность которых была показана в рандомизированных контролируемых исследованиях. Наряду с АМР, АРНИ и блокаторами ангиотензиновых рецепторов, НГКТ-2 должны включаться в схему комплексной терапии пациентов с сердечной недостаточностью с сохранной ФВ ЛЖ.

Далее профессор более детально рассмотрела подходы к диагностике и лечению ОПП. Повышение уровня сывороточного креатинина на более чем 0,3 мг/дл в течение двух суток является основным диагностическим признаком ОПП. Однако диагностика ОПП не должна основываться только на изменении уровня креатинина. С клинической точки зрения изменения уровня креатинина могут быть связаны с различными факторами. Также уровень сывороточного креатинина

может варьировать в зависимости от уровня артериального давления. В данной специфической группе пациентов с сердечной недостаточностью более важное диагностическое значение имеет уровень мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в крови, который позволяет с большей вероятностью прогнозировать состояние пациента. Ухудшение функции почек и задержка жидкости в организме являются независимыми факторами, ухудшающими прогноз у пациентов, страдающих сердечной недостаточностью.

При анализе показателей СКФ необходимо оценивать такие параметры, как изменение уровня гиперfiltrации и возможность временного повышения уровня сывороточного креатинина. Необходимо различать пациентов, имеющих истинное ухудшение течения ХБП, и пациентов, не отвечающих на деконгестивную терапию, направленную на уменьшение степени задержки жидкости в организме.

Современная медикаментозная терапия ХБП должна быть направлена на снижение риска сердечно-сосудистых осложнений и улучшение исходов у пациентов, имеющих сердечную недостаточность.

Важными аспектами терапии пациентов с ХБП и сердечной недостаточностью являются назначение препаратов железа и модификация образа жизни. Кроме того, пациентам не рекомендуется пить кипяченую воду, потому что это может приводить к развитию гипернатриемии. Следует также учитывать, что метаболический ацидоз имеет корреляционную связь с клиническими исходами у пациентов с застойной сердечной недостаточностью. Некоторым из них требуется назначение бикарбоната.

Согласно клиническим рекомендациям, тиазидные диуретики являются второй линией препаратов в лечении пациентов с ХБП и сердечной недостаточностью. Принимая решение о назначении тиазидных диуретиков, необходимо учитывать уровни СКФ и креатинина.

В исследованиях последних лет показана эффективность диуретиков в качестве дополнительных препаратов для лечения ХБП и сердечной недостаточности. Установлено, что назначение пациентам петлевых диуретиков в комбинации с тиазидными диуретиками позволяет предотвратить развитие гиперкалиемии.

Заместительная почечная терапия пациентов, имеющих рефрактерную задержку жидкости и терминальную стадию ХБП, представляет существенную проблему. Не стоит забывать о возможности назначения таким пациентам перитонеального диализа и проведения ультрафильтрации для выведения избыточного натрия из организма.

Для проведения ультрафильтрации используются традиционные препараты, эффективность которых была проанализирована во многих исследованиях. Основными показаниями для выбора этих препаратов являются степень задержки жидкости, сердечной недостаточности, а также стадия ХБП. Ультрафильтрация может быть альтернативным методом лечения пациентов с декомпенсированной сердечной недостаточностью, находящихся в критическом состоянии в условиях отделения реанимации. Подводя итог, профессор И. Малышко отметила, что новые стратегии профилактики развития задержки жидкости в организме с учетом степени сердечной недостаточности в настоящее время активно развиваются. В последние годы появились точные методы оценки почечной функции, новые методы лечения и прогнозирования риска прогрессирования ХБП для различных групп пациентов. Кроме того, совершенствуются подходы к выбору тактики нефрокардиопротективной терапии, меняются подходы к оценке результативности клинических рандомизированных контролируемых исследований по изучению эффективности и безопасности терапии пациентов с заболеваниями почек и сердечной недостаточностью.

**Хроническая болезнь почек в России и мире: первичная профилактика**

Заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования Клиники ревматологии, нефрологии и профпатологии им. Е.М. Тареева Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России, главный внештатный специалист нефролог Минздрава России (Москва), д.м.н., профессор Евгений Михайлович ШИЛОВ рассказал о первичной профилактике ХБП, направленной на раннее выявление и минимизацию факторов риска повреждения почек. Он подчеркнул, что заболевания почек являются мультидисциплинарной проблемой и требуют пристального внимания медицинских специалистов различного профиля. Сегодня становится очевидным тот факт, что ХБП – важная общемедицинская и социальная проблема. Согласно современным представлениям, ХБП определяется как нарушение структуры и/или функции почек, которое сохраняется более трех месяцев. К критериям для определения ХБП относят один или более признаков поражения почек (альбуминурия; аномалии в осадке мочи; электролитные и другие нарушения, связанные с заболеваниями канальцев; аномалии, выявленные при визуализации; трансплантация почки в анамнезе) или снижение СКФ (< 60 мл/мин/1,73 м²).

Как отметил докладчик, в ходе состоявшейся в 2024 г. конференции KDIGO впервые были затронуты вопросы сохранения здоровья почек. Отмечено, что в настоящее время основное внимание уделяется замедлению прогрессирования диагностированного заболевания и лечению ХПН, в том числе с помощью ЗПТ. Причиной того, что

многие врачи разных специальностей не уделяют особого внимания сохранению и спасению здоровья почек, является отсутствие или минимальное количество исследований по ранней профилактике заболеваний почек. Клинические рекомендации ориентированы на лиц с уже установленным хроническим заболеванием почек с целью вторичной профилактики.

Нарушения структуры и функции почек существенно отягощают качество жизни, способствуют снижению продолжительности жизни пациентов с ХБП.

В одном из недавно опубликованных европейских исследований было показано, что применение ЗПТ, диализа, трансплантации почки не увеличивает продолжительность жизни пациентов до среднепопуляционных показателей. В среднем до среднепопуляционного срока мужчины с трансплантированной почкой не доживают 20 лет, женщины – 22 года, а получающие диализ почек – 36 и 44 года соответственно. По словам профессора Е.М. Шилова, несмотря на разработанные диагностические критерии, наиболее часто ХБП диагностируется на поздней стадии, когда пациент уже нуждается в ЗПТ.

Маркерами ХБП являются альбуминурия и СКФ. В исследовании оценивали связь показателей функции почек со смертностью и терминальной стадией почечной недостаточности у пациентов разного возраста. Показано, что в когортах пациентов с ХБП относительный риск смертности не снижается с возрастом. Как низкая СКФ, так и высокая альбуминурия связаны со смертностью и терминальной стадией независимо от возраста. Риск сердечно-сосудистой смертности выше в более старшем возрасте (75 лет и старше)².

В настоящее время существует необходимость разработки новых инструментов для ранней диагностики ХБП или использования имеющихся методов выявления пациентов с высоким риском развития ХБП для предотвращения развития и формирования необратимых повреждений почек.

Докладчик отметил, что возрастное снижение СКФ считается физиологическим процессом. Однако данные эпидемиологических исследований показали, что в группах здоровых людей молодого возраста отмечается большая доля лиц со сниженными показателями расчетной СКФ. Можно утверждать, что молодые люди со сниженной СКФ относятся к группе риска развития ХБП и ее осложнений.

В последние годы изучается роль блокаторов РААС в отношении снижения риска поражения почек. В экспериментальных исследованиях показано, что при использовании ингибиторов АПФ в качестве инструмента профилактики ХБП у здоровых мышей сохраняется нормальная СКФ при старении³.

В другом исследовании продемонстрирована эффективность терапии с применением препаратов класса глифлозинов для предупреждения прогрессирования ХБП. Установлено, что независимо от исходного уровня СКФ глифлозины оказывают позитивный эффект в отношении сохранения функции почек⁴.

В завершение выступления профессор Е.М. Шилов подчеркнул, что широкая распространенность ХБП среди населения, высокий риск развития осложнений и смертности диктуют необходимость внедрения эффективных методов ранней профилактики заболеваний почек. Как известно, вторичная профилактика ХБП направлена на замедление темпов прогрессирования ХБП, предупреждение терминальной стадии заболевания

² Hallan S.I., Matsushita K., Sang Y., et al. Age and association of kidney measures with mortality and end-stage renal disease. JAMA. 2012; 308 (22): 2349–2360.

³ Ferder L., Inerra F., Romano L., et al. Decreased Glomerulosclerosis in Aging by Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors. J. Am. Soc. Nephrol. 1994; 5 (4): 1147–1152.

⁴ Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur. J. Prev. Cardiol. 2022; 29 (1): 5–115.



«Огни столицы. Современные возможности нефрологии – 2024» «Боткинские чтения»

и развития сердечно-сосудистых осложнений. Цель первичной профилактики ХБП – устранение или минимизация факторов риска ее развития. На современном этапе

необходимо оптимизировать подходы к первичной профилактике ХБП с применением современных лекарственных методов и мероприятий по модификации образа

жизни пациентов. Категории пациентов с высоким риском развития ХБП должны стать предметом пристального наблюдения специалистов.

Опыт и перспективы развития программы трансплантации почки в Боткинской больнице

В июне 2024 г. одно из старейших и наиболее известных в стране медицинских учреждений Городская клиническая больница (ГКБ) им. С.П. Боткина (Боткинская больница) приобрела новый статус многопрофильного научно-клинического центра. Сегодня Боткинская больница – Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина (ММНКЦ им. С.П. Боткина) – крупнейшее медицинское, научное и образовательное учреждение. Новый статус больницы открывает широкие перспективы в лечении пациентов с различными заболеваниями, в том числе почек. Появились новые возможности эффективного ведения пациентов с ХПН. Теперь в лечении пациентов с ХПН на каждом этапе лечения – от момента поступления, консервативной терапии, ЗПТ, трансплантации почки – может участвовать мультидисциплинарная команда высококлассных специалистов. Еще одним преимуществом является возможность применения в лечении больных ХПН всех видов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, эффективных методов диагностики и лечения.

На базе Боткинской больницы проводится более 300 операций в год по формированию доступа для ЗПТ. В лечении пациентов с ХПН, нуждающихся в проведении ЗПТ, участвуют сосудистые хирурги, специалисты отделения трансплантации органов и тканей человека, выполняются все необходимые оперативные вмешательства по формированию доступа для ЗПТ, а также подготовки к транс-

плантации почки, в частности формирование артериовенозных фистул, установка перманентных диализных катетеров, установка катетеров для перитонеального диализа.

Кроме того, в ММНКЦ им. С.П. Боткина проводится рентгенэндоваскулярное лечение стеноза магистральных вен бассейна верхней полой вены и артериовенозных фистул с участием высококвалифицированных хирургов. Преимуществами применения данного вида вмешательств являются доказанная эффективность и возможность их неоднократного выполнения для максимального сохранения сосудистого ресурса пациентов, находящихся на гемодиализе.

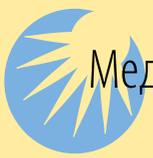
Как известно, у пациентов с терминальной стадией ХПН наблюдается большое число сопутствующих патологий. Ведение пациентов с терминальной стадией ХПН, поступивших в ММНКЦ им. С.П. Боткина, включает несколько последовательных этапов: назначение консервативного лечения, формирование доступа и проведение ЗПТ, подготовка к пересадке почки, внесение в лист ожидания, пересадка почки, лечение осложнений, динамическое наблюдение. Особое значение при подготовке пациента к трансплантации почки и включению в лист ожидания имеют выявление и компенсация сопутствующих заболеваний. Своевременная коррекция факторов риска развития осложнений обеспечивает успех проведения трансплантации почки, что способствует увеличению продолжительности и качества жизни, уменьшению выраженности патологических проявлений у пациентов с терминальной стадией ХПН.

Для исключения наиболее распространенных сердечно-сосудистых противопоказаний перед включением в лист ожидания почки необходимо проводить обследование пациентов даже при отсутствии признаков сердечно-сосудистых нарушений.

По данным исследования реальной клинической практики ММНКЦ им. С.П. Боткина, у бессимптомных пациентов в возрасте старше 55 лет в 56% случаев при выполнении коронарографии был обнаружен атеросклероз коронарных сосудов. При этом у 38% больных в ходе сердечно-сосудистого консилиума было принято решение о реваскуляризации миокарда, у 32% – стентировании коронарных сосудов, у 6% пациентов – проведении аортокоронарного шунтирования. После коррекции сердечно-сосудистого риска у пациентов с ХПН снова появляется возможность включения в лист ожидания трансплантации почки. Сказанное касается и пациентов, которым необходима хирургическая операция на паращитовидных железах, а также больных поликистозом почек, нуждающихся в проведении билатеральной нефрэктомии. Важно, что на базе ММНКЦ им. С.П. Боткина квалифицированными специалистами проводятся все необходимые высокотехнологичные хирургические виды лечения.

В 2018 г. в Боткинской больнице стартовала программа по трансплантации почки. Ежегодно количество трансплантаций почки увеличивается. В настоящее время проведено уже 556 трансплантаций почки. На протяжении последних трех лет ММНКЦ им. С.П. Боткина находится на третьем месте среди всех трансплантационных центров РФ по количеству выполняемых трансплантаций почек в год.

Несмотря на значительные успехи в области трансплантологии, со-



храняется риск послеоперационных осложнений. Важными задачами хирургов-трансплантологов являются профилактика, своевременная диагностика и лечение осложнений у реципиентов после трансплантации почки. При ранней диагностике и терапии посттрансплантационных осложнений прогноз у пациентов после пересадки почки в большинстве случаев благоприятный. Большая проблема трансплантологии – развитие отсроченной функции почечного трансплантата. По данным исследований, при развитии отсроченной функции увеличивается частота ранних послеоперационных осложнений, включая геморрагические и инфекционные.

Кроме того, у реципиентов с отсроченной функцией почечного трансплантата ухудшается прогноз выживаемости почечного трансплантата в дальнейшем. В связи с этим алгоритм ведения пациентов с терминальной стадией ХПН должен включать мероприятия, направленные на снижение частоты развития отсроченной функции почечного трансплантата.

Накопленный опыт клинической практики специалистов отделения трансплантации органов и тканей человека ММНКЦ им. С.П. Боткина свидетельствует о том, что в дооперационном, интраоперационном и раннем послеоперационном периодах воздействие на факторы риска возникновения отсроченной функции почечного трансплантата способствует снижению частоты ранних послеоперационных осложнений и улучшению отдаленной выживаемости. Наиболее значимым фактором риска развития отсроченной функции является время холодовой ишемии – период, в течение которого почечный трансплантат находится без кровотока. В среднем по Москве этот период превышает десять часов. Метод машинной гипотермической (холодовой) перфузии почки, применяемый в отделении, позволяет доставлять кислород в клетки почечного трансплантата, тем самым

уменьшать интенсивность ишемически-реперфузионного повреждения. При трансплантации почки также применяют устройство для элиминации вторичной тепловой ишемии.

Как показали результаты исследований и клиническая практика отделения трансплантации органов и тканей человека ММНКЦ им. С.П. Боткина, перспективным направлением профилактики развития осложнений в посттрансплантационном периоде является персонализация протоколов иммуносупрессивной терапии. Известно, что в высоких концентрациях ингибитор кальциневрина такролимус обладает нефротоксическим действием, поэтому необходимо в ранние сроки после трансплантации почки минимизировать частоту иммуносупрессии у пациентов.

Эффективность комплекса профилактических мероприятий, реализуемых на базе ММНКЦ им. С.П. Боткина, подтверждается ежегодным снижением частоты отсроченной функции почечного трансплантата у реципиентов.

Новым для нашей страны опытом является использование доноров с так называемой внесосудистой остановкой кровообращения. Специалисты Боткинской больницы совместно с Московским координационным центром органного донорства на протяжении нескольких лет разрабатывают подходы к использованию почечных трансплантатов от негоспитальных доноров с необратимой остановкой сердечной деятельности. Благодаря применению устройств автоматической компрессии грудной клетки и различных видов перфузии органов это стало возможно. Полученные результаты демонстрируют эффективность и безопасность данного вида донорства. Его внедрение позволяет увеличить количество трансплантаций почки. Так, в 2023 г. примерно каждая пятая трансплантация почки была от доноров с необратимой остановкой сердечной деятельности.

На сегодняшний день перспективным направлением в области трансплантации является применение нормотермической машинной перфузии почечного трансплантата. Этот метод не только позволяет сохранять донорские трансплантаты, но и улучшать их в процессе перфузии.

В настоящее время в ММНКЦ им. С.П. Боткина для лечения инфекционных осложнений в посттрансплантационном периоде применяется современный метод VАС-терапии. Использование VАС-терапии у больных с инфекционными осложнениями после трансплантации почки по сравнению со стандартными методами лечения позволяет добиться более быстрого купирования воспаления, уменьшает необходимость назначения длительной антибактериальной терапии.

В ММНКЦ им. С.П. Боткина накоплен огромный опыт использования миниинвазивных хирургических технологий, в частности при лечении частого хирургического осложнения после трансплантации почки – лимфоцеле ложа почечного трансплантата.

В результате проведенной в рамках Боткинской больницы в 2018–2023 гг. научной и практической работы мультидисциплинарной команды специалистов пятилетняя выживаемость реципиентов почечного трансплантата достигла 89,7%. Следует учитывать, что программа трансплантации почки реализовывалась во время пандемии COVID-19 и большинство летальных исходов у реципиентов было следствием этой инфекции. Таким образом, реализация программы трансплантации почки в многопрофильном научно-клиническом центре с формированием замкнутого цикла лечения пациентов с терминальной стадией ХПН и применением новейших методов диагностики и способов лечения позволяет достигать непосредственных и отдаленных результатов трансплантации почки на уровне мировых стандартов.

Онлайн-школа, онлайн-семинар, вебинар



Агентство «Медфорум» ведет трансляции на <https://umedp.ru/online-events/> из видеостудий и подключает спикеров дистанционно (из рабочего кабинета, дома). По всем основным направлениям медицины мы создаем интегрированные программы, используя собственные ресурсы и привлекая лучшую экспертизу отрасли.



Преимущества



Качественная аудитория – в нашей базе действительно врачи – более 100 тыс. контактов из всех регионов РФ. Источники контактов – регистрация на врачебных конференциях, регистрация на сайте с загрузкой скана диплома, подписки на научные журналы



Таргетированная рассылка – выбор врачей для приглашения по специальности, узкой специализации и региону



Собственная оборудованная видеостудия в Москве



Качество подключений к трансляции на неограниченное число участников



Обратная связь с аудиторией – текстовые комментарии (чат) во время трансляции для вопросов спикеру. Ответы в прямом эфире



Учет подключений к просмотру и итоговая статистика



Запись видео публикуется на <https://umedp.ru/> – портале с высокой посещаемостью (открытая статистика Яндекс.Метрики – 12 000 посетителей в день)

Реклама



МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
UMEDP.RU



Диалог
с экспертом



1000+
онлайн-участников

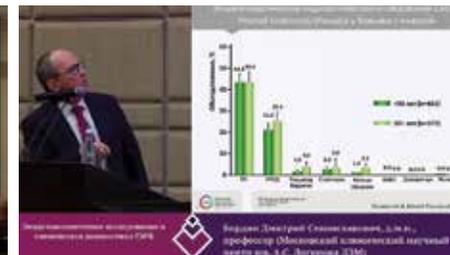


Изображения в 2 окна
(презентация, спикер)



700+
просмотров записи
вебинара на YouTube

Еще больше возможностей предложим по вашему запросу



Технический организатор ООО «Медфорум»,
телефон (495) 234-07-34

www.medforum-agency.ru
info@medforum-agency.ru



Простамол® Уно

пальмы ползучей плодов экстракт

Патогенетическое действие¹

1 КАПСУЛА
в день¹

2 ПОКАЗАНИЯ

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы¹
- хронический простатит^{1*}

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ
ТЕРАПИИ
НЕ ОГРАНИЧЕНА¹



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

* Для устранения дизурических симптомов при хроническом простатите.

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

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

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

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

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