

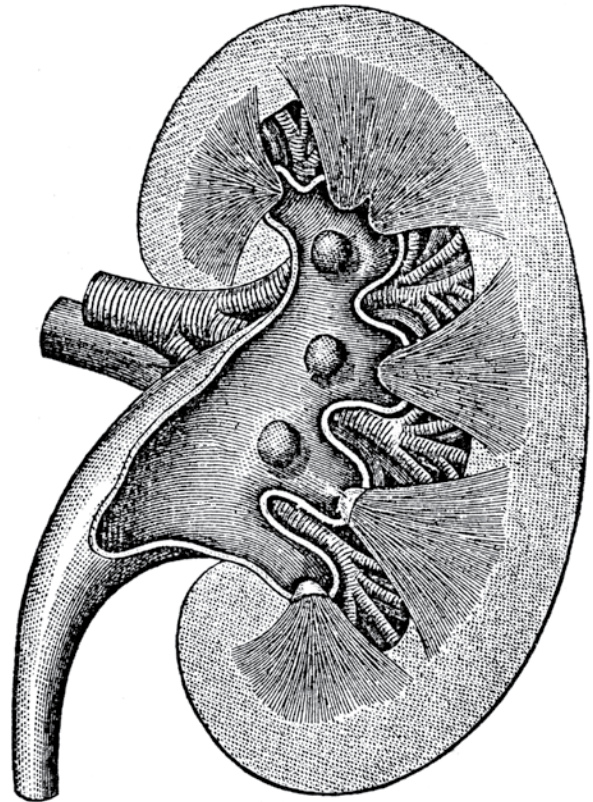
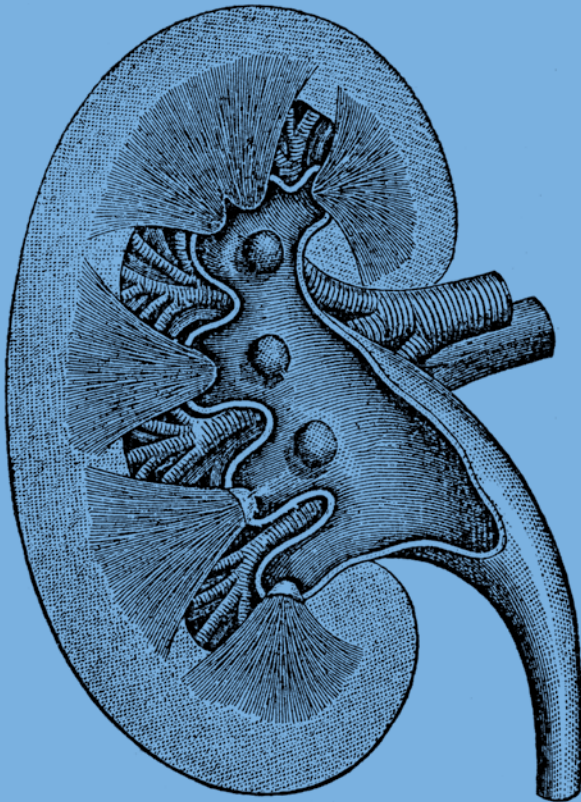
ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

ТЕРАПИЯ

№

4

ТОМ 20
2024



УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ №1

Новый трехкомпонентный комплекс с многогранным действием в терапии уратного нефролитиаза

6

Перспективные методы лечения инфекций мочевых путей

14

Персональный подход к метафилактике мочекаменной болезни

20



umedp.ru

Свежие выпуски и архив журнала

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



Эффективная фармакотерапия. 2024.
Том 20. № 4.
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)*
И.Б. БЕЛЯЕВА, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
Д.С. БОРДИН, *профессор, д.м.н. (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, *член-корр. 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)*
Л.В. ЛУСС, *академик РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Ю. МАЙЧУК, *д.м.н. (Москва)*
А.Б. МАЛАХОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
С.Ю. МАРЦЕВИЧ, *член-корр. РАЕН, 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 4.
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)*
Irina B. BELYAYEVA, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*
Dmitry S. BORDIN, *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)*
Lyudmila V. LUSS, *Prof., 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)
В.Ф. УЧАЙКИН, 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, И.С. СИДОРОВА, Е.В. УВАРОВА

Аллергология и иммунология

Т.У. АРИПОВА, О.И. ЛЕТЯЕВА,
Н.Б. МИГАЧЕВА, И.В. НЕСТЕРОВА,
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. ГАДЖИГОРОЕВА, 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.А. БАРЫШНИКОВА, М.Г. БУБНОВА, Ж.Д. КОБАЛАВА,
М.Ю. СИТНИКОВА, М.Д. СМIRНОВА, О.Н. ТКАЧЕВА

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)
Vasily F. UCHAYKIN, 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, I.S. SIDOROVA, Ye.V. UVAROVA

Allergology and Immunology

T.U. ARIPOVA, O.I. LETYAEVA,
N.B. MIGACHEVA, I.V. NESTEROVA,
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.A. BARYSHNIKOVA, M.G. BUBNOVA, Zh.D. KOBALAVA,
M.Yu. SITNIKOVA, M.D. SMIRNOVA, O.N. TKACHEVA

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. TABEYEV, 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. 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, 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

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

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. 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, 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

Journalists A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

Corrector Ye. SAMOYLOVA

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

Клинические исследования

- Ю.Л. ДЕМИДКО, М.О. ПОЛОЖЕНЦЕВА, С.С. КРАСНЯК
Результаты сравнительного контролируемого исследования безопасности и эффективности уратснижающего действия препарата Ураликс® у пациентов с уратными формами мочекаменной болезни 6

Медицинский форум

- Новые возможности фитотерапии в лечении острых и хронических инфекций мочевых путей 14
- Новые препараты для метафилактики камней почек 20
- Повышение осведомленности о проблеме рецидивирующего цистита среди врачей и пациентов 30
- Цитокилотерапия хронического простатита: развеиваем заблуждения и стереотипы 32

Contents

Clinical Studies

- Yu.L. DEMIDKO, M.O. POLOZHENTSEVA, S.S. KRASNYAK
Results of a Comparative Controlled Trial of the Effectiveness and Safety of the Urate-Lowering Effect of Uralix® in Patients With Urate Urolithiasis

Medical Forum

- New Possibilities of Phytotherapy in the Treatment of Acute and Chronic Urinary Tract Infections
- New Medicines for Metaphylaxis of Kidney Stones
- Raising Awareness on the Problem of Recurrent Cystitis Among Doctors and Patients
- Cytokine Therapy for Chronic Prostatitis: Dispelling Misconceptions and Stereotypes



Учебный план циклов повышения квалификации врачей-урологов на кафедре урологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ на 2024 год

Название цикла	Часы (количество баллов НМО)	Слушатели	Даты
Современная клиническая урология	144	Врачи урологи, общей практики, хирурги	26.02.24 – 23.03.24 02.09.24 – 28.09.24
Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика	144	Врачи урологи, общей практики, хирурги	01.04.24 – 27.04.24 28.10.24 – 23.11.24
Клиническая андрология	144	Врачи-урологи	30.09.24 – 26.10.24
Эндоурология и лапароскопия	144	Врачи урологи, хирурги	13.05.24 – 08.06.24 25.11.24 – 21.12.24
Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний мочевых путей и мужских половых органов	36	Врачи урологи, общей практики, гериатры	26.02.24 – 02.03.24 09.09.24 – 14.09.24
Современные аспекты нейроурологии. Уродинамические методы исследования	36	Врачи урологи, неврологи, гериатры, общей практики	08.04.24 – 13.04.24 04.11.24 – 09.11.24
Эндовидеохирургическое лечение урологических заболеваний	36	Врачи урологи, хирурги	20.05.24 – 25.05.24 02.12.24 – 07.12.24
Современные аспекты клинической андрологии	36	Врачи урологи, гериатры	07.10.24 – 12.10.24

Для сотрудников государственных учреждений здравоохранения обучение проходит на бюджетной основе, негосударственных учреждений – на платной основе

(подробная информация на сайте университета по ссылке <https://clck.ru/39ikxo>).

Все программы включены в систему непрерывного медицинского образования (НМО) врачей и внесены в реестр образовательных программ Министерства здравоохранения РФ.

Для записи на программы повышения квалификации и уточнения информации обращаться по электронной почте uropdo@mail.ru.

Кафедра урологии с курсом урологии с клиникой ПСПбГМУ

им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17, корп. 54, 3-й этаж).





¹ Первый Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова
(Сеченовский
университет)

² Поликлиника
№ 3 Федеральной
службы безопасности
Российской Федерации,
Москва

³ Научно-
исследовательский
институт урологии
и интервенционной
радиологии
им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ
«НМИЦ радиологии»
Минздрава
России, Москва

Результаты сравнительного контролируемого исследования безопасности и эффективности уратснижающего действия препарата Ураликс® у пациентов с уратными формами мочекаменной болезни

Ю.Л. Демидко, д.м.н.¹, М.О. Положенцева², С.С. Красняк, к.м.н.³

Адрес для переписки: Степан Сергеевич Красняк, krasnyakss@mail.ru

Для цитирования: Демидко Ю.Л., Положенцева М.О., Красняк С.С. Результаты сравнительного контролируемого исследования безопасности и эффективности уратснижающего действия препарата Ураликс® у пациентов с уратными формами мочекаменной болезни. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (4): 6–12.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-4-6-12

Уратная форма мочекаменной болезни (МКБ) – одна из наиболее частых форм нарушений пуринового обмена. Уратные камни составляют около 5–10% всех конкрементов в почках. Один из недостатков существующей пероральной терапии уратной формы МКБ – неблагоприятный профиль безопасности. Цель исследования – оценить эффективность и безопасность комплекса Ураликс® в терапии уратного нефролитиаза.

Материал и методы. В исследование было включено 120 пациентов с диагнозом «уратный уролитиаз». Все пациенты были рандомизированы в три группы. Пациенты основной группы (n = 59) получали препарат Ураликс® по одной капсуле (300 мг) один раз в день в течение 90 дней и диетические рекомендации. Пациенты контрольной группы (n = 28) получали 200 мг аллопуринола один раз в день в течение 90 дней. Пациенты дополнительной контрольной группы (n = 33) получали диетические рекомендации по сокращению потребления продуктов, богатых пуринами. В качестве критериев эффективности до и после лечения анализировали динамику уровня мочевой кислоты в крови, суточную экскрецию мочевой кислоты с мочой.

Заключение. Препарат Ураликс®, снижая активность ксантиноксидазы, оказывает патогенетический эффект у пациентов с уратным нефролитиазом и может быть рекомендован как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими методами лечения.

Ключевые слова: нарушения пуринового обмена, уратная МКБ, Ураликс, ингибиторы ксантиноксидазы, аллопуринол

Введение

Обмен пуринов представляет собой сложный биохимический процесс, в котором принимают участие многие ферментные системы человека. Наиболее частыми формами нарушений пуринового обмена являются уратная форма мочекаменной болезни (МКБ), подагра и бессимптомная гиперурикемия.

Несмотря на то что уратная форма МКБ не самая часто встречающаяся, она доставляет пациентам множество неудобств. Уратные камни составляют около 5–10% всех конкрементов в почках (40,3–80,6 тыс. человек на 2022 г.) [1]. Один из недостатков существующих на сегодня методов метафилактики повторного образования камней – это неблагоприятный



профиль безопасности имеющейся пероральной терапии. Так, основными лекарственными средствами, применяемыми при уратных формах МКБ на фоне повышения уровня мочевой кислоты, являются аллопуринол и фебуксостат. Аллопуринол в 1 из 1000 случаев может вызывать синдром аллопуриноловой гиперчувствительности с уровнем смертности 20–25% [2]. Частота отказа от лечения аллопуринолом по причине развития побочных эффектов достигает, по разным данным, 11–38% [3, 4]. Более современный препарат фебуксостат также может у 1–10% пациентов вызывать приступы подагры, отеки, диспноэ, артралгию, диарею, нарушение функции печени, кожную сыпь, головную боль [5].

Вследствие этого врачам и пациентам необходимо решение, которое приносило бы минимум побочных эффектов, но воздействовало в первую очередь на механизм развития уратных камней в почках и гиперурикемии в целом. Одним из таких решений может являться биологически активный комплекс Ураликс®, который содержит в своем составе лютеолин, кверцетин, а также экстракт растения смилакса приречного. Цель исследования – оценить эффективность и безопасность комплекса Ураликс® в терапии уратного нефролитиаза.

Материал и методы

В исследование были включены пациенты, обратившиеся к врачу-урологу в период с января 2021 г. по декабрь 2022 г., с диагнозом уратного уролитиаза, установленным на основании ультразвукового исследования мочеполевой системы, анализа состава конкремента, клинического и биохимического анализов. Всего было набрано 120 пациентов, которые были случайным образом распределены по трем группам:

- первая (основная, n = 59) – получали препарат Ураликс® на регулярной основе по одной капсуле (300 мг) один раз в день в течение 90 дней и диетические рекомендации по сокращению потребления продуктов, богатых пуринами;

- вторая (контрольная, n = 28) – получали 200 мг аллопуринола один раз в день в течение 90 дней;
- третья (дополнительная контрольная, n = 33) – получали диетические рекомендации по сокращению потребления продуктов, богатых пуринами.

В качестве критериев эффективности до и после лечения анализировали динамику уровня мочевой кислоты в крови, суточную экскрецию мочевой кислоты с мочой. Также оценивали показатели биохимического анализа крови и общего анализа мочи. Группы по большинству параметров не различались между собой, за исключением исходного уровня мочевой кислоты в крови (табл. 1). В третьей группе исходный уровень мочевой кислоты был достоверно ниже, чем в первой и второй ($p = 0,003$).

Результаты

В группах пациентов, принимавших Ураликс® и аллопуринол, отмечено достоверное снижение уровня мочевой кислоты в крови ($p < 0,001$). При применении Ураликса уровень мочевой кислоты снизился на 15,1% в течение трех месяцев. У пациентов, принимавших 200 мг/сут аллопуринола, уровень мочевой кислоты снизился в среднем на 31,1%. У пациентов, только соблюдавших диету, отмечалась тенденция к росту уровня мочевой кислоты – повышение на 1,9%. Уровень мочевины и креатинина статистически достоверно не изменялся. Однако в группе пациентов, принимавших Ураликс®, отмечена тенденция к снижению уровня мочевины, но данная динамика не преодолела порог статистической значимости (-15,4%; $p = 0,094$) (табл. 2, рис. 1).

Суточная экскреция мочевой кислоты

В группах пациентов, принимавших Ураликс® и аллопуринол, отмечено достоверное снижение суточной экскреции мочевой кислоты с мочой. У пациентов, получавших Ураликс®, экскреция снизилась в среднем на 17,9% ($p = 0,003$), у пациентов, получавших

Таблица 1. Различия между группами

Показатель	Первая группа (Ураликс® + диета)	Вторая группа (аллопуринол)	Третья группа (диета)	P
Возраст, лет	53,9 ± 12,3	54,9 ± 10,7	52,1 ± 8,6	0,596
Мочевая кислота, мкмоль/л	478 ± 54	483 ± 37	432 ± 3	0,003
Мочевина, ммоль/л	6,5 ± 1,9	7,0 ± 1,6	6,9 ± 2,4	0,684
Креатинин, ммоль/л	83,2 ± 19,8	82,8 ± 13,5	88,5 ± 8,6	0,369
Экскреция мочевой кислоты, ммоль/сут	5,6 ± 1,0	5,3 ± 0,8	5,6 ± 0,8	0,504
pH мочи	5,8 ± 0,4	5,8 ± 0,3	5,8 ± 0,4	0,767
Относительная плотность мочи	1014 ± 4,4	1017 ± 6,8	1016 ± 5,3	0,06
Лейкоциты в поле зрения	2,7 ± 1,5	2,0 ± 1,7	2,6 ± 1,4	0,112
Эритроциты в поле зрения	0,5 ± 1,8	2,7 ± 6,1	0,6 ± 1,0	0,073



Таблица 2. Динамика параметров биохимического анализа мочи на фоне лечения

Показатель	Группа	До лечения	После лечения	p
Мочевая кислота, мкмоль/л	1	478 ± 54	406 ± 52	< 0,001
	2	483 ± 37	333 ± 62	< 0,001
	3	432 ± 3	440 ± 30	0,449
Мочевина, ммоль/л	1	6,5 ± 1,9	5,5 ± 1,5	0,094
	2	7,0 ± 1,6	7,2 ± 1,8	0,686
	3	6,9 ± 2,4	6,6 ± 1,1	0,160
Креатинин, ммоль/л	1	83,2 ± 19,8	80,9 ± 15,4	0,329
	2	82,8 ± 13,5	85,5 ± 14,5	0,586
	3	88,5 ± 8,6	87,8 ± 8,6	0,215

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически достоверные различия.

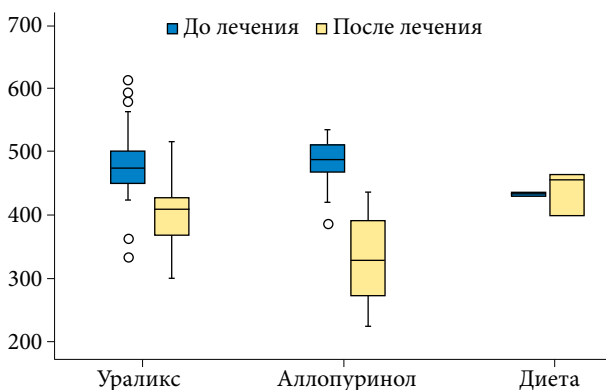


Рис. 1. Динамика уровня мочевой кислоты на фоне лечения, мкмоль/л

Таблица 3. Динамика экскреции мочевой кислоты на фоне лечения, ммоль/сут

Группа	До лечения	После лечения	p
Первая	5,6 ± 1,1	4,6 ± 1,0	0,003
Вторая	5,5 ± 0,9	3,4 ± 0,7	0,002
Третья	5,6 ± 0,8	5,5 ± 0,8	0,858

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически достоверные различия.

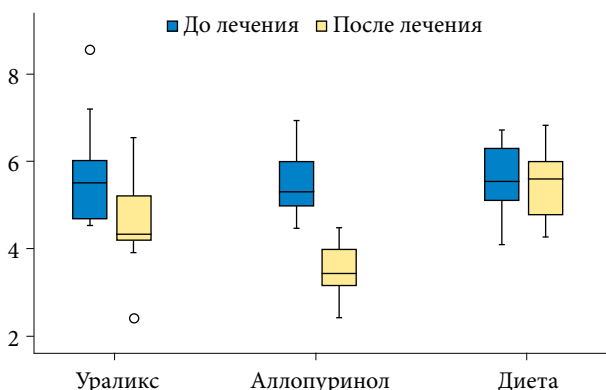


Рис. 2. Динамика экскреции мочевой кислоты на фоне лечения, ммоль/сут

аллопуринол, – на 38,2% ($p = 0,002$). Соблюдение одних только диетических рекомендаций не привело к снижению экскреции мочевой кислоты (табл. 3, рис. 2).

Показатели общего анализа мочи

В группах пациентов, получавших аллопуринол и соблюдавших диетические рекомендации, показатели общего анализа мочи достоверно не изменились. Число лейкоцитов, эритроцитов, относительная плотность и pH мочи остались на прежнем уровне. В первой группе достоверно снизился уровень лейкоцитурии. Среднее число лейкоцитов в полях зрения сократилось на 33,3% – с $2,7 \pm 1,5$ до $1,8 \pm 1,0$ ($p < 0,001$). Было также отмечено достоверное, но клинически не значимое снижение относительной плотности мочи с 1014 ± 4 до 1013 ± 5 ($p = 0,024$) (табл. 4, рис. 3).

Обсуждение

Результаты проведенного исследования показали, что Ураликс® достоверно снижает уровень мочевой кислоты в крови и ее экскрецию с мочой, в первую очередь вследствие ингибирования фермента ксантиноксидазы. Эти данные согласуются с предыдущими исследованиями отдельных компонентов Ураликса, опубликованными в доступных источниках литературы.

Молекулярный докинг (метод молекулярного моделирования, позволяющий предсказать наиболее выгодную для образования устойчивого комплекса ориентацию и конформацию одной молекулы в сайте связывания другой) показывает, что лютеолин связывается с теми же аминокислотными остатками (Gly1204 и Gly737) белка ксантиноксидазы, что и аллопуринол [6]. Результаты сравнительного исследования различных флавоноидов показали, что лютеолин имеет наивысшую эффективность в отношении ингибирования ксантиноксидазы. Также лютеолин обладает выраженной противовоспалительной активностью: в концентрации 10 мкмоль снижает выработку фактора некроза опухоли



ли α (ФНО- α) и интерлейкина 6 (ИЛ-6) на 73 и 81% соответственно по сравнению с дексаметазоном. Кроме того, лютеолин обладает наивысшей среди флавоноидов антиоксидантной и противовоспалительной активностью: IC_{50} относительно ксантиноксидазы для лютеолина и аллопуринола составляет 4,5 в сравнении с 8,5 мг/мл [7].

Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что флавоноиды являются мощными ингибиторами ксантиноксидазы – фермента, участвующего в выработке мочевой кислоты и супероксид-радикалов. Снижение выработки мочевой кислоты автоматически приводит к эквивалентному снижению содержания супероксидного радикала. Это означает, что скорость связывания мочевой кислоты равна скорости связывания супероксида. Кроме того, тестируемые экстракты и их флавоноиды были также мощными поглотителями ферментативно генерируемых супероксидных радикалов.

Пероральное применение лютеолина достоверно снижало уровень мочевой кислоты в сыворотке крови на 34, 44 и 76% в дозировках 20, 40 и 100 мг/кг. При этом лютеолин и лютеолин-4'-О-гликозид по сравнению с контролем во всех изученных дозах выражено снижают экспрессию белков-транспортеров мочевой кислоты mURAT1 и mGLUT9, активность которых повышается при гиперурикемии [8]. Кроме того, гистологические исследования показывают, что лютеолин восстанавливает функцию почки, нарушенную избыточным уровнем мочевой кислоты. Это происходит в том числе вследствие уменьшения отека, обусловленного отложением кристаллов моноурата натрия и снижением инфильтрации воспалительными клетками. Также лютеолин снижает уровень провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β и ФНО- α). Лютеолин способствует уменьшению экспрессии циклооксигеназы 2 и выработке простагландина E2 [9].

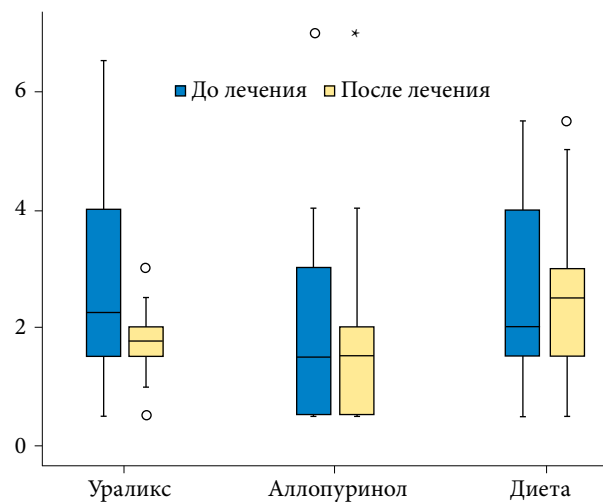


Рис. 3. Динамика лейкоцитурии на фоне лечения, число лейкоцитов в поле зрения

Другим активным компонентом Ураликса является кверцетин. Наиболее вероятным механизмом действия кверцетина является прямое ингибирование ксантиноксидазы, как было показано в исследованиях *in vitro*. Другим возможным механизмом является усиление почечной экскреции мочевой кислоты вследствие усиления гломерулярной фильтрации. Также эффективность может быть обусловлена непрямым антиоксидантным эффектом, который снижает микрососудистую ишемию клубочков и приводит к локальному повышению кровотока, расширению афферентных артериол и конкурентной реабсорбции натрия и калия [10].

Фармакологический эффект кверцетина обусловлен значительным дозозависимым ингибирующим действием на отеки в экспериментальной модели подагрического артрита. Этот эффект коррелировал

Таблица 4. Динамика показателей общего анализа мочи на фоне лечения

Показатель	Группа	До лечения	После лечения	Значимость различий
рН мочи	Первая	5,8 ± 0,4	5,7 ± 0,4	0,936
	Вторая	5,8 ± 0,3	5,9 ± 0,3	0,163
	Третья	5,8 ± 0,4	5,8 ± 0,3	0,762
Лейкоциты в поле зрения	Первая	2,7 ± 1,5	1,8 ± 1,0	0,001
	Вторая	2,0 ± 1,7	1,8 ± 1,6	0,096
	Третья	2,6 ± 1,4	2,4 ± 1,2	0,182
Эритроциты в поле зрения	Первая	0,5 ± 1,8	0,2 ± 0,5	0,248
	Вторая	2,7 ± 6,1	2,5 ± 5,4	0,349
	Третья	0,6 ± 1,0	0,6 ± 1,1	0,475
Относительная плотность мочи	Первая	1014 ± 4	1013 ± 5	0,024
	Вторая	1017 ± 7	1017 ± 7	0,591
	Третья	1016 ± 5	1019 ± 6	0,131

Примечание. Жирным шрифтом выделены статистически достоверные различия.



с ослаблением рекрутирования лейкоцитов в пораженные суставы, снижением уровней ИЛ-1 β , ФНО- α , NO, COX-2 и PGE2, а также со снижением уровней конечного продукта перекисного окисления липидов (МДА) и повышенной антиоксидантной активностью ферментов супероксиддисмутазы, каталазы и глутатион-пероксидазы (SOD, CAT и GSH-PX). Эти терапевтические преимущества были сопоставимы с теми, которые достигаются при лечении индометацином [11].

Смилакс приречный (лат. *Smilax riparia*, сассапариль) – это многолетняя деревянистая лиана семейства Смиляковые, или Сассапарилевые. Растение распространено в субтропическом и тропическом климате. Произрастает на территории Китая, Северной Америки, островах Тихого океана, встречается в Европе и Африке. Корни сассапарилья содержат стероидные сапонины, горечи, смолы, крахмал, слизь, аминокислоты, железо, кальций, калий, магний и эфирное масло.

В исследованиях показано, что применение экстракта *S. riparia* вызывает достоверное дозозависимое снижение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, а также снижение экспрессии белка URAT1 в почечной ткани при гиперурикемии [12].

Кроме того, экстракт *S. riparia* обладает способностью усиливать активность других урикозурических средств, например аллопуринола. При совместном применении аллопуринола и *S. riparia* отмечается синергизм относительно снижения уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, соответствующего повышения уровня мочевой кислоты в моче. Также экстракт *S. riparia* способствует улучшению функции почек, повреждаемой при уратной нефропатии. Положительный эффект отражается в снижении уровня сывороточного азота мочевины (BUA) и повышении фракционной экскреции уратов (FEUA). Для изучения основных механизмов действия экстракта *S. riparia* было оценено влияние соединения на активность ксантиноксидазы (XOD). Комбинация аллопуринола и SRS способствовала снижению уровня XOD в сыворотке даже до более низкого, чем у пациентов контрольной группы. Соответственно, комбинированное лечение также вызвало аналогичные изменения в активности XOD в печени, поэтому можно предположить, что эти изменения способствовали наблюдаемым эффектам при комбинированном лечении [13].

Эти же положительные свойства характерны не только для суммарного экстракта *S. riparia*, но и для отдельных его ингредиентов, в частности паллидифлозида D [14], смилаксхинозидов А и С [15],

рипарозида В и тимосапонина J. Кроме того, по результатам гистологических исследований, рипарозид В и тимосапонин J обращают вспять повреждения почечной ткани при гиперурикемии и сопутствующей ей уратной нефропатии, восстанавливается щеточная кайма эпителиальных клеток и структура почечных канальцев [16].

Этилацетатная фракция экстракта *S. riparia* не только способствует снижению активности ксантиноксидазы, но также улучшению структуры и функции почек, что подтверждено биохимическими и гистологическими данными. Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови снижается на 16, 30 и 39%, а уровень азота мочевины – на 20, 27 и 28% при дозировках 125, 250 и 500 мг/кг соответственно. Фракционное выведение уратов из организма повышается на 30, 64 и 91% соответственно [17]. Важным аспектом при длительной терапии уратных форм МКБ и других нарушений пуринового обмена является безопасность применяемых препаратов. Так, согласно рекомендациям Американской урологической ассоциации, из соображений безопасности в рутинной практике не рекомендуется назначать аллопуринол как терапию первой линии пациентам с уратными камнями [18]. Кроме того, по результатам рандомизированных исследований, вероятность развития хотя бы одного побочного эффекта на фоне приема аллопуринола составляет 36,5–85% [4].

Поэтому важно отметить, что в группе пациентов, получавших Ураликс®, не было зарегистрировано нежелательных явлений. При сопоставлении данного факта с тем, что компоненты комплекса обладают высокой эффективностью, можно рекомендовать Ураликс® в качестве альтернативы аллопуринолу и другим ингибиторам ксантиноксидазы.

Заключение

Снижение уровня мочевой кислоты, в первую очередь вследствие снижения ее образования, играет ключевую роль в долгосрочной стратегии ведения пациентов с уратными формами МКБ, поскольку терапия аллопуринолом и цитратами имеет свои недостатки и ограничения в применении. Препарат Ураликс®, снижая активность ксантиноксидазы, оказывает патогенетический эффект у пациентов с уратным нефролитиазом и может быть рекомендован как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими методами лечения. 🌐

Авторы заявляют
об отсутствии конфликта интересов.
Работа выполнена без финансовой поддержки.

Литература

1. Котова Е.Г., Кобякова О.С., Стародубов В.И. и др. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2022 году: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023.
2. Hoyer D., Atti C., Nuding S., et al. Toxic epidermal necrolysis caused by allopurinol: a serious but still underestimated adverse reaction. Am. J. Case Rep. 2021; 22: e932921.

Согласно Клиническим рекомендациям EAU (2023) и клиническим рекомендациям МЗ РФ по мочекаменной болезни (2020):

Анализ камня проводится во всех случаях эпизода МКБ с целью определения дальнейшей тактики лечения и выбора оптимального метода метафилактики.

КАМЕНЬ КАМНЮ РОЗНЬ! ДЛЯ КАЖДОГО КАМНЯ СВОЙ ПРЕПАРАТ!

Оксалаты?
ОКСАЛИТ



- Снижает уровень оксалатов в суточной моче в 2,4 раза*
- Повышает почечную суточную экскрецию одного из основных низкомолекулярных ингибиторов камнеобразования (магния) на 53,4%*

СГР № RU.77.99.88.003.R.004669.12.21 от 13.12.2021

Фосфаты?
ФОСФАЛИТ



- Связывает фосфаты в кишечнике, препятствуя их всасыванию и избыточному выделению**
- Уменьшает риск образования конкрементов у пациентов с дренажами мочевого системы

СГР № RU.77.99.11.003.R.003903.10.21 от 28.10.2021

Ураты?
УРАЛИКС



- Снижает уровень мочевой кислоты в крови на 26,3% у пациентов с гиперурикемией***
- Уменьшает экскрецию мочевой кислоты на 16,4% (0,94 ммоль/сут) у пациентов с гиперурикемией***

СГР № RU.77.99.88.003.R.004098.11.21 от 12.11.2021

**УСПЕШНАЯ МЕТАФИЛАКТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТАВА КОНКРЕМЕНТА
от компании ЭСЭЙЧ ФАРМА**

Реклама



+7 495 178 0823
info@shpharma.ru
shpharma.ru

*Просьянников М.Ю., Мазуренко Д.А., и др. Экспериментальная и клиническая урология. №4, 2019 – стр.40–46. DOI: 10.29188/2222-8543-2019-11-4-40-46

**Miller D, Taber TE, Hegeman TF. Calcium carbonate powder as a phosphate binder. ASAIO Trans. 1989 Jul-Sep;35(3):322-4.

***Lin Y Phytomedicine. 2018 Mar 1;41:54-61. Chen L, J Ethnopharmacol. 2011 May 17;135(2):399-405.

***Современные возможности терапии нарушений пуринового обмена препаратом, содержащим только растительные компоненты. Кариди М.В., Красняк С.С., Воеводина А.К. Тезис опубликован в качестве материалов XVII Всероссийской Научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2023»

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Для специалистов



3. Proudman C., Lester S.E., Gonzalez-Chica D.A., et al. Gout, flares, and allopurinol use: a population-based study. *Arthritis Res. Ther.* 2019; 21 (1): 132.
4. Castejon I., Toledano E., Rosario M.P., et al. Safety of allopurinol compared with other urate-lowering drugs in patients with gout: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol. Int.* 2015; 35 (7): 1127–1137.
5. Аденурик. Инструкция по медицинскому применению препарата. Версия № ЛП-003746 от 04.07.2023
6. Zhang H.J., Hu Y.J., Xu P., et al. Screening of potential xanthine oxidase inhibitors in *Gnaphalium hypoleucum* DC. by immobilized metal affinity chromatography and ultrafiltration-ultra performance liquid chromatography-mass spectrometry. *Molecules.* 2016; 21 (9): 1242.
7. Nile S.H., Keum Y.S., Nile A.S., et al. Antioxidant, anti-inflammatory, and enzyme inhibitory activity of natural plant flavonoids and their synthesized derivatives. *J. Biochem. Mol. Toxicol.* 2018; 32 (1).
8. Lin Y., Liang W.Q., Hu Y.J., et al. Luteolin-4'-O-glucoside and its aglycone, two major flavones of *Gnaphalium affine* D. Don, resist hyperuricemia and acute gouty arthritis activity in animal models. *Phytomedicine.* 2018; 41: 54–61.
9. Harris G.K., Qian Y., Leonard S.S., et al. Luteolin and chrysin differentially inhibit cyclooxygenase-2 expression and scavenge reactive oxygen species but similarly inhibit prostaglandin-E2 formation in RAW 264.7 cells. *J. Nutr.* 2006; 136 (6): 1517–1521.
10. Shi Y., Williamson G. Quercetin lowers plasma uric acid in pre-hyperuricaemic males: a randomised, double-blinded, placebo-controlled, cross-over trial. *Br. J. Nutr.* 2016; 115 (5): 800–806.
11. Huang J., Zhu M., Tao Y., et al. Therapeutic properties of quercetin on monosodium urate crystal-induced inflammation in rat. *J. Pharm. Pharmacol.* 2012; 64 (8): 1119–1127.
12. Wu X.H., Yu C.H., Zhang C.F., et al. *Smilax riparia* reduces hyperuricemia in mice as a potential treatment of gout. *Am. J. Chin. Med.* 2014; 42 (1): 257–259.
13. Wu X.H., Wang C.Z., Wang S.Q., et al. Anti-hyperuricemia effects of allopurinol are improved by *Smilax riparia*, a traditional Chinese herbal medicine. *J. Ethnopharmacol.* 2015; 162: 362–368.
14. Hou P.Y., Mi C., He Y., et al. Pallidifloside D from *Smilax riparia* enhanced allopurinol effects in hyperuricemia mice. *Fitoterapia.* 2015; 105 (1): 43–48.
15. Wu X.H., Wang C.-Z., Zhang J., et al. Effects of smilaxchinoside A and smilaxchinoside C, two steroidal glycosides from *Smilax riparia*, on hyperuricemia in a mouse model. *Phyther. Res.* 2014; 28 (12): 1822–1828.
16. Wu X.H., Wang C.Z., Zhang J., et al. Riparoside B and timosaponin J, two steroidal glycosides from *Smilax riparia*, resist to hyperuricemia based on URAT1 in hyperuricemic mice. *Phytomedicine.* 2014; 21 (10): 1196–1201.
17. Chen L., Yin H., Yin H., et al. Anti-hyperuricemic and nephroprotective effects of *Smilax china* L. *J. Ethnopharmacol.* 2011; 135 (2): 399–405.
18. Pearle M.S., Goldfarb D.S., Assimos D.G., et al. Medical management of kidney stones: AUA guideline. *J. Urol.* 2014; 192 (2): 316–324.

Results of a Comparative Controlled Trial of the Effectiveness and Safety of the Urate-Lowering Effect of Uralix® in Patients with Urate Urolithiasis

Yu.L. Demidko, PhD¹, M.O. Polozhentseva², S.S. Krasnyak, PhD³

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

² Polyclinic No. 3 of the Federal Security Service of the Russian Federation, Moscow

³ N.A. Lopatkin Research Institute of Urology and Interventional Radiology – branch of the Federal State Budgetary Institution "NMIC of Radiology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Contact person: Stepan S. Krasnyak, krasnyakss@mail.ru

The urate form of urolithiasis is one of the most common forms of purine metabolism disorders. Urate kidney stones occur in 5–10% of all kidney stones. One of the disadvantages of the existing oral therapy of the urate urolithiasis is negative safety profile.

The purpose of the study is to evaluate the effectiveness and safety of the Uralix complex in urate kidney stones treatment.

Material and methods. The study included 120 patients with an established diagnosis of urate urolithiasis. All patients were randomized into 3 groups. The main group (n = 59) received Uralix one capsule (300 mg) once a day for 90 days and dietary recommendations. Control group (n = 28) received 200 mg of allopurinol once a day for 90 days. An additional control group (n = 33) received dietary recommendations to reduce consumption of purine-rich foods. The dynamics of the uric acid level in the blood and the daily urinary excretion of uric acid were analyzed as criteria of effectiveness before and after treatment.

Conclusion. Uralix, reducing the activity of xanthine oxidase, has a pathogenetic effect in patients with urate nephrolithiasis and can be recommended both as monotherapy and in combination with other treatment methods.

Keywords: disorders of purine metabolism, urate urolithiasis, Uralix, xanthine oxidase inhibitors, allopurinol

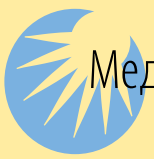


Нужна медицинская книга?
Закажите:

- 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!





Новые возможности фитотерапии в лечении острых и хронических инфекций мочевых путей

В настоящее время инфекции мочевых путей (ИМП) занимают одно из лидирующих мест среди инфекционных заболеваний в мире. Перспективным методом лечения ИМП является применение фитотерапии. В рамках XVIII Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2024» состоялся симпозиум, посвященный современным подходам к профилактике и лечению острых и хронических ИМП с использованием лекарственных средств растительного происхождения. Ведущие российские эксперты представили данные об эффективности и безопасности применения лекарственного препарата Канефрон® Н в лечении неосложненной ИМП.



Профессор, д.м.н.
Р.Э. Амдий

Профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н. Рефат Эльдарович АМДИЙ выступил с сообщением о современных возможностях лечения и профилактики инфекций мочевых путей (ИМП). Он подчеркнул, что в связи с повсеместным ростом антибиотикорезистентности основных уропатогенов все большее внимание привлекают вопросы применения неантибактериальных методов лечения и профилактики ИМП в клинической практике. Накопленные данные свидетель-

Новые старые возможности лечения и профилактики инфекций мочевых путей

ствуют о высоком потенциале фитотерапии, при этом среди средств растительного происхождения важно различать лекарственные препараты и биологически активные добавки (БАД) к пище. В отличие от лекарственных средств БАД предназначены только для восполнения дефицита биологически активных веществ в организме, а не для лечения заболеваний. При внедрении в клиническую практику лекарственного растительного препарата принципиально важное значение имеют такие характеристики, как наличие широкой доказательной базы, основанной на результатах доклинических и клинических исследований; запатентованная методика выделения активного вещества, экстракции и уникальность состава лекарственной молекулы. На сегодняшний день одним из лекарственных фитопрепаратов с наиболее убедительной доказательной базой, высоким профилем безопасности и широким спектром терапевтических эффектов является Канефрон® Н.

В его состав входят золототысячник (*Centaurium erythraea*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Препарат Канефрон® Н разработан в соответствии с высокими стандартами качества, безопасности и терапевтической эффективности. При его создании использовались передовые технологии, основанные на стандартизации, многоступенчатом контроле качества и количества биологических веществ, применении уникального метода экстракции, сохранении активных ингредиентов растительного происхождения. Благодаря входящим в состав препарата активным веществам Канефрон® Н характеризуется широким спектром фармакологического действия на организм. Препарат оказывает диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое действие на органы мочевой системы. Кроме того, Канефрон® Н обладает антимикробным, обезболивающим и нефропротективным эффектами.



Симпозиум компании «Бионорика СЕ»

В настоящее время компоненты фитопрепарата входят в клинические рекомендации Минздрава России «Цистит у женщин» (2021 г.) в качестве лекарственного средства для профилактики и лечения рецидивирующих ИМП, в том числе рецидивирующего хронического цистита¹. В соответствии с разработанным в 2018 г. Национальным руководством по акушерству, Канефрон® Н рекомендован при лечении бессимптомной бактериурии, цистита и пиелонефрита у беременных².

Данные последних исследований позволили расширить спектр показаний для применения препарата Канефрон® Н в форме таблеток и включить острые циститы. Таким образом, препарат показан в комплексной терапии острых и хронических инфекций мочевого пузыря, при инфекционном и неинфекционном хроническом воспалении почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, интерстициальный нефрит), а также в качестве средства профилактики мочекаменной болезни³.

В современных клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов (2023 г.) отмечается, что у пациенток с симптомами неосложненного цистита легкой и средней тяжести при отсутствии факторов риска в качестве альтернативы антибактериальным препаратам может быть рассмотрено назначение симптоматической терапии, в том числе растительным лекарственным препаратом Канефрон® Н^{4,5}.

Профессор Р.Э. Амдий подчеркнул, что современные исследователи уделяют особое внимание вопросам сохранения эффекта препарата Канефрон® Н в профилактике ИМП в условиях изменения восприимчивости микроорганизмов к лечению. Также актуальной задачей является оценка эффективности лекарственных фитопрепаратов в лечении неосложненных ИМП легкой и средней тяжести, профилактики после урологических манипуляций и операций.

В 2005 г. российские эксперты в ходе клинического исследования обнаружили, что добавление препарата Канефрон® Н к антибактериальной терапии в два раза увеличивает безрецидивный период у пациентов с рецидивирующим циститом⁶.

На сегодняшний день получены доказательства сохранения терапевтической эффективности Канефрона Н в комплексном лечении рецидивирующих ИМП. Отмечена положительная тенденция к улучшению эффективности лечения и снижению числа рецидивов в реальной клинической практике в группе пациентов с неосложненным циститом легкой и средней тяжести, получающих в комплексе с антибактериальной терапией Канефрон® Н.

Немецкими учеными было проведено ретроспективное когортное исследование, основанное на анализе историй болезни из базы данных пациентов с неосложненной ИМП. Проанализированы данные о реальной клиниче-

ской практике применения Канефрона Н в Германии в течение года. Было отобрано 2320 пациентов, которые применяли Канефрон® Н, и 158 592 пациента, получавших стандартную антимикробную терапию⁷.

По данным исследования, назначение фитопрепарата было связано с меньшим количеством рецидивов ИМП, а также с уменьшением количества дополнительных назначений антибактериальных препаратов в течение периода наблюдения по сравнению с группой, получавшей антибиотики. В группе пациентов, получавших лечение Канефроном Н, через год после терапии отмечено снижение частоты эпизодов ИМП на 61,3%, рецидивирующих ИМП – на 35,1–39,8%, а также снижение назначения антибактериальных препаратов на 40,1%. Более того, между группами, принимавшими Канефрон® Н и антибиотики, не наблюдалось существенных различий в отношении длительности заболевания (оформления листа нетрудоспособности в течение трех дней). Исследователи пришли к выводу, что Канефрон® Н является эффективным и безопасным симптоматическим средством для лечения ИМП, которое можно рассматривать как альтернативу антибиотикотерапии.

Докладчик подчеркнул, что для применения препарата Канефрон® Н при остром цистите в качестве монотерапии существуют ограничения, отраженные в инструкции лекарственного средства и российских клинических реко-

¹ Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ № 14 «Цистит у женщин» 2021 г. Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru).

² Акушерство: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

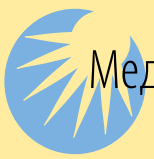
³ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Канефрон® Н (таблетки, покрытые оболочкой) от 03.07.2023.

⁴ Bonkat G., Bartoletti R., Bruyere, T., Cai T., et al. EAU Guidelines on Urological Infections, 2023. Available from: EAU-Guidelines-on-Urological-infections-2023.pdf (d56bochluxqz.cloudfront.net).

⁵ Wagenlehner F.M., Abramov-Sommariva D., Höller M., et al. Non-antibiotic herbal therapy (BNO 1045) versus antibiotic therapy (fosfomycin trometamol) for the treatment of acute lower uncomplicated urinary tract infections in women: a double-blind, parallel-group, randomized, multicentre, non-inferiority phase III trial. Urol. Int. 2018; 101 (3): 327–336.

⁶ Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон® Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей. Врачебное сословие. 2005; 4 (5): 1–4.

⁷ Höller M., Steindl H., Abramov-Sommariva D., et al. Treatment of urinary tract infections with Canephron® in Germany: a retrospective database analysis. Antibiotics (Basel). 2021; 10 (6): 685.



В связи с повсеместным ростом антибиотикорезистентности основных уропатогенов все большее внимание привлекают вопросы применения неантибактериальных методов лечения и профилактики ИМП в клинической практике. Накопленные данные свидетельствуют о высоком потенциале фитотерапии, при этом среди средств растительного происхождения важно различать лекарственные препараты и биологически активные добавки к пище

мендациях. Так, монотерапию препаратом Канефрон® Н не проводят пациентам с осложненной ИМП (нарушения оттока мочи, нейрогенные расстройства мочеиспускания, аномалии развития мочеполовой системы, сахарный диабет, почечная недостаточность, катетеры в мочевых путях), а также во время беременности.

В современной клинической практике фитопрепараты успешно используют для профилактики ИМП при урологических манипуляциях. В исследовании польских авторов оценивали эффективность Канефрона Н в профилактике ИМП у женщин из группы высокого риска, которым проводились уродинамические исследования (возраст старше 70 лет, объем остаточной мочи более 100 мл, нейрогенные дисфункции нижних мочевых путей, пролапс тазовых органов, рецидивирующие ИМП). Участницы исследования после урологической манипуляции получали однократную пероральную дозу фосфомицина или Канефрон® Н. В результате статистических различий в частоте ИМП между обеими группами лечения обнаружено не было. Таким образом, установлено, что

профилактика ИМП с помощью фитопрепарата после урологических манипуляций у пациенток группы высокого риска может рассматриваться как альтернатива антибактериальным препаратам⁸. По данным российских авторов, применение препарата Канефрон® Н у мужчин в возрасте 30–83 лет с цистостомическим дренажем и ИМП приводило к исчезновению лейкоцитурии через две недели лечения у 30% пациентов, снижению кристаллурии – у 35%, а к концу курса – у 55% пациентов. Установлено, что применение данного растительного препарата позволяет повысить эффективность терапии ИМП у пациентов с цистостомой⁹.

Также профессор Р.Э. Амдий представил клинический случай из своей практики. Пациентка 61 год с острой послеоперационной задержкой мочи. Диагноз: «рак шейки матки». Проведена экстирпация матки с придатками и лимфодиссекция (операция Вертгейма). После удаления катетера в послеоперационном периоде мочеиспускание не восстановилось, повторно установлен катетер. На седьмые сутки проведена повторная попытка уда-

ления катетера – мочеиспускание снова не восстановилось, отсутствовал позыв на мочеиспускание. Пациентка была выписана со следующими рекомендациями: прием нейромидина, тренировка мочевого пузыря, при отсутствии восстановления мочеиспускания – интермиттирующая катетеризация. Однако пациентка категорически отказалась от интермиттирующей катетеризации.

Через четыре недели после установки уретрального катетера Фолея у пациентки появились жалобы на жжение, рези, отделяемое из уретры. Выделения из влагалища отсутствовали, повышения температуры тела не наблюдалось. Больной сменили катетер Фолея, назначили фуразидин. При этом она продолжала отказываться от проведения самокатетеризации. В связи с этим для восстановления мочеиспускания применили комплекс мероприятий с использованием системы экстракорпоральной магнитной стимуляции «Авантрон» (Россия), тамсулозина (Омник Окас), ипидакрина и тиббиальной стимуляции. Для профилактики ИМП пациентка принимала Канефрон® Н по 40 капель три раза в день. Ей был установлен уретральный катетер.

После месяца лечения у пациентки отсутствовали эпизоды рецидивов ИМП, появился позыв к мочеиспусканию на 400–500 мл. После попытки удалить катетер у пациентки после первого мочеиспускания зафиксировано 490 мл остаточной мочи, при втором мочеиспускании – 60 мл. Терапию продолжили в течение трех месяцев. Смена катетера происходила каждый месяц. Пациентка продолжала принимать Канефрон® Н в качестве профилактики ИМП. На фоне лечения рецидивов ИМП отмечено не было. У больной появились по-

⁸ Miotla P., Wawrysiuk S., Naber K., et al. Should we always use antibiotics after urodynamic studies in high-risk patients? Biomed. Res. Int. 2018; 2018: 1607425.

⁹ Попов С.В. Современные принципы лечения и профилактики катетерассоциированных инфекций мочевых путей у больных с нейрогенными расстройствами мочеиспускания. Лечащий врач. 2011; 8: 18–21.



Симпозиум компании «Бионорика СЕ»

звы к мочеиспусканию при объеме содержимого мочевого пузыря 200–300 мл. На третий месяц катетер был удален. Самостоятельное мочеиспускание у пациентки восстановилось.

В заключение профессор Р.Э. Амдий отметил, что использование фитотерапии при лечении и профилактики ИМП – одна из ак-

туальных опций снижения антибиотикорезистентности. При планировании эффективности лечения важно понимать особенности применяемых средств фитотерапии. Нельзя экстраполировать результаты, полученные при исследовании одного лекарственного растительного препарата, на другое средство

схожего состава из-за различий в количестве биологически активных веществ и особенностей экстракции. «Применение фитотерапии с использованием препарата Канефрон® Н при ИМП обосновано с позиции доказательной медицины и, что крайне важно, фактического опыта применения», – подчеркнул докладчик.

Сахарный диабет и инфекции мочевыводящих путей: новые возможности терапии

Доклад представила профессор кафедры неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н. Оксана Васильевна ЦЫГАНКОВА. Как отметила лектор, поиск оптимального подхода к лечению и профилактике ИМП у больных с нарушениями углеводного обмена – актуальная задача для практических специалистов как в области эндокринологии, так и урологии.

Современные алгоритмы лечения пациентов с сахарным диабетом второго типа (СД 2) включают несколько групп сахароснижающих препаратов: глифлозины (ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера второго типа (SGLT-2)), глиптины (ингибиторы дипептидилпептидазы-4), глутиды (агонисты глюкагоноподобного пептида 1), глитазоны (тиазолидиндионы).

При ведении пациентов с СД 2 необходимо учитывать особенности показателей лабораторных анализов мочи на фоне сахароснижающей терапии. Так, при лечении ингибиторами SGLT-2 (глифлозинами) у пациентов с СД 2 и целевыми показателями гликемии в общем анализе мочи может определяться высокий уровень глюкозы. Это связано с механизмом действия данного класса

препаратов, которые уменьшают реабсорбцию глюкозы в проксимальных канальцах почек, усиливая глюкозурию у пациентов с СД 2. Поэтому хроническая глюкозурия на фоне приема ингибиторов SGLT-2 не является тревожным сигналом. Более того, накоплен практический опыт, который показывает, что определять глюкозу в моче у пациента с верифицированным диагнозом СД не имеет смысла.

Глифлозины, или ингибиторы SGLT-2, широко применяются в клинической практике. Дапаглифлозин обладает комплексной кардиоренальной защитой, что доказано на большой популяции пациентов. Препарат показан взрослым с хронической сердечной недостаточностью, СД 2 и хронической болезнью почек (ХБП). Эмпаглифлозин также имеет новое показание к применению у пациентов с ХБП. Он предназначен для взрослых пациентов с ХБП для снижения риска прогрессирования заболевания (устойчивого снижения расчетной скорости клубочковой фильтрации, наступления терминальной стадии ХБП и смерти по причине почечной патологии) или сердечно-сосудистой смерти, а также снижения госпитализации по любой причине.

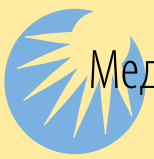
С каждым годом позиции препаратов из класса ингибиторов SGLT-2 укрепляются. На сегодняшний день их можно отнести не

просто к сахароснижающим препаратам, а к препаратам с плейотропным сахароснижающим эффектом.

Схема сахароснижающей терапии зависит от наличия у пациента с СД 2 симптомов, свидетельствующих о высоком риске или выявленных атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и хронической сердечной недостаточности. Больным СД 2 с высоким сердечно-сосудистым риском и выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями и ХБП назначают глифлозины. Профессор О.В. Цыганкова подчеркнула необходимость учитывать высокую частоту развития рецидивов ИМП у пациентов, принимающих ингибиторы SGLT-2. Важно отметить, что в инструкции к препаратам из класса ингибиторов SGLT-2 наличие рецидивирующей ИМП не является строгим противопоказанием. Пациентам с ИМП рекомендуется применять препараты этого класса с осторожностью. Безусловно, для выбора методов лечения таких пациен-



Профессор, д.м.н.
О.В. Цыганкова



Канефрон® Н может использоваться в составе комплексной терапии у пациенток с СД 2 и рецидивирующим циститом, принимающих ингибиторы SGLT-2, в качестве профилактического и лечебного средства длительностью не менее трех месяцев. Противорецидивный эффект препарата в отношении циститов сохраняется как минимум три месяца после окончания курса терапии

тов необходим индивидуальный подход с учетом риска и пользы применяемой терапии.

В ряде крупных клинических исследований оценивали влияние терапии глифлозинами на риск развития почечных и сердечно-сосудистых исходов у пациентов с СД 2 и ХБП. Установлено, что на фоне приема дапаглифлозина частота развития ИМП (пиелонефрита, цистита) у большинства пациентов с ХБП статистически значимо не отличалась от группы плацебо¹⁰. В другом исследовании проанализировали данные о безопасности и переносимости эмпаглифлозина у пациентов с СД 2. Доля пациентов с событиями, ассоциированными с инфекциями верхних мочевых путей, была аналогична для групп плацебо и эмпаглифлозина. При этом среди пациентов, принимавших эмпаглифлозин, было больше лиц с генитальными инфекциями и циститами по сравнению с плацебо (4% в сравнении с 1%). Оба типа событий чаще встречались у женщин и у пациентов с инфекциями в анамнезе.

Докладчик подчеркнула, что хронический воспалительный процесс, развивающийся при

ИМП, значительно ухудшает качество жизни больных СД 2, а также затрудняет назначение сахароснижающей терапии ингибиторами SGLT-2. В связи с глобальной проблемой антибиотикорезистентности перспективным направлением является поиск препаратов растительного происхождения для профилактики развития ИМП у больных СД 2, принимающих глифлозины. Профессор О.В. Цыганкова представила результаты проспективного рандомизированного исследования влияния лекарственного растительного препарата на частоту обострений цистита и метаболические параметры у пациенток с СД 2, принимающих глифлозины. В исследовании участвовали 60 женщин с СД 2 и рецидивирующим циститом, принимавших глифлозины. Эффективность лечения оценивали по таким параметрам, как частота рецидивов цистита; уровень альбуминурии; динамика уровней продукта перекисного окисления липидов – малонового диальдегида в ЛПНП¹¹. Больных рандомизировали на две группы: основная группа в дополнение к сахароснижающей терапии глифлозинами в течение

трех месяцев принимала препарат Канефрон® Н перорально по две таблетки три раза в день, группа сравнения – только глифлозин. Результаты исследования продемонстрировали, что в течение трех месяцев в группе пациентов, получавших в составе терапии Канефрон® Н, наблюдалось уменьшение частоты рецидивирующих циститов в 2,5–3 раза по сравнению с группой сравнения. Кроме того, на фоне терапии Канефроном Н выявлено уменьшение микроальбуминурии, а также снижение уровня малонового диальдегида. Таким образом, в ходе исследования отмечен положительный эффект растительного препарата Канефрон® Н на снижение частоты обострений хронического цистита, нефропротективное действие и благоприятный эффект на липидный профиль пациентов с СД 2. Полученные данные позволяют сделать вывод, что Канефрон® Н может использоваться в составе комплексной терапии у пациенток с СД 2 и рецидивирующим циститом, принимающих ингибиторы SGLT-2, в качестве профилактического и лечебного средства длительностью не менее трех месяцев. Противорецидивный эффект препарата в отношении циститов сохраняется как минимум три месяца после окончания курса терапии.

В заключение профессор О.В. Цыганкова отметила: «Сопроводительная терапия препаратом Канефрон® Н обеспечивает возможность длительного приема глифлозинов, реализующих множественные положительные кардионефропротективные эффекты и увеличивающих продолжительность жизни пациентов с СД 2, а также способствует снижению риска рецидивов ИМП».

¹⁰ Heerspink H.J.L., Stefánsson B.V., Correa-Rotter R., et al. Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N. Engl. J. Med.* 2020; 383 (15): 1436–1446.

¹¹ Цыганкова О.В., Евдокимова Н.Е., Тимошенко О.В., Латынцева Л.Д. Влияние лекарственного растительного препарата на частоту обострений цистита и метаболические параметры у пациенток с диабетом 2-го типа, принимающих глифлозины. *Терапевтический архив.* 2023; 95 (8): 664–669.

ПРИ ЦИСТИТЕ И МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ



Включен
в клинические
рекомендации
МЗ РФ¹

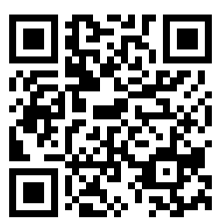


Bionorica®

Канефрон® Н

Золототысячника трава + Любистока
лекарственного корень + Розмарина
обыкновенного листья
При заболеваниях почек и
мочевыводящих путей

60 таблеток, покрытых
оболочкой



www.canephron.ru

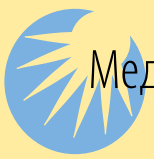
Канефрон® Н

- Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании²
- Помогает сократить количество рецидивов ИМП² *
- Препятствует образованию мочевых камней^{3, 4}

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ГЕРМАНИИ

* Инфекции мочевыводящих путей. 1. КР14. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон® Н в лечении и профилактики инфекций мочевых путей. Врачебное сословие. 2005. №4–5. С. 1–4. 3. Давидов М.И., Игошев А.М. Роль фитотерапии в метафилактике мочекаменной болезни после дистанционной литотрипсии. ЭиК урология. 2018. №4. С. 64–73. 4. Руденко В.И., Демидко Ю.Л., Амосов А.В., Григорян В.А., Демидко Л.С. Клиническое значение применения препарата Канефрон® Н у больных мочекаменной болезнью. Урология. 2019. №2. С. 15–20. РУ: П N014244/02 от 29.12.2011. РЕКЛАМА. Рекламодатель ООО «Бионорика» (ИНН 7729590470).

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.



Новые препараты для метафилактики камней почек

Актуальность эффективной метафилактики мочекаменной болезни (МКБ) обусловлена ростом заболеваемости и высоким процентом рецидивирования. Возможностям персонального подхода к метафилактике МКБ с помощью продуктов линии Литура® был посвящен симпозиум «Новые препараты для метафилактики камней почек», состоявшийся при поддержке компании «СиЭсСи» в рамках XVIII Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2024» (Москва, 1 февраля 2024 г.).



Д.м.н.
М.Ю. Просьянников

В XXI веке отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ). По данным, представленным заведующим отделением мочекаменной болезни и эндоскопической урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, д.м.н. Михаилом Юрьевичем ПРОСЯННИКОВЫМ, в период с 2020 по 2022 г. прирост заболеваемости МКБ в Российской Федерации составил 3,5%. На долю больных МКБ приходится 60% всех экстренных госпитализаций в урологические отделения. В клинических рекомендациях Российского общества уроло-

Мочекаменная болезнь в XXI веке: вызовы и возможности

гов и Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology, EAU) приведены показания к хирургическому удалению камней. В то же время тактика лечения небольших бессимптомных камней, не нарушающих уродинамику, не определена. Нет единого мнения о продолжительности динамического наблюдения, сроках и типе вмешательства. Сегодня для лечения МКБ применяются ретроградная интратенальная хирургия, перкутанная нефролитолапаксия, дистанционная нефролитотрипсия. Но даже использование современных технологий не всегда предотвращает развитие рецидива заболевания. Согласно данным исследований, вероятность рецидива МКБ через один год после удаления составляет 2,5%, через 5 лет – 30–50%, через 10 лет – 50–80%.

Одна из причин неудачи в лечении МКБ заключается в низкой приверженности пациентов к метафилактике. Это связано с тем, что течение хронических заболеваний, к которым относится и МКБ, малосимптомно, а также с необходимостью в длительном приеме профилактических

средств. Поэтому основные усилия по повышению приверженности пациентов должны быть направлены на их информированность о факторах риска, возможности осложнений, прогнозе заболевания. В собственном исследовании по оценке приверженности пациентов к метафилактике МКБ было установлено, что для того, чтобы предупредить развитие рецидива, 76,5% пациентов готовы посещать уролога каждые три месяца, более 94% – изменить стереотип питания и образ жизни¹.

Изначально в основе генеза любого хронического неинфекционного заболевания лежат нарушение обмена веществ и локальная эндотелиальная дисфункция, после чего на первый план выходит какое-либо из метаболических заболеваний, а остальные находятся в подострой фазе. Неслучайно формирование мочевых камней и прогрессирование МКБ сопряжены с риском развития ряда патологических состояний.

Согласно тайваньскому исследованию, у пациентов, перенесших эпизод МКБ, увеличивался риск развития опухолей различной локализации. Так, например,

¹ Просьянников М.Ю., Сивков А.В., Константинова О.В. и др. Приверженность пациентов к метафилактике мочекаменной болезни. Экспериментальная и клиническая урология. 2022; 15 (2): 54–65.



риск рака почки возрастал в четыре раза, рака мочевого пузыря – в три раза, рака щитовидной железы – в два раза. В китайском исследовании было показано, что у перенесших МКБ пациентов на 38% увеличивается риск развития инфаркта миокарда. При этом терапия аллопуринолом, тиазидными или калийсберегающими диуретиками, альфа-блокаторами позволяла снизить вероятность инфаркта миокарда и его осложнений.

Известно, что процесс формирования мочевых камней происходит вследствие нарушения уродинамики, перенасыщения раствора мочи, генетической вариабельности, наличия мочевой инфекции, нарушения уровня рН мочи, увеличения количества промоторов камнеобразования. В настоящее время наиболее актуальными считаются две теории камнеобразования: теория свободной частицы (гиперэкскреция, перенасыщение, кристаллизация) и теория фиксированных частиц (повреждение эпителия канальцев).

В обновленной версии клинических рекомендаций Минздрава России по лечению МКБ у взрослых (2023), представленной для общественного обсуждения, отдельный пункт посвящен метафилактике МКБ. В нем указано, что образование камней в почках является результатом метаболических нарушений в виде гиперэкскреции с мочой комплекса камнеобразующих веществ, сдвигов рН мочи, низкого диуреза, сбоя гормональной регуляции и т.д. Метафилактика в зависимости от типа литогенных нарушений и применяемой терапии позволяет снизить риск рецидива камнеобразования примерно на 50%, что влечет за собой снижение на 41% вероятности госпитализации и на 23% – вероятности оперативного вмешательства по поводу МКБ.

Метафилактика в зависимости от типа литогенных нарушений и применяемой терапии позволяет снизить риск рецидива камнеобразования примерно на 50%, что влечет за собой снижение на 41% вероятности госпитализации и на 23% – вероятности оперативного вмешательства по поводу МКБ

Согласно рекомендациям Американской урологической ассоциации (American Urological Association, AUA-2014), в первую очередь необходимо оценить стереотип питания пациента. Докладчик привел данные о том, что развитие мочекаменной болезни на 57% зависит от питания². Современные технологические возможности позволяют использовать более удобные и простые инструменты по сравнению с устаревшим дневником питания. В Институте урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина стереотип питания у пациента оценивают с помощью электронного анкетирования, в результате врач получает уже агрегированные данные. Следующий этап диагностики предполагает оценку биохимического анализа крови и суточной мочи. После этого проводится определение химического состава камня.

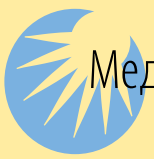
Среди метаболических литогенных нарушений пальму первенства удерживает нарушение рН мочи, на долю которого приходится 80–90% случаев. Реакция мочи, кислотная или щелочная, считается значимым фактором кристаллизации и роста камней. Кислотно-щелочное равновесие мочи во многом зависит от стереотипа питания.

Следует отметить, что рН есть десятичный отрицательный логарифм концентрации ионов водорода. Концентрация протонов

водорода при рН 5 в 10 раз больше, чем при рН 6. Собственное исследование показало, что при уровне рН мочи 5,6–5,8 экскреция кальция в 1,5–2 раза выше, чем при рН 5,4–5,5. Для определенных отклонений рН мочи характерно образование тех или иных видов мочевых камней. Согласно систематическому обзору 2013 г., коррекция уровня рН снижает вероятность рецидива камнеобразования на 75%. Для подщелачивания мочи в настоящее время могут использоваться, например, цитраты, для подкисления – L-метионин и др.

По мнению докладчика, особого внимания заслуживают продукты линии Литура® (Lit-Control®), действие которых направлено на нормализацию уровня рН мочи в сочетании с ингибированием процессов кристаллизации. Средство Литура® Ур повышает уровень рН, ингибируя кристаллизацию мочевой кислоты. Литура® Down снижает уровень рН, ингибируя кристаллизацию струвитов. Литура® Balance применяется при нормальных значениях рН мочи для ингибирования процессов кристаллизации кальций-оксалатов. Линия данных средств позволяет обеспечить врачу и пациенту персональный подход к метафилактике МКБ. В настоящее время продукты линии Литура® представлены более чем в 50 странах мира.

² Ferraro P.M., Taylor E.N., Gambaro G., Curhan G.C. Dietary and lifestyle risk factors associated with incident kidney stones in men and women. J. Urol. 2017; 198 (4): 858–863.



Хуан М. Лопез

Несмотря на внедрение уникальных технологий, повышающих эффективность хирургических вмешательств, метафилактика МКБ остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. По словам руководителя отделения мочекаменной болезни урологического подразделения Клинической больницы Барселоны Хуана М. ЛОПЕЗА (J.-M. Lopez), риск образования камней в почках сопряжен со снижением качества жизни пациентов, а рецидивы МКБ повышают риск развития терминальной стадии почечной недостаточности. Основные цели профилактики повторного образования камней в почках фокусируются на трех важных аспектах: снижение концентрации различных элементов, из солей которых формируются кристаллы и образуются камни; изменение pH мочи с целью уменьшения риска образования различных типов камней в почках; повышение содержания в моче ингибиторов камнеобразования³. Кальций-оксалатные камни являются наиболее распространенным видом камней почек, достигая

Метафилактика кальций-оксалатных камней

80% встречаемости. Образование кальций-оксалатных камней в почках может быть остановлено с помощью снижения концентрации кальция и оксалатов и повышения содержания естественных ингибиторов камнеобразования в моче.

У лиц с кальций-оксалатными камнями в анализе суточной мочи чаще всего определяются гиперкальциурия и гипоцитратурия. Традиционно гиперкальциурия корректируется приемом тиазида, гипоцитратурия – приемом цитратов.

Однако традиционное лечение бывает недостаточно эффективным. Кроме того, терапия тиазидом и цитратами имеет ограничения, связанные с рядом побочных эффектов. Например, при приеме тиазида могут развиваться гипотензия, повышение концентрации глюкозы в крови у больных сахарным диабетом, гиперкалиемия и гиперкальциемия. При использовании калия цитрата зачастую развиваются расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), до 30% случаев, повышается уровень калия в крови, что неблагоприятно при наличии сердечной и почечной недостаточности, возрастает риск образования инфекционных или кальций-фосфатных камней при чрезмерном защелачивании мочи. Важно, что рецидивы камнеобразования могут встречаться и при нормальных результатах исследований обмена веществ, а также на фоне использования правильно подобранной терапии. Все это означает, что необходимы новые терапевтические опции. Примером

такой опции является применение такого нового ингибитора кристаллизации, как фитиновая кислота.

Фитиновая кислота (инозитол гексафосфат) – это органическая кислота с шестью атомами фосфора, которая присутствует в кожуре злаков и бобовых. Фитин представляет собой хелат двухвалентных катионов, поэтому он может связывать ионы кальция, в том числе в моче.

Первым исследованием, показавшим взаимосвязь между богатой фитиновой кислотой диетой и снижением образования камней в почках, было популяционное исследование М. Modlin и соавт. 1957 г. среди 520 пациентов с камнями в почках из Южной Африки⁴. В последующем исследовании 1980 г. М. Modlin вновь подтвердил гипотезу о наличии связи диеты, богатой фитатами (т.е. солями фитиновой кислоты), с более низким риском образования камней в почках⁵. Длительное время масштабных исследований по изучению этого вопроса не проводилось. И в 2004 г. стали доступны результаты восьмилетнего проспективного исследования Nurses' Health Study II (n = 96 245), которые в очередной раз подтвердили наличие данной взаимосвязи.

F. Grases и соавт. (2000) в клиническом исследовании показали благоприятное влияние диетического потребления фитатов на содержание фитиновой кислоты в моче⁶. «Это означает, что мы можем изменить концентрацию фитиновой кислоты в моче при помощи пищевых добавок,

³ Khan S.R., Pearle M.S., Robertson W.G., et al. Kidney stones. Nat. Rev. Dis. Primers. 2016; 25 (2): 16008.

⁴ Modlin M. Urinary ionized calcium and renal stone. An interracial study. J. Urol. 1967; 97 (4): 567–572.

⁵ Modlin M. Urinary phosphorylated inositols and renal stone. Lancet. 1980; 2 (8204): 1113–1114.

⁶ Grases F, Costa-Bauzá A., Königsberger E., Königsberger L.C. Kinetic versus thermodynamic factors in calcium renal lithiasis. Int. Urol. Nephrol. 2000; 32: 19–27.

⁷ Saw N.K., Rao P.N., Kavanagh J.P. A nidus, crystalluria and aggregation: key ingredients for stone enlargement. Urol. Res. 2008; 36 (1): 11–15.

⁸ Guimerà J, Martínez A., Bauza J.L., et al. Effect of phytate on hypercalciuria secondary to bone resorption in patients with urinary stones: pilot study. Urolithiasis. 2022; 50 (6): 685–690.



содержащих фитаты», – пояснил Х.-М. Лопез.

Исследование N.K. Saw и соавт. (2008), проведенное в лабораторных условиях, продемонстрировало способность фитатов оказывать антилитогенное действие на всех трех этапах формирования кристаллов оксалата кальция: фитат снижал перенасыщение кальцием искусственной мочи, уменьшал образование кристаллов оксалата кальция, замедлял их рост и агрегацию⁷.

В январе 2022 г. на ежегодной конференции Испанской урологической ассоциации J. Guimerà и соавт. представили результаты пилотного клинического исследования, которое было посвящено оценке влияния фитатов на гиперкальциурию, вторичную по отношению к резорбции кости, у пациентов с мочевыми камнями⁸. Согласно полученным результатам, при добавлении фитиновой кислоты в рацион питания пациентов с нефролитиазом и гиперкальциурией концентрация кальция в моче существенно снижалась, как и снижался уровень маркера резорбции костной ткани β -cross laps. Последнее означает, что фитаты могут улучшать состояние костной ткани у данной категории пациентов.

Таким образом, было показано, что применение пищевой добавки, содержащей фитаты, у пациентов с кальциевыми камнями и гиперкальциурией позволяет уменьшить концентрацию кальция в моче и, соответственно, снизить риск рецидива МКБ.

В связи с этим компания Devicare предлагает использовать биологически активную добавку к пище Литура® Balance в качестве первой линии профилактики рецидива МКБ у пациентов с кальциевыми камнями. Литура® Balance инги-

В последние десятилетия распространенность камнеобразования в почках возрастает, а современные методы лечения имеют ограниченные возможности.

Популяционные исследования демонстрируют связь диеты, богатой фитатами, с более низким риском образования камней в почках.

Доказан положительный эффект фитатов в отношении предотвращения образования кальциевых камней без изменения pH мочи *in vitro* и на снижение концентрации кальция в моче *in vivo*.

Диетические добавки с добавлением фитатов позволяют повысить концентрацию фитиновой кислоты в моче и снизить перенасыщение кальцием мочи.

Ингибирующие свойства фитата в отношении процессов кристаллизации солей кальция усиливаются при комбинации с магнием

бирует кристаллизацию солей кальций-оксалатного комплекса, не изменяя pH мочи. В одной капсуле содержится 300 мг фитиновой кислоты и 55 мг магния. Схема приема: внутрь по одной капсуле утром и вечером.

В ряде исследований было показано, что применение Литура® Balance более эффективно и безопасно по сравнению с цитратом калия в метафилактике кальций-оксалатных камней^{9, 10}.

Резюмируя сказанное, Х.М. Лопез сформулировал следующие выводы:

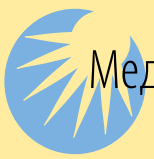
- в последние десятилетия распространенность камнеобразования в почках возрастает, а современные методы лечения имеют ограниченные возможности;

- популяционные исследования демонстрируют связь диеты, богатой фитатами, с более низким риском образования камней в почках;
- доказан положительный эффект фитатов в отношении предотвращения образования кальциевых камней без изменения pH мочи *in vitro*¹¹ и на снижение концентрации кальция в моче *in vivo*⁸;
- диетические добавки с добавлением фитатов позволяют повысить концентрацию фитиновой кислоты в моче и снизить перенасыщение кальцием мочи;
- ингибирующие свойства фитата в отношении процессов кристаллизации солей кальция усиливаются при комбинации с магнием.

⁹ Conte A., Pizá P., García-Raja A. Urinary lithogen risk test: usefulness in the evaluation of renal lithiasis treatment using crystallization inhibitors (citrate and phytate). Arch. Esp. Urol. 1999; 52 (1): 94–99.

¹⁰ Grases F., Rodríguez A., Costa-Bauza A. Efficacy of mixtures of magnesium, citrate and phytate as calcium oxalate crystallization inhibitors in urine. J. Urol. 2015; 194 (3): 812–819.

¹¹ Hsu Y.-C., Lin Y.-H., Shiau L.-D. Effects of various inhibitors on the nucleation of calcium oxalate in synthetic urine. Crystals. 2020; 10 (4): 333.



Хуан Антонио
Галан

Руководитель отделения урологии Университетской больницы общего профиля Аликанте, член правления секции мочекаменной болезни Европейского общества урологов Хуан Антонио ГАЛАН (Juan Antonio Galan) сфокусировал свой доклад на значении регулирования pH мочи в метафилактике уратных камней, а также поделился результатами исследования Prevent-Lit о возможности применения нутрицевтиков для изменения уровня pH мочи. Как известно, образование камней в почках – это результат дисбаланса между стимуляторами (кальций, мочевая кислота, бактерии, белки, макромолекулы, оксалат) и ингибиторами камнеобразования (цитрат, фитат, магний, теобромин), определяющих состав мочи, а также двух других факторов – уровня pH мочи и времени, в течение которого моча находится в верхних мочевых путях. В течение суток отмечаются разные значения pH мочи, и его уровень зависит от ряда факторов: особенностей диеты, употребления лекарственных препаратов, наличия генетических и метаболических заболеваний. Однако некоторые состояния могут приводить к стойкому изменению уровня pH мочи. Например,

Метафилактика мочекишлого нефролитиаза

у пациентов с избыточной массой тела и инсулинорезистентностью (метаболическим синдромом) наблюдается низкий уровень pH мочи вследствие снижения экскреции аммония и подкисления мочи в проксимальных канальцах. Низкий уровень pH мочи, способствующий формированию мочекишлых камней, может быть также обусловлен рядом других факторов: приемом лекарственных препаратов, болезнью Крона, язвенным колитом, потерей щелочей и жидкости, усиленными фитнес-тренировками, лактацидозом.

Низкие значения pH мочи являются наиболее важным фактором образования камней мочевой кислоты. Мочевая кислота (МК) – это слабая органическая кислота с константой ионизации 5,5, при уровне pH 5,5 и ниже МК кристаллизуется.

Перенасыщение мочи МК, необходимое для камнеобразования, сильно зависит от pH мочи, объема мочи и экскреции МК. Наибольший риск камнеобразования отмечается при уровне pH < 5,5, малых объемах суточной мочи (0,5–1 л), повышенном синтезе МК (до 1000 мг/сут). Образование уратных камней происходит в так называемом кислотном диапазоне при среднем уровне pH 5,3–5,4.

В распоряжении врачей имеется ряд подщелачивающих препаратов – цитрат калия, цитрат натрия, бикарбонат натрия и др. Согласно опубликованному испанскими исследователями в 2024 г. обзору специфического лечения МКБ¹², дозы цитрата калия или бикарбоната натрия следует корректировать в зависимости от уровня pH. Целевой

уровень pH для подщелачивающих средств при проведении профилактики и лечения МКБ различается.

Цитратные смеси, включая калия цитрат, используются для профилактики и лечения уратных камней уже более 40 лет. За это время накопилось достаточно сведений о риске побочных эффектов со стороны ЖКТ на фоне его применения, о способности цитратов повышать pH мочи, в том числе при защелачивании перенасыщать ее фосфатом кальция. По данным F. Coe и соавт. (2011), если pH мочи и, следовательно, перенасыщение фосфатами повышаются, образование камней и их агрегация могут усиливаться¹³. Между тем систематический обзор 2019 г. по оценке методов подщелачивания и мониторинга pH мочи для метафилактики мочекишлого уролитиаза продемонстрировал отсутствие описания каких-либо отдаленных результатов подщелачивающей терапии цитратами.

Лектор в своем докладе обратил внимание на новые данные относительно теобромина – природного диметилксантина, который присутствует в больших количествах в какао. Он широко используется в пульмонологии и кардиологии. Не так давно была определена способность теобромина блокировать кристаллизацию МК.

F. Grases и его коллеги из Университета Майорки являются одной из наиболее активных групп, исследующих влияние теобромина на кристаллизацию уратов. Согласно полученным в ходе исследования данным, теобромин действует как ингибитор кристаллизации МК и имеет высокий

¹² Segall M., Mousavi A., Eisner B.H., Scoland K. Pharmacologic treatment of kidney stones: current medication and pH monitoring. *Actas Urol. Esp.* (Engl. Ed.). 2024; 48: 11–18.

¹³ Coe F.L., Evan A., Worcester E. Pathophysiology-based treatment of idiopathic calcium kidney stones. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 2011; 6 (8): 2083–2092.



клинический потенциал в лечении и профилактике мочекишечного нефролитиаза¹⁴. В исследовании было показано, что более высокие концентрации теобромина сильнее замедляли скорость кристаллизации МК. Также теобромин при повышении pH мочи всего на 0,15 замедлял время кристаллизации мочевой кислоты примерно в 12 раз. В связи с этим сочетание теобромина с цитратами представляется целесообразным, благодаря синергетическому действию данных компонентов.

В рамках клинического исследования сочетание теобромина с калий-магниевым цитратом в сравнении с применением только цитрата снижало риск кристаллизации уратов на 30%, что позволило сделать вывод о большей эффективности в профилактике и растворении уратов¹⁵. Теобромин вместе с цитратом калия и магния входит в состав продукта Литура® Ур.

В одном из исследований эффективности использования Литура® Ур для растворения уратов в 2022 г. описан клинический случай пациента 89 лет с уратным камнем 2 × 3 см в правой лоханке, имеющего несколько сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия и др.) и высокий анестезиологический риск. Пациент принимал Литура® Ур по четыре капсулы в день в течение трех месяцев. Данная схема способствовала полному растворению камня, после чего пациент был переведен на прием Литура® Ур в поддерживающей дозировке – две капсулы в день^{16*}. Авторы сделали вывод, что подщелачивание мочи с помощью

Нутрицевтики могут полезны для регулирования pH мочи.

Компоненты Литура® Ур – калий-магниевый цитрат и теобромин – действуют синергетически, предотвращая образование и улучшая растворение уратов.

Применение Литура® Ур может снизить вероятность образования новых камней.

Успех терапии в конечном итоге зависит от соблюдения пациентом режима лечения (расширение возможностей пациента, создание приложений)

Литура® Ур может стать первой линией терапии уратных камней у данной категории пациентов. В 2019 г. было проведено многоцентровое интервенционное проспективное открытое исследование эффективности применения биологически активных добавок к пище линии Литура® для коррекции уровня pH мочи у пациентов с наличием в анамнезе мочекишечных, фосфатно-кальциевых или оксалатно-кальциевых камней в реальной клинической практике. В этом исследовании под названием Prevent-Lit с периодом наблюдения три месяца приняли участие 143 пациента из 17 клинических центров Испании¹⁷.

Х.-А. Галан акцентировал внимание на эффективности применения Литура® Ур у 65 пациентов с уратным уролитиазом в анамнезе. В группе подщелачивания средний уровень pH мочи исходно составлял 5,1, у 92% пациентов этой группы в анамнезе были рецидивы камнеобразования, причем в 34% случаев имел место предшествующий контроль pH.

Пациенты принимали по одной капсуле Литура® Ур два раза в сутки, каждая капсула содержит 400 мг калий-магниевый цитрата и 60 мг теобромина. После визита включения пациентов оценивали ежемесячно на 30-й, 60-й и 90-й дни для оценки данных о приверженности лечению, побочных эффектах и других аналитических данных, включая pH образца первой утренней мочи после приема капсулы.

Результаты исследования продемонстрировали эффективность применения Литура® Ур у пациентов с уратным уролитиазом в отношении повышения pH мочи с достоверными изменениями на 30-й, 60-й и 90-й дни лечения по сравнению с исходным уровнем, которая сохранялась с течением времени. При этом 75% комплаентных пациентов достигли нелиитоогенных значений pH (более 5,5) уже через 60 дней приема средства Литура® Ур.

Логистический регрессионный анализ показал, что поддер-

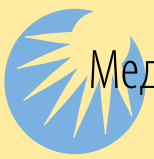
¹⁴ Grases F, Rodriguez A., Costa-Bauza A. Theobromine inhibits uric acid crystallization. A potential application in the treatment of uric acid nephrolithiasis. PLoS One. 2014; 9 (10): e111184.

¹⁵ Hernandez Y, Costa-Bauza A., Calvo P, et al. Comparison of two dietary supplements for treatment of uric acid renal lithiasis: citrate vs. citrate + theobromine. Nutrients. 2020; 12 (7): 2012.

¹⁶ Emiliani E., Angerri O. Oral alcalinization with Lit-Control® pH Up as a noninvasive treatment for uric acid stones. Fundació Puigvert, Barcelona, Spain. 2022. <https://www.youtube.com/watch?v=7p-Ld4tW124>.

¹⁷ Liopis-Galan J.A., Torrecilla-Ortiz C., Luque-Gálvez M.P., et al. Urinary pH as a target in the management of lithiasic patients in real-world practice: monitoring and nutraceutical intervention for a nonlithogenic pH range clinical. Clin. Med. Insights Urol. 2019; 12: 1–8.

* Согласно листку-вкладышу в РФ рекомендованная дозировка составляет одну капсулу в день.



жание нелитогенного рН мочи через 90 дней приема средства и соблюдение режима к 60-му дню применения независимо были связаны с периодом отсутствия симптомов, связанных с МКБ, со стороны пациентов. «Мы пришли к выводу, что при поддержании рН мочи в пределах защитного диапазона от 5,5 до 6,2 после 90 дней лечения вероятность возникновения нового камня снижается в два раза», – уточнил Х.-А. Галан. Неслучайно более 80% исследователей выразили хорошую и очень хорошую удовлетворенность по результа-

там использованиянутрицевтических добавок Литура®. Прием биологически активной добавки Литура® Ур характеризовался также хорошей переносимостью. Более 90% пациентов отметили отличную или хорошую переносимость приема, тогда как побочные эффекты были незначительными и имели место менее чем у 9% пациентов. Применение Литура® Ур предотвращает формирование мочекислых камней и может растворять их. В заключение своего выступления Х.-А. Галан сделал несколько выводов:

- нутрицевтики могут полезны для регулирования рН мочи;
 - компоненты Литура® Ур – калий-магниевый цитрат и теобромин – действуют синергетически, предотвращая образование и улучшая растворение уратов;
 - применение Литура® Ур может снизить вероятность образования новых камней.
- Успех терапии в конечном итоге зависит от соблюдения пациентом режима лечения (расширение возможностей пациента, создание приложений), констатировал спикер.



Ориол Ангерри

Как отметил руководитель отделения мочекаменной болезни Университетской больницы Фонда Пучверта в Барселоне Ориол АНГЕРРИ (Oriol Angerri), все пациенты с инфекционными камнями относятся к группе высокого риска рецидива. Эти камни составляют от 2 до 15% всех камней, направленных на анализ. Инфекционные камни могут формироваться самостоятельно или расти на уже имеющихся камнях, которые инфицированы бактериями, расщепляющими мочевину. Инфекционные камни могут состоять из струвита, и/или карбонатапатита, и/или урата аммония. Карбонатапатит начинается кристаллизоваться при уровне рН > 6,8. Струвит выпадает в осадок при рН > 7,2. Бактериологический анализ мочи,

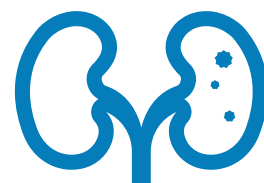
Метафилактика камней инфекционного происхождения (струвитов)

как правило, показывает присутствие уреазопродуцирующих бактерий. Более чем в половине случаев выделяется *Proteus mirabilis*. Камни, которые содержат струвит, могут иметь большие размеры и коралловидную форму, что создает определенные трудности при проведении хирургического вмешательства. О. Ангерри на ряде клинических примеров продемонстрировал необходимость разработки стратегии перед проведением операции, которая включает использование разных инструментов, например жестких и гибких эндоскопов. Для того чтобы удалить все фрагменты коралловидного камня, иногда требуется не одна операция. Образованию струвитных камней способствует ряд таких факторов, как наличие нейрогенного мочевого пузыря, повреждения спинного мозга/паралича, континентной деривации мочи, идеального кондуита, инородного тела, постоянного уретрального катетера, стриктуры уретры, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, дивертикула мочевого пузыря, цистоцеле, дивертикула чашки, обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента почки.

Как уже отмечалось, среди наиболее важных видов уреазопродуцирующих бактерий пальму первенства удерживает *Proteus spp.* К значимым облигатным уреазопродуцирующим бактериям также относятся *Providencia retigeri*, *Morganella morganii*, *Corynebacterium urealyticum*, *Ureaplasma urealyticum*. Пациентам с камнями инфекционного происхождения рекомендуется соблюдать общие профилактические меры в отношении потребления жидкости и питания. К специфическим методам лечения относятся максимально полное хирургическое удаление камня, короткий или длительный курс антибактериальной терапии, подкисление мочи с помощью L-метионина или хлорида аммония и угнетение активности уреазы. Настоятельно рекомендуется проводить эрадикацию инфекции после полного удаления камня. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов по лечению уролитиаза, для подкисления мочи и предотвращения рецидива образования струвитов рекомендован прием L-метионина в дозе 200–500 мг один – три раза в сутки. Влияние L-метионина на снижение уровня рН мочи

ЛИТ-КОНТРОЛЬ®

ЛИТУРА®



Персональный подход к метафилактике МКБ



Удобная схема применения, всего 1-2 капсулы в день¹⁻³



Нет необходимости в ежедневном мониторинге pH мочи и коррекции дозы



Линия средств эффективна в отношении широкого спектра камней — струвиты, ураты, кальций-оксалаты и др.¹⁻³



НА **85%** СНИЖАЕТ РИСК РЕЦИДИВА МКБ ПО СРАВНЕНИЮ С ПЛАЦЕБО⁴

Up Down Balance



Реклама



ЛИТ_модуль_урол_весна2024_05

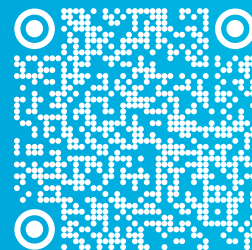
литура.рф

+7 (495) 311-67-71

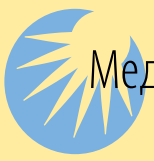
Список литературы:

1. Листок-вкладыш с информацией для потребителя БАД «ЛИТ-КОНТРОЛЬ® ЛИТУРА® Down
2. Листок-вкладыш с информацией для потребителя БАД «ЛИТ-КОНТРОЛЬ® ЛИТУРА® Balance
3. Листок-вкладыш с информацией для потребителя БАД «ЛИТ-КОНТРОЛЬ® ЛИТУРА® Up
4. Исследование компонентов Литура Up. Ettinger B, Pak CY, Citron JT, Thomas C, Adams-Huet B, Vangessel A. Potassium-magnesium citrate is an effective prophylaxis against recurrent calcium oxalate nephrolithiasis. J Urol. 1997 Dec;158(6):2069-73
МКБ – мочекаменная болезнь.

Информация для сотрудников здравоохранения. RU.77.99.11.003.R.000526.02.22 от 16.02.2022 г.
RU.77.99.11.003.R.001920.06.22 от 07.06.2022 г. RU.77.99.11.003.R.000527.02.22 от 16.02.2022 г.



НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



После хирургического лечения для профилактики рецидива ИМП и образования струвитных камней назначают антибиотики в низких дозах, поддержание высокого уровня гидратации и подкисление мочи. Применение L-метионина (например, в составе средства Литура® Down) является обязательным для этих пациентов

и риска образования струвитов было подтверждено в многочисленных клинических исследованиях^{18,19}. L-метионин в дозе 500 мг вместе с 144,5 мг фитата входит в состав биологически активной добавки к пище Литура® Down. В исследовании J.A. Galan и соавт. (2019) была продемонстрирована способность Литура® Down снижать уровень pH мочи до значения 6,2 в течение 30, 60 и 90 дней лечения при хорошей переносимости приема и отсутствии выраженных побочных эффектов¹⁷.

Литура® Down показана к применению у пациентов с инфекционными и кальций-фосфатными камнями. Входящие в состав продукта L-метионин и фитат обеспечивают двойной механизм действия: снижение pH мочи и ингибирование кристаллизации солей кальция. Рекомендуемая доза: две капсулы в сутки (утром и на ночь).

Далее докладчик сделал акцент на лечении инкрустирующей уропатии (ИУ). ИУ – редкое заболевание, вызываемое бактериями, расщепляющими мочевины, чаще всего *S. urealyticum*. При развитии ИУ могут появиться местные и общие симптомы, связанные с уротелиальной кальцификацией, среди которых наиболее часто встречаются обструкция мочевых путей и кальцинированный пиелит.

Диагноз следует ставить при наличии стерильной пиурии,

щелочном pH мочи (до 9), струвитной или апатитной кристаллурии, а также кальцификатов мочевого выделительной системы, преимущественно выявляемых с помощью КТ. Стандартное лечение включает патогенетическую антибиотикотерапию, отведение мочи, почечные/мочепузырные инстиляции и хирургическую резекцию кальцинатов мочи.

О. Ангерри привел клинический пример эффективности применения L-метионина в составе Литура® Down у пациента с ИУ, вызванной *S. urealyticum* и выявленной при проведении лабораторных исследований. Наличие кальцификатов обеих почек и мочевого пузыря было определено с помощью КТ.

Пациенту была назначена терапия линезолидом по 600 мг два раза в день, установлен катетер в мочевой пузырь и стент справа для облегчения оттока мочи в связи с наличием острой почечной недостаточности. Через пять дней антибиотикотерапии уровень креатинина увеличился до 329 мкмоль/л. Пациенту потребовался сеанс диализа.

После достижения нормального pH крови в схему лечения к антибиотикотерапии была добавлена подкисляющая терапия L-метионином и ацетогидроксамовой кислотой перорально сроком на 30 дней. Через три недели лечения результат посева мочи был отрицательным, уровень pH мочи составил

5,5. После контроля pH крови и уровня магния, а также установки стента пациента выписали с рекомендацией перорального приема L-метионина в течение 60 дней перед плановой перкутанной операцией.

Проведенная спустя 60 дней лечения L-метионином КТ показала значительное улучшение и отсутствие практически всех инкрустирующих очагов, что позволило отменить перкутанную операцию. По мнению О. Ангерри, этот клинический случай показывает, что подкисление мочи L-метионином в составе средства Литура® Down оказалось эффективным в лечении ИУ, вызванной *S. urealyticum*, и снизило риск инкрустирования стента. «Если у пациента есть столь редкое заболевание, мы можем вылечить его L-метионином и антибиотиком и избежать сложной хирургической операции», – пояснил докладчик.

Подводя итоги, О. Ангерри отметил, что лечение и метафилактика инфекционных камней почек обычно включают устранение основной инфекции и контроль камнеобразования. Поскольку струвитные камни часто связаны с бактериальной инфекцией, лечение инфекции соответствующими антибиотиками имеет решающее значение. Камни большого размера порой приходится удалять с помощью таких процедур, как ударно-волновая литотрипсия, чрескожная нефролитотомия или уретероскопия.

После хирургического лечения для профилактики рецидива ИМП и образования струвитных камней назначают антибиотики в низких дозах, поддержание высокого уровня гидратации и подкисление мочи. «Применение L-метионина (в составе средства Литура® Down) является обязательным для этих пациентов», – подчеркнул эксперт в заключение. 🌐

¹⁸ Jarrar K., Boedeker R.H., Weidner W. Struvite stones: long term follow up under metaphylaxis. Ann. Urol. (Paris). 1996; 30 (3): 112–117.

¹⁹ Siener R., Struwe F., Hesse A. Effect of L-Methionine on the risk of phosphate stone formation. Urology. 2016; 98: 39–43.

НОВОСТИ
СТАТЬИ
ЖУРНАЛЫ
МЕРОПРИЯТИЯ
ВИДЕО
ПРЕСС-РЕЛИЗЫ
ОНЛАЙН-МЕДИА



umedp.ru

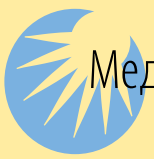
Медицинский портал для врачей

Акушерство
и гинекология
Аллергология
и иммунология
Анестезиология
и реаниматология
Гастроэнтерология
Дерматовенерология
Инфекционные
болезни
Кардиология
Неврология
Онкология
Организация
здравоохранения
Оториноларингология
Офтальмология
Педиатрия
Психиатрия
Пульмонология
Ревматология
Терапия
Урология
Эндокринология

uMEDp
(Universal Medical Portal) создан при участии ведущих экспертов различных областей медицины, много лет сотрудничающих с издательским домом «Медфорум». Собранные в рамках издательских проектов научно-медицинские материалы стали отправной точкой в развитии сетевого ресурса

Информация на сайте uMEDp носит научный, справочный характер, предназначена исключительно для специалистов здравоохранения.

uMEDp – медицинский портал для врачей, объединяющий информацию о современных решениях для практики. Статьи экспертов по основным специальностям, обзоры, результаты исследований, клинические разборы, интервью с ведущими специалистами, международные и российские новости, видеоматериалы (в прямой трансляции или записи) составляют основное содержание портала.



Повышение осведомленности о проблеме рецидивирующего цистита среди врачей и пациентов



Рецидивирующие инфекции мочевых путей представляют значимую медицинскую проблему вследствие распространенности и невысокой эффективности антибактериального лечения. Повышению осведомленности врачей и пациентов о проблеме рецидивирующего цистита и возможностях его иммунопрофилактики было посвящено выступление д.м.н., профессора, руководителя группы инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, члена правления Европейской секции инфекций в урологии Европейской урологической ассоциации Тамары Сергеевны ПЕРЕПАНОВОЙ. Выступление состоялось в рамках XVIII Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2024» (Москва, 1 февраля 2024 г.).

Значимое влияние рецидивирующей инфекции мочевых путей (ИМП) на качество жизни пациентов обусловлено не только урологическими симптомами (дискомфорт, раздражение, боль, частое мочеиспускание), но и психосоциальным воздействием, включающим стресс, депрессию, тревогу, снижение качества жизни, ухудшение сексуальных отношений и интимной жизни, уменьшение производительности труда и влияние на повседневные дела. Возможности антибактериальной профилактики рецидивирующей ИМП сегодня весьма ограничены.

Известно, что длительное профилактическое лечение антибиотиками может привести к селекции резистентных штаммов микроорганизмов, изменению микробиома влагалища и микробиома желудочно-кишечного тракта. Для оценки удовлетворенности медицинским обслуживанием G. Gonzales и соавт. (2022) проанализировали 83 589 онлайн-постов, посвященных инфекции мочевых путей. По данным исследования, 25,7% авторов сообщений искали поддержки сообщества, предполагая, что женщины не получают поддержки от семьи или медицинских учреждений, большинство

сообщений касались вариантов лечения – стратегии самоконтроля, приема антибиотиков, альтернативных методов лечения и доступа к медицинской помощи. В результате разочарования медицинской помощью многие женщины выразили желание прибегнуть к поиску новых, альтернативных методов лечения (помимо антибиотиков), у многих женщин с рецидивирующей ИМП после профилактического лечения наблюдалось улучшение депрессивных и тревожных состояний. По мнению профессора Т.С. Перепановой, только просвещение, осведомленность, под-



XVIII Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2024»

держка со стороны местных сообществ и доступ к медицинской помощи могут помочь смягчить негативные последствия рецидивирующих урогенитальных инфекций. Неслучайно эксперты международного совета RECAP (REcurrent Cystitis Awareness Program) обсуждают программу повышения осведомленности о рецидивирующем цистите.

Первой линией защиты от патогенных микроорганизмов, для которых слизистые оболочки являются входными воротами инфекции, служат врожденные факторы местного иммунитета. Механизмы распознавания патогенов мобилизуют быстрый врожденный иммунный ответ, активируют антибактериальную защиту, приводящую к эффективно-му устранению инфекции. Таким образом, врожденный иммунитет отвечает за защиту против острой бактериальной инфекции.

Тяжесть течения ИМП зависит от вирулентности возбудителя и врожденной антибактериальной защиты хозяина. Основным возбудителем неосложненной ИМП является уропатогенная *Escherichia coli*, которая способна ускользнуть от врожденного иммунного ответа. В результате колонизации, прикрепления и инвазии в уроэпителиальные клетки *E. coli* формирует в них бактериальные сообщества с целью сохранения внутриклеточного выживания. Эксперт кратко охарактеризовала патогенез и защитные силы организма-хозяина при остром цистите. Во время колонизации уропатогенов в уретре, периауретре и влагалище нормальная комменсальная микрофлора мочи образует барьер против колонизации уропатогенами, очищению от инфекции способствует естественный отток мочи с высокой осмоляльностью и низким значением pH, растворимыми иммуноглобулинами А (IgA) или белком Тамма-Хорсфалла. В ответ на Fim-H-опосредованную адгезию к эпителиальным клеткам

В настоящее время именно альтернативные методы профилактики рецидивирующей ИМП, в том числе иммунопрофилактика, считаются наиболее перспективными опциями. По мнению эксперта, проблема рецидивирующей ИМП заключается в том, что врачи, как правило, не уделяют должного внимания наличию рецидивов при назначении терапии в отдельных случаях цистита. Между тем для пациентов даже наличие одного рецидива у пациента уже достаточно для того, чтобы пересмотреть тактику терапии

развиваются воспалительные реакции в нижних отделах мочевыводящих путей, индукция бактериального клиренса вследствие удаления инфицированных клеток (отшелушивание, гибель). При образовании биопленки и внутриклеточной репликации происходит отшелушивание уротелия, активное вытеснение уропатогенной палочки из-за увеличения внутриклеточного циклического аденозинмонофосфата в уротелиальных клетках. На формирование внутриклеточных бактериальных сообществ мочевого пузыря для инвазии и репликации хозяин отвечает аутофагией для элиминации уропатогенов из инфицированных клеток. В ответ на образование сидерофора для усвоения железа нейтрофилы хозяина продуцируют липокалин-2, способный связывать энтеробактиновый сидерофор опосредованного энтеробактином поглощения железа. Эффективный врожденный иммунный ответ способствует быстрому восстановлению здоровья.

Стратегия профилактики рецидивирующей ИМП основывается на профилактике местной эстрогенотерапией, пробиотиками, антиадгезивном лечении препаратами клюквы, D-маннозой, заместителями гликозаминогликанового слоя, вакцинами, при-

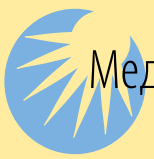
менении иммуномодулирующей терапии и потенциальных вакцин, нацеленных на вирулентность уропатогенной палочки, сидерофоры, бактериальные токсины и протеазы.

Антимикробную профилактику пациентам с рецидивирующими ИМП следует назначать только в том случае, если поведенческая терапия и неантибактериальная профилактика оказались неэффективными.

В настоящее время именно альтернативные методы профилактики рецидивирующей ИМП, в том числе иммунопрофилактика, считаются наиболее перспективными опциями.

По мнению эксперта, проблема рецидивирующей ИМП заключается в том, что врачи, как правило, не уделяют должного внимания наличию рецидивов при назначении терапии в отдельных случаях цистита. Между тем для пациентов даже наличие одного рецидива у пациента уже достаточно для того, чтобы пересмотреть тактику терапии.

Необходимо повышать осведомленность врачей и пациентов об альтернативных методах терапии рецидивирующей ИМП для уменьшения неконтролируемого потребления населением антибиотиков. 🌐



Цитокиноterapia хронического простатита: развеиваем заблуждения и стереотипы

В рамках XVIII Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2024» прозвучали доклады ведущих экспертов в области урологии, посвященные актуальным вопросам урологической практики. Заместитель директора Института дополнительного профессионального образования, доцент кафедры урологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, к.м.н. Тимур Асланбекович ГЯУРГИЕВ в своем сообщении рассказал об опыте применения цитокинотерапии в лечении пациентов с хроническим простатитом.



Хронический простатит – одно из наиболее распространенных и сложных для терапии заболеваний в практике уролога. Согласно общепринятой классификации простатита, предложенной Национальным институтом здоровья США (National Institutes for Health, NIH) в 1995 г., выделяют следующие категории простатита: I – острый бактериальный простатит; II – хронический бактериальный простатит; III – хронический простатит/синдром хронической тазовой боли: IIIA – воспалительный; IIIB – невоспалительный; IV – асимптоматический воспалительный простатит.

Ведущую роль в лечении хронического простатита отводят медикаментозной терапии. На сегодняшний день не существует единых рекомендаций

по лечению хронического простатита, что обусловлено полиэтиологичным характером заболевания. Терапия с доказанной эффективностью установлена только для бактериального простатита, при котором основным подходом является применение антибактериальных препаратов. Наибольшую проблему для лечения представляет простатит неизвестной этиологии при отсутствии выявленных патогенных микроорганизмов.

Тимур Асланбекович подчеркнул, что воспалительный процесс предстательной железы при простатите вызван прежде всего бактериальным инфицированием и включает определенные этапы: альтерация, экссудация, пролиферация. Важнейшим компонентом воспаления являются медиаторы (провоспалительные

и противовоспалительные цитокины – регуляторные белки иммунной системы), регулирующие процессы на всех этапах развития воспаления. Провоспалительные цитокины (интерлейкины (ИЛ) 1, 6, 8, фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α)) участвуют в запуске специфического иммунного ответа. В свою очередь, действие противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10, трансформирующий фактор роста бета) направлено на прекращение воспалительной реакции после подавления возбудителей заболевания и дезактивацию активированных клеток.

По словам Т.А. Гяургиева, сегодня все более широкое применение в лечении больных с хроническим простатитом находят препараты, действие которых осуществляется посредством активации



XVIII Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2024»

выработки цитокинов. Препарат для локальной цитокинотерапии Суперлимф® был разработан на кафедре иммунологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (в то время Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова). В 2001 г. на рынок вышел препарат Суперлимф® в виде лиофилизата, который длительное время применяли для лечения любых видов раневых поверхностей. В 2004 г. была представлена новая форма препарата Суперлимф® в виде суппозиторий.

Препарат Суперлимф® – стандартизированный комплекс природных противомикробных пептидов и цитокинов, обладающий противовирусным, антибактериальным, иммуномодулирующим, противовоспалительным и репаративным действием. Суперлимф® стимулирует функциональную активность клеток фагоцитарного ряда, активирует фагоцитоз, выработку цитокинов (ИЛ-1, ФНО-α), регулирует миграцию клеток в очаг воспаления, увеличивает активность естественных киллеров. Кроме того, препарат активизирует мукозальный иммунитет даже при выраженном вторичном иммунодефиците.

Суперлимф® оказывает противовоспалительное действие, снижая риск развития воспалительных реакций, нормализуя баланс про- и противовоспалительных цитокинов, а также активизирует репаративные процессы в слизистой оболочке, обеспечивая регенерацию тканей. В исследованиях подтверждено противовирусное и антибактериальное действие препарата Суперлимф®.

Антибактериальное действие в первую очередь обусловлено наличием в составе препарата Суперлимф® семейства наиболее эффективных противомикробных пептидов – протегринов, обладающих прямым антибактериальным эффектом.

Применение препарата Суперлимф® у пациентов с хроническим абактериальным простатитом в качестве поддерживающей терапии способствовало более длительному сохранению терапевтического эффекта проведенной терапии, увеличению продолжительности безрецидивного периода и уменьшению числа рецидивов в течение 12 месяцев. Цитокинотерапия способствует повышению эффективности лечения и открывает новые возможности для улучшения качества жизни пациентов с хроническим простатитом

Суперлимф® оказывает не только прямое антибактериальное действие, но и опосредованное через активацию выхода лизосомальных ферментов (катепсин Д) из лизосом лейкоцитов. Более того, антимикробные пептиды, в частности Суперлимф®, оказывают повреждающее действие на всех этапах жизнедеятельности микробных пленок, поскольку способны легко проходить через мембраны клеток микробов. Эффективность цитокинотерапии при хроническом простатите с использованием препарата Суперлимф® изучали в многочисленных исследованиях. Доказан его терапевтический эффект при герпесвирусных инфекциях, урогенитальном хламидиозе, цистите и пиелонефрите.

Далее докладчик представил результаты исследования, в котором оценивали эффективность различных режимов цитокинотерапии в комплексном лечении 90 пациентов с хроническим абактериальным простатитом в стадии обострения. По данным исследования, у пациентов, получавших комбинированную терапию с использованием Суперлимфа, было отмечено уменьшение выраженности клинических симптомов заболевания в более короткие сроки, положительная динамика в отношении снижения воспалительного

процесса, лабораторных показателей (количества лейкоцитов в секрете предстательной железы), а также размера предстательной железы. Исследование продолжили с целью определить, насколько сокращение сроков воспалительного процесса влияет на процессы репарации тканей предстательной железы. Оценивали возможности использования препарата Суперлимф® в качестве профилактики простатита в течение 12 месяцев. Результаты исследования продемонстрировали, что у пациентов к концу периода наблюдения на фоне препарата Суперлимф® отмечались более высокие показатели гемодинамики в предстательной железе, улучшался кровоток. Таким образом, применение препарата Суперлимф® у пациентов с хроническим абактериальным простатитом в качестве поддерживающей терапии способствовало более длительному сохранению терапевтического эффекта проведенной терапии, увеличению продолжительности безрецидивного периода и уменьшению числа рецидивов в течение 12 месяцев. Подводя итог, Т.А. Гяургиев отметил, что цитокинотерапия способствует повышению эффективности лечения и открывает новые возможности для улучшения качества жизни пациентов с хроническим простатитом. 🌐

XXXI РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО

CHELOVEKILEKARSTVO.RU

#ЧИЛ2024

15.04 - 16.04
ТВЕРСКАЯ УЛ. 3, МОСКВА

17.04 - 18.04
ТОЛЬКО ТРАНСЛЯЦИИ

Реклама

Онлайн-трансляция на официальном сайте

Секретариат конгресса: info@chelovekilekarstvo.ru. Тел./факс: +7 (499) 584-45-16

Подробная информация в вашем личном кабинете на официальном сайте конгресса

www.chelovekilekarstvo.ru



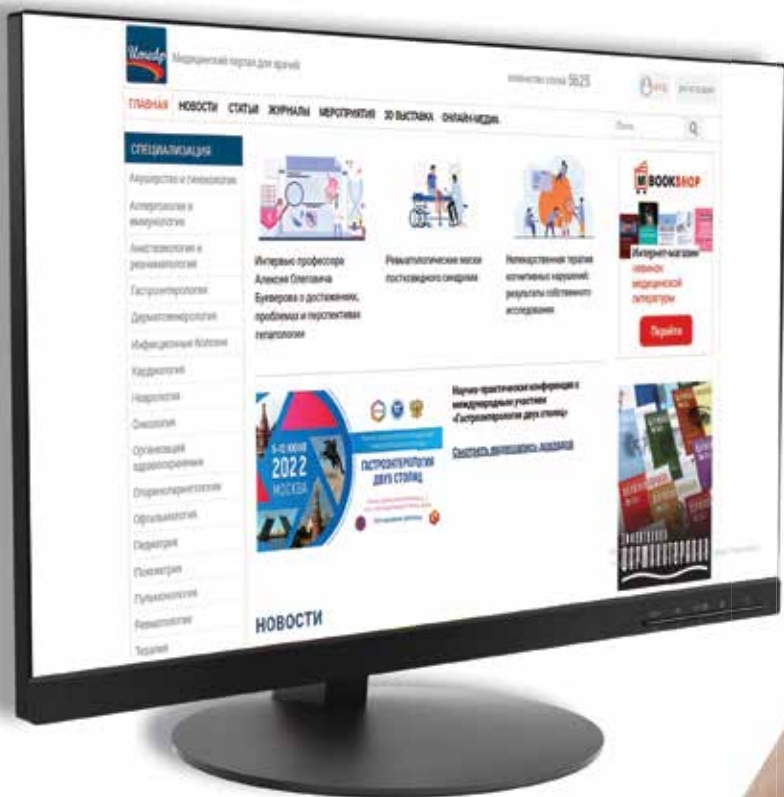
Прямой эфир на медицинском портале для врачей uMEDp.ru



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>



НАЦИОНАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА {2030}

NOP2030.RU

**СОБИРАЕМ
ДЕЛИМСЯ ИНФОРМАЦИЕЙ
АНАЛИЗИРУЕМ**



Реклама



ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ



- Мониторинг онкологической программы в масштабе реального времени
- Все регионы
- Лица, принимающие решения
- Актуальные отчеты
- Ключевые события
- Инновации
- Клиническая практика
- Банк документов
- Стандарты и практика их применения
- Цифровизация



Онлайн-освещение онкологической службы на федеральном и региональных уровнях на период 2018-2030 гг. в едином контуре цифровизации здравоохранения:

- руководителям онкологической службы
- организаторам здравоохранения
- врачам онкологам, радиологам, химиотерапевтам
- компаниям, представляющим препараты и оборудование для онкологии




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 окнах
(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 поллакиурия, болевой синдром и др.) при хроническом простатите. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата, возраст до 18 лет. **Побочное действие:** Возможны аллергические реакции на компоненты препарата. В редких случаях – дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, изжога (при приеме натощак). **Способ применения и дозы:** Препарат Простамол® Уно применяют по 1 капсуле (320 мг) 1 раз в сутки в одно и то же время, после еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости. Длительность курса лечения не ограничена по времени. Рекомендуемая продолжительность курса терапии – не менее трех месяцев. **Условие отпуска из аптек:** без рецепта.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМОЛ® УНО ОТ 31.03.2022.
Информация для специалистов здравоохранения. RU-PROS-13-2023-v01-print, утверждено 16.06.2023.