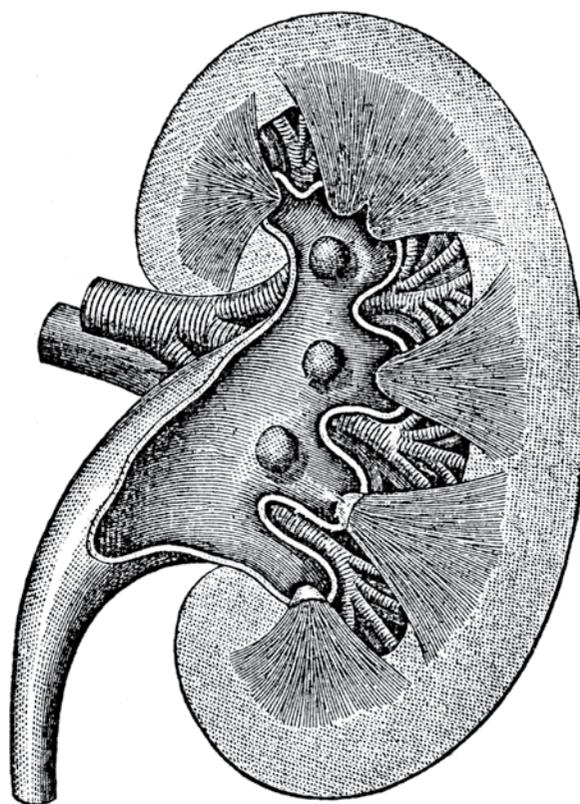
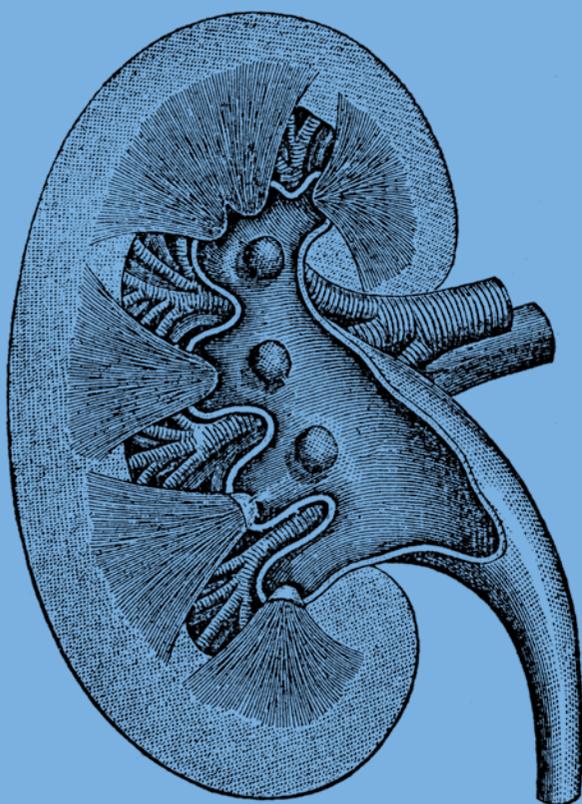


ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

ТЕРАПИЯ

№ **11** **ТОМ 21**
2025



УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ № 1

Российские исследования
антибиотикорезистентности
внебольничных штаммов
уропатогенов

6

Инфекции
мочевыводящих путей
в пери- и постменопаузе
у пациенток:
когда и как длительно
лечить

10

Фитотерапия
в профилактике
неосложненных
инфекций нижних
мочевыводящих путей

14

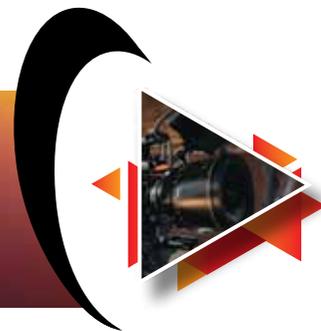


umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



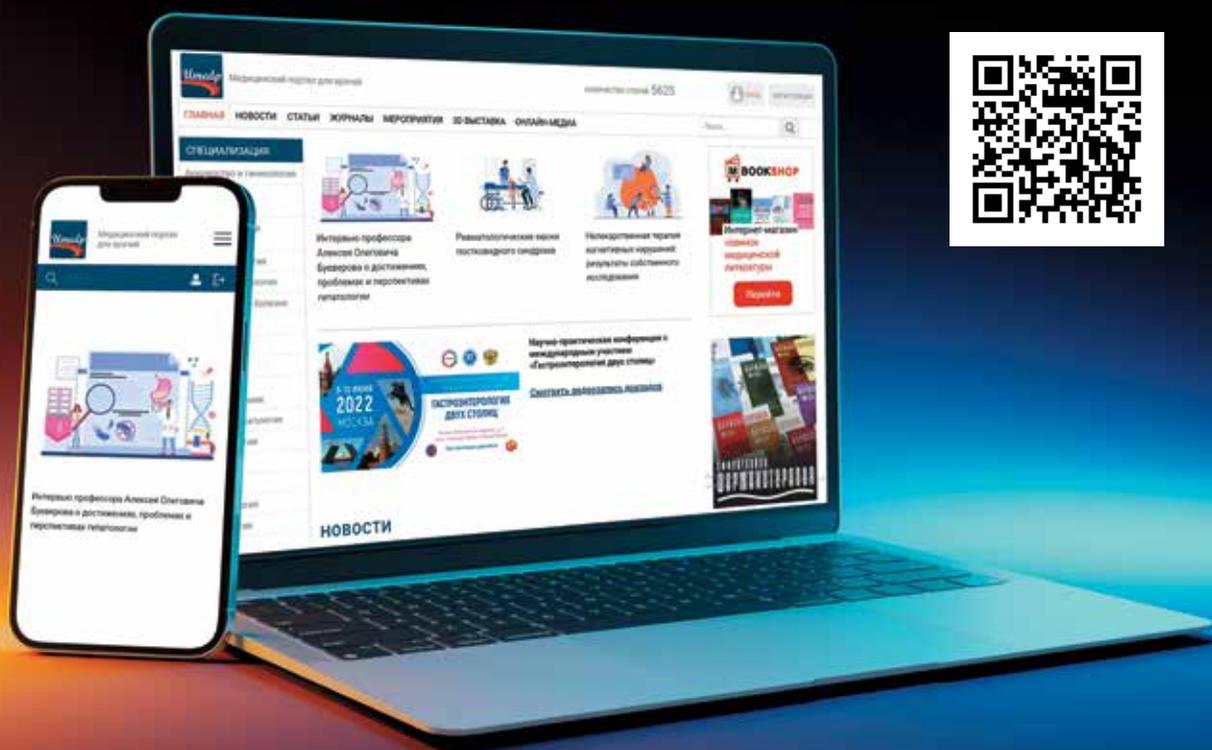
Медицинский портал для врачей uMEDp.ru



Новости, вебинары, интервью, конференции

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

Присоединяйтесь, чтобы быть в курсе



**МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**
UMEDP.RU



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



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



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

Эффективная фармакотерапия. 2025.
Том 21. № 11.
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. РОМАНОВА
(a.romanova@medforum-agency.ru)

Effective Pharmacotherapy. 2025.
Volume 21. Issue 11.
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. ROMANOVA
(a.romanova@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)*
Ю.А. ВАСЮК, *д.м.н., профессор (Москва)*
Н.М. ВОРОБЬЕВА, *д.м.н. (Москва)*
О.В. ВОРОБЬЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
М.А. ГОМБЕРГ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.А. ГОРБУНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. ГОРЕЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.А. ДАЙХЕС, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Л.В. ДЕМИДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.А. ЗАЙЦЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.В. ЗАХАРОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Н. ЗАХАРОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Е. КАРАТЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. КАРАУЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Ю.А. КАРПОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Е.П. КАРПОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.В. КНЯЗЕВ, *д.м.н. (Москва)*
В.В. КОВАЛЬЧУК, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.М. КОРСУНСКАЯ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Г.Г. КРИВОБОРОДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.В. КУЗНЕЦОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.М. ЛЕСНЯК, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
И.А. ЛОСКУТОВ, *д.м.н. (Москва)*
Д.Ю. МАЙЧУК, *д.м.н. (Москва)*
А.Б. МАЛАХОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
С.Ю. МАРЦЕВИЧ, *член-корр. 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)*

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

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Аллергология и иммунология
Т.У. АРИПОВА, О.И. ЛЕТЯЕВА, Т.П. МАРКОВА,
Н.Б. МИГАЧЕВА, И.В. НЕСТЕРОВА, Н.С. ТАТАУРЩИКОВА,
И.А. ТУЗАНКИНА, М.С. ШОГЕНОВА

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

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

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

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

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

Editorial Board

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

Editorial Council

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

Allergology and Immunology
T.U. ARIPOVA, O.I. LETYAEVA, T.P. MARKOVA,
N.B. MIGACHEVA, I.V. NESTEROVA, N.S. TATAURSHCHIKOVA,
I.A. TUZANKINA, M.S. SHOGENOVA

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

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

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

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

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

Онкология, гематология и радиология

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

Офтальмология

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

Педиатрия

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

Пульмонология и оториноларингология

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

Ревматология, травматология и ортопедия

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

Урология и нефрология

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

Эндокринология

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

Эпидемиология и инфекции

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

Редакция

Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС

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

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

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

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

Oncology, Hematology and Radiology

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

Ophthalmology

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

Pediatrics

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

Pulmonology and Otorhinolaryngology

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

Rheumatology, Traumatology and Orthopaedics

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

Urology and Nephrology

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

Endocrinology

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

Epidemiology and Infections

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

Editorial Staff

Editor-in-Chief T. CHEMERIS

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

Journalists A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

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

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

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

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

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

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

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

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

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

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

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

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

Содержание

Люди. События. Даты

Лечение урологических заболеваний
с позиции современной медицины 6

Медицинский форум

Актуальные вопросы рациональной фармакотерапии
урологических заболеваний 10

Современное ведение пациенток
с неосложненной инфекцией мочеполовой системы 14

Contents

People. Events. Dates

Treatment of Urological Diseases
from the Perspective of Modern Medicine

Medical Forum

Topical Issues of Rational Pharmacotherapy
of Urological Diseases

Modern Management of Patients
with Uncomplicated Infection of the Genitourinary System

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





Лечение урологических заболеваний с позиции современной медицины

28 марта 2025 г. в Москве в формате круглого стола прошла научно-практическая конференция «Интеграция фармакотерапии и минимально инвазивных технологий в урологии».

На мероприятии специалисты обсуждали актуальные аспекты фармакотерапии инфекционных заболеваний нижних мочевых путей, современные подходы к выбору консервативной терапии послеоперационных осложнений хирургии простаты, возможности медикаментозной профилактики прогрессирования доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Диагностика и лечение инфекций, вызываемых паразитическими бактериями *Mycoplasma genitalium*

Профессор Михаил Александрович ГОМБЕРГ, д.м.н., главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем (ЮСТИ РУ), сфокусировал свое выступление на диагностике и лечении инфекций, вызванных *Mycoplasma genitalium*. В настоящее время этот вид бактерий причислен к абсолютным патогенам, поскольку вызывает поражения мочеполовых органов со значительными клиническими проявлениями. Доказано, что

M. genitalium способна вызывать негонококковый уретрит (НГУ) у лиц обоего пола и цервицит у женщин. По частоте выявления при НГУ *M. genitalium* занимает второе место после такой распространенной инфекции, передаваемой половым путем (ИППП), как *Chlamydia trachomatis*. Поскольку *M. genitalium* не относится к числу регистрируемых инфекций, ее диагностика не входит в обязательный протокол обследования на ИППП.

Показанием к лечению является идентификация *M. genitalium* с помощью молекулярно-биологических методов, в частности ме-

тода амплификации нуклеиновых кислот. В связи с растущей устойчивостью к противомикробным препаратам *M. genitalium* показаниями к обследованию и лечению являются клинические симптомы уретрита или цервицита, если другие ИППП исключены. В условиях повсеместного роста устойчивости *M. genitalium* к макролидам лечение рекомендуется начинать с тетрациклинов, которые имеют ограниченную эффективность, зато могут снизить количество возбудителей. Во время лечения тетрациклинами следует определить наличие или отсутствие устойчивости к макролидам. Если устойчивость отсутствует, назначается курс азитромицина, а если она есть – моксифлоксацина.

Роль медикаментозной терапии в лечении и профилактике послеоперационных осложнений хирургии простаты

Доклад Дмитрия Александровича ОХОБОТОВА, к.м.н., доцента, заведующего учебной частью кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, был посвящен роли медикаментозной терапии в лечении и профилактике послеоперационных осложнений

хирургии простаты. По оценкам специалистов, в среднем 30–35% мужчин в течение жизни переносят ту или иную операцию по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Согласно метаанализу 20 РКИ, трансуретральные резекции (ТУР) тканей простаты

способствуют снижению объема предстательной железы и уровня простатспецифического антигена (ПСА) на 25–58%, достоверно улучшают качество мочеиспускания в виде увеличения скорости потока мочи – Qmax, значительно снижают баллы по шкалам IPSS и QoL. Тем не менее осложнения при выполнении ТУР в интраоперационный, ранний и поздний послеоперационный периоды развиваются в 18–31% случаев.



Научно-практическая конференция «Интеграция фармакотерапии и минимально инвазивных технологий в урологии»

Сегодня трансуретральные операции по поводу ДГПЖ считаются золотым стандартом лечения. Однако у 55% больных в послеоперационный период сохраняется дизурия, более чем у 60% – ноктурия, около 14% пациентов продолжают использовать медикаментозную терапию. После проведения ТУР по поводу ДГПЖ эректильная дисфункция может встречаться у 35% мужчин, недержание мочи, в свою очередь, возникает у 3–11% пациентов.

Несмотря на почти 100-летний опыт использования эндоурологических методик в хирургии предстательной железы, количество послеоперационных осложнений остается довольно высоким. Аденома предстательной железы считается сложным заболеванием. У мужчин предстательная железа – это непарный андрогензависимый мышечно-железистый орган, поэтому все процессы, в том числе регуляция и рост аденоматозной ткани, коррелируют с уровнем половых гормонов. Развитие, дифференциация, пролиферация и поддержание жизнеспособности простатических клеток регулируются взаимодействием стимулирующих и ингибирующих факторов

Трансуретральные операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы – золотой стандарт лечения. Но у 55% больных в послеоперационный период сохраняется дизурия, более чем у 60% – ноктурия, около 14% пациентов используют медикаментозную терапию. После проведения ТУР эректильная дисфункция может встречаться у 35% мужчин, недержание мочи возникает у 3–11% пациентов. Несмотря на 100-летний опыт использования эндоурологических методик в хирургии предстательной железы, количество послеоперационных осложнений остается высоким

роста. Сбой в системе регуляции нормального роста ведет к чрезмерному увеличению структурных элементов предстательной железы, то есть к развитию и прогрессированию ДГПЖ.

Мужская уретра клинически подразделяется на переднюю и заднюю уретру. В задней уретре имеется мышца, поднимающая и сдавливающая простату, осуществляющая функцию опорожнения. Дисфункция такой мышцы на фоне травмы простаты и самой мышцы является ключевым механизмом недержания мочи в послеоперационный период. При выполнении эндоскопических

вмешательств на предстательной железе травмирующее воздействие на заднелатеральные нервно-сосудистые комплексы может спровоцировать возникновение локального отека, ишемии тканей, фиброзно-склеротических изменений, что способствует развитию эректильной дисфункции в 2–35% случаев.

Докладчик представил данные исследований, демонстрирующие эффективность и безопасность длительного применения средств растительного происхождения для профилактики и лечения аденомы простаты.

Медикаментозная профилактика прогрессирующей доброкачественной гиперплазии предстательной железы

В продолжение темы Сергей Витальевич ПОПОВ, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики Медицинского института РУДН им. П. Лумумбы акцентировал внимание коллег на особенностях медикаментозной профилактики прогрессирующей ДГПЖ. Согласно эпидемиологическим данным, за последние 30 лет заболеваемость ДГПЖ в мире увеличилась в 2,2 раза и в 2021 г. составила 137,88 на 100 тыс. человек. Самые высокие показатели заболеваемости аденомой простаты наблюдаются у лиц в возрасте 65–69 лет.

В связи с ускоренными темпами глобального старения населения раннее выявление мужчин с высоким риском ДГПЖ имеет решающее значение для своевременного начала лечения с целью профилактики прогрессирования заболевания.

Установлено, что ДГПЖ является прогрессирующим заболеванием, характеризующимся нарастанием симптомов нижних мочевых путей (СНМП) с течением времени, а у некоторых пациентов – возникновением острой задержки мочеиспускания и необходимости хирургического вмешательства.

Факторы риска прогрессирования ДГПЖ обычно следующие:

- пожилой возраст (> 60 лет);
- наличие СНМП умеренной и тяжелой степени выраженности;
- увеличение объема ПЖ более 30–40 см³;
- уровень ПСА более 1,5 нг/л.

Существенную лепту в увеличение риска прогрессирования аденомы предстательной железы вносит выраженность симптомов: при легких симптомах такой риск составляет 10%, при умеренных – 24%, при выраженных – 39%.

Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России (2024), в зависимости от выраженности симптомов при ДГПЖ назначает-



Здравоохранение сегодня

ся соответствующая медикаментозная терапия:

- при умеренных и тяжелых СНМП – α -блокаторы;
- при умеренных и тяжелых СНМП и увеличенной ПЖ – ингибиторы 5 α -редуктазы;
- при умеренных и тяжелых СНМП с преобладанием симптомов накопления – антагонисты мускариновых рецепторов

или агонисты β 3-адренорецепторов;

- при умеренных и тяжелых СНМП с эректильной дисфункцией или без таковой – ингибиторы фосфодиэстеразы пятого типа.

Кроме того, исследования показали, что применение фитопрепаратов также можно рассматривать как эффективный способ профилактики прогрессирования ДГПЖ,

обладающий хорошим профилем безопасности. Их рекомендуется назначать пациентам с незначительными или умеренно выраженными СНМП, которые хотят избежать нежелательных явлений на фоне применения α -блокаторов или ингибиторов тестостерон 5 α -редуктазы, при условии обязательного контроля эффективности каждые шесть месяцев.

Фитотерапия в профилактике неосложненных инфекций нижних мочевыводящих путей

Выступление Александра Николаевича БЕРДНИКОВА, к.м.н., доцента кафедры урологии Российского университета медицины Минздрава России, было посвящено возможностям фитотерапии в профилактике неосложненных инфекций нижних мочевых путей. Спикер начал свое выступление с цитаты президента немецкого Общества инфекционной терапии М. Плетца: «Мы на грани того, чтобы утратить достижения современной медицины и вернуться к временам, предшествовавшим открытию пенициллина». По оценкам специалистов, чрезвычайная ситуация с антибиоти-

ками может унести 40 млн жизней в ближайшие 25 лет. В последнее время отмечается рост резистентности штаммов возбудителей мочевой инфекции к широкому спектру antimicrobных препаратов. Основным уропатогеном внебольничных ИМП по-прежнему остается *Escherichia coli*. По данным исследования ДАРМИС-23, изоляты *E. coli*, выделенные у пациентов с внебольничными ИМП, еще сохраняют чувствительность к фосфомицину и нитрофурантоину. Не случайно в российских клинических рекомендациях препаратами выбора при ИМП считаются фосфомицина трометамол и нитрофураны. Фторхинолоны

и защищенные аминопенициллины не рекомендованы из-за высокого уровня резистентных штаммов уропатогенов (*E. coli*). Проблема неосложненной ИМП, в том числе и острого цистита, связана с развитием рецидива заболевания. В рекомендациях Европейской ассоциации урологов (EAU, 2024) для профилактики рецидивирующих ИМП предлагается придерживаться поведенческой профилактики, питьевого режима, местной заместительной гормональной терапии в климактерии, иммуноактивной и посткоитальной профилактики, использовать фитопрепараты, проантоцианиды, пробиотики и др.

Докладчик с позиции доказательной медицины представил данные, демонстрирующие антимикробный, противовоспалительный, спазмолитический эффекты фитотерапии, применяемой для профилактики рецидивов при хроническом цистите и неосложненном рецидивирующем цистите, а также для реабилитации пациентов после оперативных вмешательств на мочевыводящих путях. В гайдлайне Европейской ассоциацией урологов (2025) перечислены средства растительного происхождения, которые подходят в качестве альтернативной терапии острого цистита. «Мы комплексно используем антимикробную и альтернативную терапию и, таким образом, помогаем нашим пациенткам быстрее выздороветь», – подчеркнул эксперт в заключение. 🌿

Докладчик А.Н. Бердников посвятил выступление фитотерапии в профилактике неосложненных инфекций нижних мочевых путей. Спикер процитировал президента немецкого Общества инфекционной терапии М. Плетца: «Мы на грани того, чтобы утратить достижения современной медицины и вернуться к временам, предшествовавшим открытию пенициллина». Ситуация с антибиотиками может унести 40 млн жизней в ближайшие 25 лет. . . По данным исследования ДАРМИС-23, изоляты *E. coli*, выделенные у пациентов с внебольничными ИМП, сохраняют чувствительность к фосфомицину и нитрофурантоину. В российских клинических рекомендациях препаратами выбора при ИМП считаются фосфомицина трометамол и нитрофураны



ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН НОВИНОК
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

MBOOKSHOP

WWW.MBOOKSHOP.RU



Нужна медицинская книга?
Закажите:

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

**У НАС – ДЕШЕВЛЕ!
СРАВНИТЕ ЦЕНЫ
И УБЕДИТЕСЬ
САМИ!**





Актуальные вопросы рациональной фармакотерапии урологических заболеваний

30 января 2025 г. в рамках XIX Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025» состоялось пленарное заседание, посвященное актуальным вопросам рациональной фармакотерапии урологических заболеваний. В рамках мероприятия обсуждались актуальные вопросы диагностики, профилактики и лечения наиболее распространенных урологических заболеваний, новинки фармацевтического рынка.

Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов

Профессор Тамара Сергеевна ПЕРЕПАНОВА, д.м.н., руководитель группы инфекционно-воспалительных заболеваний клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, сфокусировала свое выступление на обновленном документе 2025 г. Она отметила, что руководства по антимикробной терапии подлежат периодическому пересмотру для прогнозирования изменений в эпидемиологии устойчивости к антимикробным препаратам и новых научных знаний. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ежегодно обновляет список приоритетных бактериальных возбудителей. В 2024 г. в список с критическим уровнем приоритетности были включены устойчивые к карбапенемам ацинетобактерии, энтеробактерии, продемонстрировавшие устойчивость к цефалоспорином третьего поколения, карбапенемам и др. Определенную тревогу вызывает тот факт, что устойчивость некоторых бактериальных возбудителей (*Klebsiella pneumoniae*) формируется уже на этапе разработки новых антимикробных препаратов. Молекулярные методы

диагностики выявили широкий спектр детерминант резистентности у мульти- и панрезистентных микроорганизмов. Установлено, что некоторые бактерии устойчивы ко всем известным антибиотикам.

Не случайно в обновленных рекомендациях 2025 г. с позиции новых знаний освещены многие проблемные вопросы, касающиеся лечения бессимптомной бактериурии, острого и рецидивирующего цистита, пиелонефрита, катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей (ИМП), антибиотикорезистентных инфекций, уросепсиса, периоперационной антибиотикопрофилактики. В них с высоким уровнем убедительности доказательности представлены препараты первого выбора для лечения острого бактериального цистита (фосфомицина трометамол, фуразидин, нитрофураны), которые в виде курсовых доз показаны для лечения обострений ИМП.

Не рекомендовано длительное лечение рецидивирующего цистита антимикробными препаратами в сублингвальных дозах. Кроме того, не рекомендовано лечить бессимптомную бактериурию антимикробными препаратами в отсутствие клинических симптомов.

Антибактериальную терапию (фосфомицина трометамол, цефиксим, при выявленной чувствительности – амоксициллин/клавулановая кислота, диуретик растительного происхождения) бессимптомной бактериурии целесообразно назначать перед эндоурологическими операциями с повреждением слизистой оболочки мочевых путей и беременным женщинам с наличием факторов риска.

ИМП составляют 20–50% всех инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Порядка 97% ИМП возникают у катетеризированных пациентов. Катетер вызывает реакцию инородного тела в мочевом пузыре и уретре, обуславливая воспаление и утечку сывороточных белков из крови в просвет мочевого пузыря. Фибриноген и другие белки связываются с поверхностью катетера. Микроорганизмы используют адгезивный фибриноген для колонизации катетера. В связи с этим длительность катетеризации должна быть минимальной. Не рекомендуется лечить катетер-ассоциированную бессимптомную бактериурию, а также применять антибиотики для профилактики катетер-ассоциированной ИМП.

Периоперационную антибактериальную профилактику проводят за два часа до операции с учетом знания местного профиля возбудителей и устойчивости к противомикробным препаратам, оценки



XIX Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025»

факторов риска развития инфекционных осложнений после урологических процедур и соблюдения национальных рекомендаций. В заключение эксперт подчеркнул, что основные изменения, влияющие на показатели резистентности возбудителей и снижение затрат, включают прекращение антибактериальной профилактики таких эндоскопических процедур, как цистоскопия, трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря, диагностическая уретроскопия, а также прекращение антибактериальной терапии после выписки пациента из стационара.

факторов риска развития инфекционных осложнений после урологических процедур и соблюдения национальных рекомендаций. В заключение эксперт подчеркнул, что основные изменения, влияющие на показатели резистентности возбудителей и снижение затрат, включают прекращение антибактериальной профилактики таких эндоскопических процедур, как цистоскопия, трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря, диагностическая уретроскопия, а также прекращение антибактериальной терапии после выписки пациента из стационара.

факторов риска развития инфекционных осложнений после урологических процедур и соблюдения национальных рекомендаций. В заключение эксперт подчеркнул, что основные изменения, влияющие на показатели резистентности возбудителей и снижение затрат, включают прекращение антибактериальной профилактики таких эндоскопических процедур, как цистоскопия, трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря, диагностическая уретроскопия, а также прекращение антибактериальной терапии после выписки пациента из стационара.

Мужское репродуктивное здоровье как фактор демографического развития

Доклад Степана Сергеевича КРАСНЯКА, к.м.н., ведущего научного сотрудника отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, был посвящен значению здорового образа жизни и сбалансированного питания в поддержании мужского репродуктивного здоровья. Метаболический синдром обусловлен абдоминальным ожирением в сочетании с нарушением содержания липидов, повышением артериального давления и уровня сахара в крови. Наличие хотя бы одного компонента метаболического синдрома у будущего отца, согласно результатам анализа около 1 млн случаев беременностей, увеличивает вероятность потери будущего ребенка на 9–12%, а трех и более компонентов – на 14–24%. Диета для поддержания мужского репродуктивного здоровья должна быть сбалансированной. Исследования показали, что диетическое вмешательство улучшает параметры эякулята.

Негативное влияние на здоровье будущего малыша может оказывать курение. По оценкам специалистов, курение будущего отца увеличивает риск анеуплоидии сперматозоидов, то есть диплоидных сперматозоидов, которые в последующем становятся причиной развития врожденных аномалий. Кроме того, курение на 42% повышает риск развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у ребенка. Велика вероятность, что у будущих отцов, злоупотребляющих алкоголем, скорее всего, будут дети с агрессией, расстройством поведения, СДВГ, проблемами с алкоголем в будущем, дефицитом навыков межличностного общения. Помимо прочего, алкоголь вызывает процентное увеличение сперматозоидов с фрагментацией ДНК, апоптозом, оказывает негативный эффект на параметры эякулята. При сборе жалоб и анамнеза, согласно клиническим рекомендациям по мужскому бесплодию, у пациента следует уточнить, какие лекарственные препараты он принимает регулярно. Установлено, что лекарственно-индуцирован-

ные факторы влияют на патогенез эректильной дисфункции. Чаще всего сексуальная дисфункция развивается на фоне приема ряда антидепрессантов и антипсихотиков. Согласно анализу данных системы сообщений о нежелательных реакциях FDA (FAERS), статистически значимая частота сообщений отмечалась в отношении урологических препаратов финастерид и дутастерид, кардиологического препарата амлодипина, антидепрессантов циталопрама и сертралина, дерматологического препарата изотретиноин. Безусловно, самыми гонадотоксичными являются химиотерапевтические препараты для лечения злокачественных новообразований – алкилирующие агенты, препараты платины, алкалоиды, антиметаболиты, ингибиторы топоизомеразы. В заключение спикер добавил, что больных со злокачественными новообразованиями перед началом лечения рекомендуется направлять на консультацию к репродуктологу или андрологу, чтобы обсудить возможность сохранения эректильной функции, поскольку результаты онкологического лечения становятся с каждым годом все лучше и вопрос реализации репродуктивного потенциала таких пациентов остается актуальным.

Российские исследования антибиотикорезистентности внебольничных штаммов уропатогенов

Роман Сергеевич КОЗЛОВ, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, ректор Смоленского государственного медицинского университета, главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, рассказал собравшимся об исследованиях антибиотико-

резистентности внебольничных штаммов уропатогенов ДАРМИС-1, ДАРМИС-2, ДАРМИС-3, проведенных в период с 2010 по 2023 г. В исследованиях участвовали пациенты разных возрастов (взрослые и дети) с внебольничными циститом и пиелонефритом, а также беременные женщины с теми же заболеваниями или бессимптомной бактериурией.

Всего в рамках трех исследований был проанализирован 3161 изолят:

- 1918 изолятов в субпопуляции взрослых (60,7%);
- 700 изолятов в субпопуляции беременных (22,1%);
- 543 изолята в субпопуляции детей и подростков до 18 лет (17,2%).

На базе данных исследования ДАРМИС-3 было проанализировано 1098 изолятов из 21 города и 39 центров. Как и прежде, в структуре возбудителей внебольничных ИМП лидируют представители обшир-



XIX Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025»

ного семейства *Enterobacteriaceae*. Основной уропатоген – *Escherichia coli*. *Klebsiella pneumoniae* встречается в 10% случаев, преимущественно при осложненных ИМП у взрослых и, реже, у беременных. *Pseudomonas aeruginosa* по-прежнему не является проблемой внебольничных ИМП

в России. Изменения структуры возбудителей между этапами исследования в целом не выявлены. Кроме того, были оценены изменения в устойчивости к антибиотикам и фармакодинамическим параметрам. Установлено, что при внебольничных инфекциях нижних отделов мочевого

водящих путей фосфомицин перорально, нитрофураны и цефалоспорины третьего поколения сохраняют приемлемую активность. При внебольничных инфекциях верхних отделов мочевыводящих путей хорошую эффективность демонстрируют инъекционные карбапенемы.

Новые антимикробные препараты и новые механизмы резистентности

Доклад профессора Сергея Владимировича СИДОРЕНКО, д.м.н., члена-корреспондента РАН, руководителя отдела молекулярной микробиологии и эпидемиологии Федерального научно-клинического центра инфекционных болезней, профессора кафедры медицинской микробиологии СЗГМУ имени И.И. Мечникова, был посвящен механизмам резистентности к новым антимикробным препаратам. Прежде всего, он констатировал рост летальных исходов в мире, особенно среди лиц пожилого возраста, от инфекционных заболеваний за последние 30 лет (1990–2021 гг.), вызванных и/или связанных с антибиотикорезистентностью. Предполагается, что внедрение новых эффективных антиграммотрицательных антибиотиков в ближайшие 25 лет позволит предотвратить более 11 млн смертей. Главные причины смерти обусловлены устойчивостью грамотрицательных бактерий к карбапенемам. Появление генов, локализованных на подвижных генетических элементах, привело к быстрому вну-

три- и межвидовому распространению. Именно карбапенемазы стали причиной ферментативной инактивации. По данным межрегиональной общественной организации «Альянс клинических химиотерапевтов», в реанимационных отделениях летальность, вызванная продуцентами карбапенемаз, повысилась на 15%.

Традиционные клавуланат, сульбактам, тазобактам не эффективны в отношении карбапенемазы. В рекомендациях IDSA (2022 г.) для лечения пиелонефрита и осложненных ИМП предлагается использовать современные цефтазидим/авибактам, меропенем/ваборбактам, имипенем/релебактам, цефидерокол в зависимости от вида карбапенемаз.

К сожалению, формирование резистентности обгоняет разработку новых антибиотиков. Установлено, что меропенем/ваборбактам и имипенем/релебактам действуют лишь на очень ограниченную группу КРС-карбапенемаз и неэффективны в отношении более распространенных в нашей стране NDM, OXA-48. Порядка 30 публикаций описыва-

ют формирование резистентности в процессе терапии препаратами цефтазидим/авибактам, обусловленной мутацией в гене KPC-3. В 2025 г. была опубликована работа европейских исследователей о том, что в процессе лечения инфекции, вызванной продуцентом OXA-48, сформировалась устойчивость к цефтазидиму/авибактаму. Причина заключается в появлении мутации в гене бета-лактамазы расширенного спектра CTXM-15 (аминокислотная замена P167S). Цефидерокол также не оправдал в полной мере надежд на его эффективность против бактерий. В клиническом исследовании CREDIBLE летальность от нозокомиальной пневмонии и сепсиса на фоне цефидерокола была выше, чем на фоне препаратов сравнения.

Таким образом, скорость развития резистентности определяет длительность жизни антимикробных препаратов. По мнению профессора С.В. Сидоренко, оценка потенциала к развитию резистентности должна стать обязательным компонентом доклинического изучения. Предотвратить формирование резистентности и устранить потребность в новых антибиотиках можно, лишь остановив эволюцию.

Уросепсис. Что нового?

Владимир Витальевич КУЛАБУХОВ, к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, в своем докладе представил картину увеличения летальных исходов от инфекций, в том числе от уросепсиса. Сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция ор-

ганизма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной этиологии (бактериальную, вирусную, грибковую), приводящего к остро возникающей органной дисфункции. В России, согласно исследованию РИОРИТа-2, за последние десять лет средняя летальность от инфекций в ОРИТ увеличилась в 1,5 раза. Инфекции чаще всего локализуются в дыхательной системе

(39%), брюшной полости (17%), коже и мягких тканях (10%), мочеполовой системе (6%).

Факторами риска уросепсиса часто выступают пиелонефрит, обструкция мочевых путей, врожденная уропатия, нейрогенный мочевой пузырь, а также возраст, сахарный диабет, иммуносупрессия и др. Согласно клиническим рекомендациям, антимикробная терапия и контроль инфекционного очага считаются доминирующими методами лечения сепсиса. Однако неадекватная эмпирическая анти-



XIX Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025»

бактериальная терапия и нарушение уродинамики или наличие мочевого катетера являются факторами риска 30-дневной летальности у пациентов с уросепсисом.

Вероятность развития органной дисфункции у пациента можно оценить с помощью Шкалы ранней тревоги (частота дыхания 22 и более, нарушение сознания GCS менее 13, систолическое давление менее 100 мм рт. ст.). Органную дисфункцию следует подтвердить с помощью лабораторных методов диагностики, определив

степень воспаления, причину инфекции и выраженность органной дисфункции. В связи с данной проблемой большая роль отводится взаимодействию клиницистов и микробиологов лабораторий.

В клинических рекомендациях «Сепсис у взрослых» рекомендуется быстро выявить или исключить конкретный анатомический диагноз инфекции, требующий экстренного контроля источника, и выполнить необходимые хирургические вмешательства как можно быстрее от момента

идентификации источника инфекции и установления диагноза сепсиса или септического шока. Профилактика уросепсиса предусматривает изоляцию всех пациентов, инфицированных полирезистентными штаммами микроорганизмов, рациональное использование антибиотиков, сокращение сроков госпитализации, как можно более раннее удаление постоянного уретрального катетера, использование закрытой дренажной системы и минимально инвазивных методов.

Новые способы борьбы с устойчивостью к антибиотикам

С небольшим дополнением выступила Наиля Ахатовна ЗИНГАГИРОВА д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НИЦ эпидемиологии и микробиологии имени академика Н.Ф. Гамалеи. По утверждению спикера, становится совершенно

очевидным, что основной способ борьбы с антибиотикорезистентностью – это разработка новых антибактериальных препаратов, которые будут преодолевать резистентность, и к которым не развивается резистентность. Антибактериальные препараты должны инактивировать

факторы вирулентности, что способствует снижению селективного давления и подавлению антибиотикорезистентных бактерий.

Доказательством эффективности новой парадигмы для разработки препаратов – «Не убить, а разоружить» стало создание отечественного оригинального лекарственного средства фтортиазинон, соответствующего всем инновационным критериям. ☺

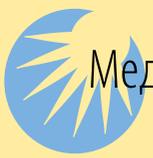


• конференции • выставки • семинары •

Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для ВРАЧЕЙ различных специальностей, ПРОВИЗОРОВ и ФАРМАЦЕВТОВ. Мы работаем ПО ВСЕЙ РОССИИ!

- Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •
- Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •
- Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

Организация профессиональных медицинских форумов
для врачей, провизоров и фармацевтов.
Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!



Современное ведение пациенток с неосложненной инфекцией мочеполовой системы

Инфекции мочеполовой системы относятся к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям в клинической практике. У женщин особенно часто встречаются инфекции нижних мочевыводящих путей, которые проявляются в виде острого цистита. Симпозиум, состоявшийся в рамках XIX Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025», был посвящен особенностям лечения и профилактики неосложненной инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин. Ведущие эксперты рассмотрели проблемы ведения пациенток с инфекциями мочевыводящих путей, подходы к назначению антибактериальной терапии, а также обсудили новые клинические рекомендации по лечению бактериального цистита.

Клинические рекомендации Минздрава России 2025 года «Цистит у женщин»

Председатель Московского общества урологов, руководитель группы инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии отдела общей и реконструктивной урологии Научно-исследовательского института урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, д.м.н., профессор Тамара Сергеевна ПЕРЕПАНОВА отметила, что начиная с 2025 г. действуют обновленные клинические рекомендации «Цистит у женщин», утвержденные Минздравом России. В соответствии с клиническими рекомендациями бактериальный цистит – это инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря, локализующийся преимущественно в слизистой оболочке. Бактериальный цистит относят к неосложненным инфекциям нижних мочевыводящих путей, то есть у пациентов, чаще у женщин, отсутствуют функциональные и анатомические нарушения оттока мочи из почек или мочевого пуз-

ря, а также структурные изменения в почках или мочевыводящих путях и не имеется серьезных сопутствующих заболеваний.

Основным возбудителем неосложненных инфекций нижних мочевыводящих путей является уропатогенная *E. coli*, которую выявляют у 75–80% пациентов. Реже встречается *Klebsiella* spp. – у 10% пациентов, а также *Staphylococcus saprophyticus* – в 5–10% случаев. Крайне редко выделяют другие энтеробактерии, например *Proteus mirabilis*.

На сегодняшний день известно, что *E. coli* обладает факторами вирулентности, за счет которых она адгезируется на слизистой оболочке. К этим факторам относятся такие поверхностные структурные компоненты, как липополисахариды, полисахаридная капсула, флагеллы, адгезины, пили, протеины наружной мембраны и пр. Кроме того, *E. coli* секретирует токсины.

Необходимым условием развития бактериального цистита являются колонизация и адгезия значительного количества бактерий к поверх-

ности уротелиальных клеток и последующая возможная инвазия их в зонтичные клетки поверхностного слоя слизистой оболочки мочевого пузыря. Бактерии прикрепляются к эпителию с помощью фимбрий. При попадании бактерии в мочевой пузырь инфекционный процесс может развиваться по трем сценариям:

- 1) острый цистит;
- 2) рецидивирующий цистит;
- 3) бессимптомная бактериурия.

В большинстве случаев развитие воспалительного процесса при мочевой инфекции происходит восходящим путем. Часть бактерий уклоняется от врожденного иммунного ответа, нейтрофильной инфильтрации. Бактерии либо инвазируют в клетку хозяина, либо, изменив свою морфологию, становятся устойчивыми к нейтрофилам. Они размножаются и формируют внутриклеточные бактериальные сообщества – биопленки.

Адгезия микроорганизмов к уроэпителиальным клеткам возможна в результате:

- повышения содержания рецепторов для бактериальной адгезии на клеточных мембранах;
- снижения выработки антимикробных пептидов;



XIX Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025»

- разрушения или изменения защитного мукополисахаридного слоя (особенности муцина, нарушение кровообращения в стенке мочевого пузыря).

По словам докладчика, при сборе анамнеза и жалоб у всех пациенток с подозрением на цистит рекомендуется выявлять наличие следующих симптомов острого цистита:

- частое мочеиспускание малыми порциями мочи;
- рези;
- боли при мочеиспускании;
- боль над лоном;
- императивные позывы к мочеиспусканию;
- иногда примесь крови в моче (особенно в последней порции);
- отсутствие зуда и обильных влагалищных выделений;
- наличие цистита у матери пациентки;
- связь обострения цистита с половым актом, переохлаждением ног;
- наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет).

Кроме того, необходимо выяснить, не было ли каких-либо симптомов со стороны мочеиспускания за четыре недели до обращения к врачу. Сегодня для объективной оценки симптомов острого цистита предложена количественная оценка по шкале симптомов острого цистита (ACSS). Значение шесть баллов и более при оценке типичных симптомов может свидетельствовать о наличии острого цистита (чувствительность – 97,4% и специфичность – 86,7%).

При постановке диагноза необходимо дифференцировать острый цистит с синдромом острой дизурии, который может развиваться при остром уретрите, остром вагините, вагинозе, неинфекционном уретрите.

Следует помнить, что постановка диагноза может быть затруднена из-за циститоподобных состояний, таких как гипероактивный мочевой пузырь, генитоуринарный менопаузальный синдром, бессимптомная бактериурия, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП),

пролапс органов малого таза, инородные тела, свищевые ходы, остаточная моча, дизурия при сахарном диабете, ковид-19-ассоциированный цистит.

При постановке диагноза бактериального цистита у всех больных проводят физикальный осмотр. При физикальном обследовании пациенток с циститом выявляется болезненность различной степени при пальпации в надлобковой области в проекции мочевого пузыря. При локальном осмотре промежности отмечают наличие или отсутствие высыпаний на слизистой оболочке, кондилом, расположение наружного отверстия уретры по отношению к передней стенке влагалища. Также выявляют наличие зуда, обильных патологических выделений из влагалища и характер выделений (слизистые, гнойные, белые, творожистой консистенции и т.д.). При пальцевом влагалищном исследовании обращают внимание на состояние мочеиспускательного канала, особенно у пациенток с рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей (ИМП), болезненную пальпацию шейки мочевого пузыря.

При подозрении на острый цистит больным проводят лабораторные диагностические исследования. При этом выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления признаков воспаления мочевыводящих путей рекомендуется только пациенткам при осложненном или рецидивирующем (хроническом) цистите. В качестве альтернативы общему анализу мочи при остром неосложненном цистите и рецидивирующем цистите анализ мочи может быть выполнен с помощью тест-полосок – положительный тест на нитриты и лейкоцитарную эстеразу. Проведение бактериологического анализа мочи (культуральный посев мочи) при остром цистите не показано. Его проводят только при подозрении на пиелонефрит, при персистирующих симптомах в пределах четырех недель после окончания антибиотикотерапии, у пациенток с атипичными симптомами и у беременных.

Согласно клиническим рекомендациям, бактериологический анализ мочи показан пациенткам с рецидивирующим циститом. Также у части больных рекомендовано проведение бактериологического исследования влагалищного содержимого для выявления этиологических уропатогенов и для исключения ИППП.

При остром цистите или обострении рецидивирующего (хронического) цистита с целью подтверждения диагноза острого цистита молодым женщинам до 40 лет не рекомендуется проводить рутинное расширенное обследование: ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря и/или цистоскопию. Такое обследование рекомендовано пациенткам с рецидивирующим (хроническим) циститом в возрасте старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря.

В свою очередь, УЗИ почек и/или компьютерная томография почек рекомендуется для диагностики острого восходящего пиелонефрита у пациенток с циститом с подозрением на восходящую инфекцию (гипертермия свыше 38 °С, боли в поясничной области, боли при пальпации почек).

Кроме того, пациенткам при рецидивах заболевания, при отсутствии эффекта от проводимого лечения, рекомендовано проведение измерения скорости потока мочи (урофлоуметрии) с определением объема остаточной мочи для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

Профессор Т.С. Перепанова отметила, что лечение при остром цистите направлено на достижение длительного клинического результата. Лечение при рецидивирующем цистите предусматривает улучшение качества жизни пациенток, профилактику рецидивов, предупреждение и лечение осложнений.

Наличие бактерий в моче без симптомов инфекционно-воспалительного заболевания не требует антибактериальной терапии.

При назначении антибактериальных препаратов пациентке с ИМП



При остром цистите клинический анализ мочи для выявления признаков воспаления мочевыводящих путей рекомендуется пациенткам при осложненном или хроническом цистите.

Альтернативный анализ мочи при остром неосложненном течении заболевания может быть выполнен с помощью тест-полосок – положительный тест на нитриты и лейкоцитарную эстеразу

прежде всего следует учитывать наличие клинических симптомов заболевания, локальные данные по резистентности уропатогенов, фармакокинетические и фармакодинамические характеристики назначаемого лекарственного препарата, а также особенности урологической инфекции.

В соответствии с современными отечественными и международными рекомендациями для лечения острого бактериального цистита терапией выбора являются: фосфомицина трометамол внутрь – 3 г однократно (уровень доказательности – 1А), фуразидин или фуразидина калиевая соль с магния карбонатом внутрь – 100 мг три раза в сутки в течение пяти – семи дней или нитрофурантоин внутрь – 100 мг три раза в сутки в течение пяти дней.

Пациенткам с неосложненным циститом при непереносимости препаратов первой линии в качестве альтернативы рекомендуется назначение цефиксима – 400 мг в сутки в течение пяти дней, нифуратела – 200–400 мг три раза в сутки в течение семи дней. (Такие препараты, как фторхинолоны, удалены из рекомендаций по лечению бактериального цистита в 2019 г.)

Фосфомицина трометамол – хорошо известный антибактериальный препарат с доказанным выраженным бактерицидным действием. Представляет собой производное фосфоновой кислоты, ингибирует синтез пептидогликана стенки бактерий. Преимуществом фосфомицина трометамола является краткий курс лечения (одна доза) и низкий уровень приобретенной резистентности микроорганизмов, вызывающих ИМП.

По данным исследований, фосфомицина трометамол ингибировал все бета-лактамазы расширенного спектра *E. coli*, *P. mirabilis*, устойчивые к метициллину штаммы *S. saprophyticus*, а также изоляты *K. pneumoniae*, продуцирующие карбапенемазу. Фосфомицин обладает активностью против наиболее распространенных уропатогенов с множественной лекарственной устойчивостью и может быть надежным эмпирическим средством для лечения неосложненных ИМП, вызванных этими микроорганизмами. Обоснования по эффективности использования фосфомицина трометамола в лечении острых и неосложненных инфекций нижних отделов мочевыводящих путей получили подтверждение в ряде метаанализов и систематических обзоров (максимальная степень доказательности – 1А).

Далее докладчик остановилась на проблеме ведения пациенток с бессимптомной бактериурией, которая часто встречается как у здоровых женщин, так и у пациенток с урологическими нарушениями в мочевыводящих путях. Это состояние вносит большой вклад в нерациональное применение антибиотиков и способствует появлению антибиотикорезистентных микроорганизмов.

Бессимптомной (асимптоматической) бактериурией называют бактериурию, обнаруженную во время обследования при отсутствии клинических проявлений. Согласно рекомендациям, антибактериальное лечение бессимптомной бактериурии показано только небольшой группе пациенток перед эндоурологическими операциями

с повреждением слизистой оболочки мочевых путей, а также у беременных при наличии факторов риска. Беременным с бессимптомной бактериурией назначают монодозную терапию – 3 г фосфомицина трометамола через каждые десять дней в течение трех месяцев либо цефиксим – 400 мг один раз в сутки в течение пяти дней.

При выявленной чувствительности назначают амоксициллин + клавулановую кислоту и Нефростен – растительный препарат, содержащий золототысячник, корень любистока, листья розмарина обыкновенного. Наличие у женщины двух обострений цистита в течение полугода или трех и более – в течение года свидетельствует о хроническом (рецидивирующем) цистите. По результатам исследований, 25–30% женщин испытывают рецидив цистита после первого эпизода.

К факторам риска рецидива цистита относят:

- предшествующие ИМП;
- ИМП у матери;
- эпизоды ИМП в детстве;
- регулярные половые акты;
- применение спермицидов;
- нового сексуального партнера в предшествующий год;
- половые контакты высокого риска;
- запор; гормональные изменения (менопауза);
- сахарный диабет и др.

Современная стратегия ведения пациенток с рецидивирующей ИМП предусматривает поведенческую терапию, антимикробную и не-антимикробную профилактику. Поведенческая терапия предполагает уменьшение сексуальной активности, уменьшение использования интравагинальных противозачаточных средств, мочеиспускание и подмывание после коитуса, подмывание спереди назад, обильное питье (более 1,5 л воды в день). В качестве антимикробной профилактики при рецидивирующей ИМП не рекомендуется применять длительно субингибирующие дозы антибиотиков. Показаны посткоитальная антимикробная профилактика, интер-



XIX Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025»

миттирующие курсы самолечения, препараты бактериофагов. Неантимикробная профилактика включает местное применение эстрогенов, фитопрепараты, пробиотики, иммунопрофилактику, эндовезикальные инстилляции препаратов гиалуроновой кислоты, хондроитина сульфата.

В соответствии с последними клиническими рекомендациями в лечении обострений у пациенток с ИМП применяют следующие препараты: фосфомицина трометамол, фуразидин, фуразидина калиевую

соль с магния карбонатом (1 : 1), нитрофурантоин, нифурател (до или сразу после полового акта при посткоитальном цистите). Также в зависимости от результатов бактериологического исследования рекомендован цефиксим, если меры неантимикробной профилактики оказались неэффективны.

Пациенткам с частыми рецидивами бактериального цистита рекомендуется фосфомицин – 3 г один раз в десять дней на протяжении трех месяцев для лечения и профилактики обострений. С целью посткои-

тальной антибиотикопрофилактики до и после полового акта рекомендуется нитрофурантоин – 50 мг (при неэффективности прочих неантимикробных методов).

Кроме того, пациенткам с частыми рецидивами бактериального цистита можно назначать иммунопрофилактику лиофилизированным лизатом бактерий *E. coli*, вагинальную эстроген-заместительную терапию, а также фитотерапевтический препарат, содержащий золототысячник, корень любистока, листья розмарина обыкновенного.

Принципы отбора антимикробных препаратов для лечения неосложненной инфекции мочевыводящих путей

Профессор кафедры клинической фармакологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, д.м.н. Владимир Владимирович АРХИПОВ рассказал о современных подходах к выбору антибактериальной терапии при неосложненной ИМП. Спикер отметил, что антибактериальное препарату необходим определенный период времени, чтобы уничтожить бактерии, вызывающие острый цистит. В исследованиях показано, что для уничтожения стандартной культуры, вызывающей неосложненную ИМП (*E. coli*), антибиотику необходимо 12–24 часа.

Однако при лечении ИМП нередко возникают сложности в достижении полного терапевтического эффекта. После того как бактерии *E. coli* попадают в мочевой пузырь, они проникают в клетки уротелия, где в течение 8–16 часов происходит созревание микробного сообщества. Антибиотики и клетки иммунной системы не могут причинить вред *E. coli*, пока они находятся внутри клеток эпителия. Новая генерация бактерий покидает клетки уротелия через 16–24 часа. Таким образом, несмотря на антибактериальную терапию, у пациенток с бактериальным циститом происходят рецидивы заболевания.

Через шесть месяцев после перенесенного цистита у 20–30% женщин возникает повторный эпизод. По некоторым данным, рецидивирующие инфекции чаще встречаются у молодых здоровых женщин без анатомических и физиологических изменений в мочевыводящих путях, чем у женщин более старшего возраста и с коморбидными заболеваниями.

Исследования последних лет показали, что женщины, которые перенесли цистит, вызванный кишечной палочкой (*E. coli*), более склонны к повторным случаям. Выявлено, что в 50–78% случаев бактериальные штаммы, вызывающие рецидив, генетически идентичны тем, что были причиной первого острого цистита.

По мнению докладчика, выживание возбудителей неосложненной ИМП после антибиотикотерапии обеспечивают определенные защитные механизмы. Персистирующие штаммы бактерий, в частности *E. coli*, в отличие от исходных возбудителей ИМП, имеют большое число генов вирулентности, более выраженную адгезию к уротелию и инвазивность, а также высокую устойчивость к лечению.

Кроме того, среди устойчивых микроорганизмов, вызывающих рецидивы цистита, выделяются бактерии-персистеры. Они составляют

незначительную часть популяции (менее 1%), но обладают повышенной устойчивостью к антимикробным препаратам. Устойчивость бактерий-персистеров к антибиотикам проявляется на уровне фенотипа и связана со снижением метаболизма и низким уровнем аденозинтрифосфата натрия.

После антибиотикотерапии среди возбудителей инфекций появляется группа толерантных бактерий, обладающих фенотипической устойчивостью. Важно подчеркнуть, что именно они способны быстро создавать биопленки. Таким образом, развитию рецидивов неосложненной ИМП способствуют бактериальные сообщества с повышенной резистентностью к антибактериальным препаратам, поддерживающие бактериальную персистенцию и обладающие механизмами устойчивости.

В современном мире наблюдается значительный рост устойчивости к антибиотикам, что существенно ограничивает выбор эффективных препаратов для лечения неосложненных ИМП и их рецидивов. Например, исследования показывают, что среди *E. coli*, вызывающих рецидивы цистита, в два раза больше бактерий, устойчивых к ципрофлоксацину.

Профессор В.В. Архипов подчеркнул, что результаты исследований и клиническая практика свидетельствуют о сохраняющемся высоком уровне чувствительности изолятов *E. coli* к фосфомицину. Это делает



XIX Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025»

При длительной антибактериальной терапии у пациенток с инфекцией мочевыводящих путей формируется популяция бактерий, устойчивых к лечению. Поэтому парадигму лечения таких инфекций, как цистит, можно заключить в формулу: «чем короче, тем лучше». Исследования доказали клиническую эффективность кратких курсов приема антибактериальных препаратов

его одним из наиболее предпочтительных препаратов для лечения неосложненной ИМП.

Исследования выявили, что мутации, отвечающие за устойчивость к фосфомицину, имеют высокую цену для бактерий. Все штаммы с такими мутациями показали значительное снижение максимальной скорости роста в моче по сравнению с «диким» типом. Это делает их менее конкурентоспособными по сравнению с нормальной микрофлорой человеческого организма. Они размножаются менее активно и имеют больше шансов погибнуть. Кроме того, кислая среда (рН 5–6) усиливает активность фосфомицина, так как препарат становится более липофиль-

ным и легче проникает в клетки и бактерии.

Докладчик подчеркнул, что при длительной антибактериальной терапии у пациенток с ИМП формируется популяция бактерий, устойчивых к лечению. Поэтому парадигму лечения таких инфекций, как цистит, можно заключить в формулу: «чем короче, тем лучше».

Исследования последних лет доказали клиническую эффективность кратких курсов приема антибактериальных препаратов. После трехдневного курса антибиотикотерапии в три раза реже развиваются устойчивость микроорганизмов и нежелательные явления по сравнению с длительными курсами лечения (7–14 дней).

Инфекции мочевыводящих путей в пери- и постменопаузе у пациенток: когда и как длительно лечить

В завершение конференции с докладом выступила заслуженный врач РФ, заведующая по клинической работе научно-поликлинического отделения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова Минздрава России Гюльдана Рауфовна БАЙРАМОВА. В своем выступлении она подчеркнула, что ИМП представляют собой обширную группу заболеваний, в которую входят различные инфекционные процессы. Наиболее часто гинекологи в своей практике сталкиваются с циститом. Докладчик уделила особое внимание ключевым аспектам лечения бактериального цистита.

Бактериальный цистит является наиболее частой причиной обращения за медицинской помощью, составляя более половины от всех случаев ИМП. Это заболевание может возникнуть в любом возрасте, включая женщин как репродуктивного, так и менопаузального и постменопаузального периодов. Также цистит является распространенной инфекцией при беременности.

На сегодняшний день известны физиологические механизмы защиты, препятствующие развитию цистита. Среди них:

- акт мочеиспускания, то есть механический вымывающий эффект мочи;
- наличие мукополисахаридного слоя на слизистой оболочке мочевого пузыря;

В этой связи оптимальным выбором является фосфомицин. Его концентрация в моче после однократного приема в дозе 3 г достаточно высокая для элиминации большинства распространенных уропатогенов.

В заключительной части доклада профессор В.В. Архипов вновь обратил внимание на то, что при ведении пациенток с неосложненными ИМП следует отдавать предпочтение коротким курсам антибактериальных препаратов, однако важно строго придерживаться графика приема и не пропускать ни одной дозы.

Фосфомицин – это препарат, который обеспечивает эффективное, но кратковременное воздействие на бактерии (не более трех дней). Это позволяет повысить приверженность пациенток лечению, так как они могут быть уверены, что терапия закончится быстро.

Как показывают исследования последних лет, в популяции *E. coli* сохраняется низкий уровень приобретенной резистентности к фосфомицину, поэтому он является препаратом выбора для лечения неосложненных ИМП.

- продукция антимикробных пептидов слизистой оболочки мочевого пузыря;
- низкий рН и высокая молярность мочи (эти показатели обеспечивают кислую среду, которая также препятствует размножению бактерий);
- наличие иммуноглобулинов А в моче, препятствующих бактериальной адгезии.

При сборе анамнеза на амбулаторно-поликлиническом приеме пациентки с жалобами на симптомы цистита прежде всего следует обратить внимание на возможное наличие следующих состояний или заболеваний:

- анатомические дефекты, приводящие к застою, обструкции или рефлюксу мочи; атрофический вагинит;
- пролапс тазовых органов; гиперактивный мочевой пузырь;
- недержание мочи;



XIX Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2025»

- интралюминальные, интрамуральные и экстрамуральные поражения;
- мочевого свищ;
- мочекаменная болезнь и др.

Профессор Г.Р. Байрамова отметила, что цистит у женщин часто рецидивирует. Рецидивирующим считается цистит, который возникает не менее двух раз в течение полугода или не менее трех раз в год. В современных научных работах активно изучается взаимосвязь между заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и возникновением цистита. Исследования выявили закономерную корреляционную связь между изменениями кишечной проницаемости, дисбактериозом кишечника и развитием рецидивирующего цистита.

Кроме того, научные изыскания подтверждают достоверную связь между возрастом женщины и возникновением цистита. В период постменопаузы, когда уровень эстрогенов и прогестерона снижается, происходит утончение многослойного плоского эпителия влагалища, возникает дефицит гликогена и нарушается местный иммунитет. Это в свою очередь увеличивает риск развития атрофических заболеваний, таких как генитоуринарный менопаузальный синдром и вульвовагинальная атрофия. Гормональные изменения во время менопаузы влияют на микробиом влагалища, что сказывается на микробиоме мочевыводящих путей и повышает риск развития ИМП, в частности цистита.

Последние данные свидетельствуют, что у 41% женщин в возрасте 50–79 лет есть хотя бы один из симптомов вульвовагинальной атрофии. В условиях продолжительной гипоестрогении истонченная слизистая оболочка урогенитального тракта весьма чувствительна к травмам и подвержена развитию инфекций.

Профессор Г.Р. Байрамова отметила, что, пациенткам в пери- и постменопаузальном периоде необходимо пройти тщательное комплексное обследование, кото-

рое включает сбор анамнеза, анализ сопутствующих симптомов, дифференциальную диагностику и результаты проведенных исследований. Важно проводить обследование в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями с целью окончательной верификации диагноза.

На данный момент при лечении неосложненного цистита у женщин не рекомендуется использовать антибиотики из группы фторхинолонов, а также ампициллин, амоксициллин и сульфаметоксазол/ко-триметоприм.

Согласно современным отечественным и зарубежным клиническим рекомендациям, первой линией консервативного лечения цистита у женщин являются следующие препараты: фуразидин, фосфомицина трометамол, нитрофурантоин.

Одним из преимуществ фосфомицина трометамола перед другими препаратами является его короткий курс лечения. Достаточно однократного приема, чтобы быстро достичь терапевтического эффекта и повысить приверженность пациенток лечению. Пациенткам с рецидивирующим циститом рекомендуется принимать фосфомицин в дозировке 3 г один раз в десять дней на протяжении трех месяцев. Это поможет не только вылечить, но и предотвратить обострения заболевания.

При лечении пациенток с неосложненными ИМП ключевым моментом является выбор антибактериального препарата, который эффективно воздействовал бы на широкий спектр возбудителей инфекции.

Сегодня научно доказана активность фосфомицина против основных уропатогенов, включая полирезистентные штаммы. Исследования показывают, что более 95% всех изолятов *E. coli* сохраняют чувствительность к фосфомицину. При этом препарат оказывает минимальное воздействие на микрофлору кишечника и не нарушает работу ЖКТ.

В масштабном международном исследовании было установлено, что *E. coli* чувствительны к фосфомицину в 96,41% случаев. Более чем в 90% случаев не развивается резистентность *E. coli* при использовании фосфомицина.

Таким образом, полученные результаты подтверждают, что фосфомицин на сегодняшний день является препаратом выбора для лечения неосложненных ИМП.

Безопасность фосфомицина была изучена в ходе 28 проспективных сравнительных исследований. Результаты показали, что наиболее распространенными нежелательными явлениями являются нарушения со стороны ЖКТ, однако их частота не превышает 6,5%.

Исследования также доказали, что применение фосфомицина трометамола на ранних сроках беременности не связано с повышенным риском возникновения неблагоприятных репродуктивных исходов. Важно отметить, что фосфомицина трометамол является единственным антибиотиком, который может применяться в однократной дозе на протяжении всей беременности. Таким образом, исследования подтверждают, что фосфомицин обладает высоким профилем безопасности.

Профессор Г.Р. Байрамова, подводя итоги, отметила, что женщины в возрасте от 40 лет, особенно в период пери- и постменопаузы, находятся в группе повышенного риска развития ИМП, особенно циститов. При лечении таких пациенток крайне важно учитывать наличие сопутствующих заболеваний, которые могут усугублять циститы. К числу таких заболеваний относятся болезни ЖКТ, вульвовагинальная атрофия и генитоуринарный менопаузальный синдром.

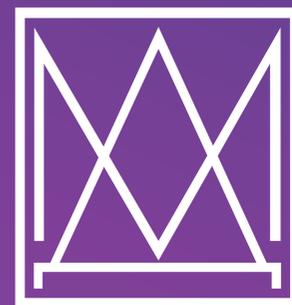
Пациенткам с неосложненными ИМП следует назначать антибактериальную терапию, которая соответствует действующим клиническим рекомендациям и не приводит к формированию устойчивых к лечению штаммов возбудителей заболевания. 🌐

XVII ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА

27–29 МАЯ 2025 ГОДА

ТЕХНОПАРК СКОЛКОВО
Г. МОСКВА, ТЕР. СКОЛКОВО ИННОВАЦИОННОГО ЦЕНТРА,
БУЛ. БОЛЬШОЙ, Д. 42, СТР. 1



МЕДИЦИНСКАЯ
ДИАГНОСТИКА

2025



БЕСПЛАТНОЕ УЧАСТИЕ. ТРЕБУЕТСЯ ТОЛЬКО РЕГИСТРАЦИЯ!

В РАМКАХ ФОРУМА

- XIX Всероссийский национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов «Радиология-2025»
- XVII Всероссийская научно-практическая конференция «Функциональная диагностика – 2025»
- XVIII Научно-практическая конференция интервенционных онкорадиологов
- XVII Международная специализированная выставка оборудования, техники, фармпрепаратов для диагностики заболеваний человека «МЕДиагностика-2025»



МНЭ МЕДИ Экспо Конгресс-оператор: ООО «МЕДИ Экспо» | Тел.: +7 (495) 721-88-66 | E-mail: expo@mediexpo.ru

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 ПОКАЗАНИЯ¹

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

**ДЛИТЕЛЬНОСТЬ
ТЕРАПИИ
НЕ ОГРАНИЧЕНА¹**



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

*Для устранения дизурических симптомов при хроническом простатите.
1. Общая характеристика лекарственного препарата Простамол® Уно

Базовая информация по медицинскому применению препарата Простамол® Уно

Показания к применению: Препарат Простамол Уно показан к применению у взрослых мужчин в возрасте от 18 лет при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (I и II стадии); для устранения дизурических симптомов (расстройство мочеиспускания, ночная поллакиурия, болевой синдром и др.) при хроническом простатите. **Противопоказания:** гиперчувствительность к экстракту плодов пальмы ползучей или к любому из вспомогательных веществ (Желатин сульфидированный, Глицерин 85%, Титана диоксид, Е171, Краситель железа оксид черный, Е172, Краситель железа оксид желтый, Е172, Карминный лак, Е120). **Режим дозирования и способ применения:** Рекомендуемая доза препарата Простамол Уно составляет 320 мг (1 капсула) 1 раз в сутки в одно и то же время. Продолжительность курса терапии не ограничена по времени. Рекомендуемая продолжительность курса терапии – не менее трех месяцев. Внутрь, после еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. **Нежелательные реакции:** Нарушения со стороны иммунной системы – Частота неизвестна: аллергические реакции на компоненты препарата. Желудочно-кишечные нарушения – Редко: дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, изжога (при приеме натощак). Условия отпуска из аптек: без рецепта. Информация для специалистов здравоохранения.

Если у вас имеется информация о нежелательном явлении, пожалуйста, сообщите об этом на электронный адрес AE-BC-RU@berlin-chemie.com. RU-PRO5-06-2025-v01-прт, утверждено 02.04.2025.

Ознакомьтесь с полной
информацией о лекарственном
препарате Простамол® Уно,
используя QR-код



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