



Высшая урологическая лига: дискуссионный разбор клинических случаев

На симпозиуме, состоявшемся при поддержке компании «Штада», в формате интерактивной дискуссии были рассмотрены оптимальные методы диагностики и лечения мочекаменной болезни, вторичного мужского бесплодия, хронического простатита в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Кроме того, обсуждались перспективы симптоматической терапии дизурии, вызванной раздражением слизистой оболочки нижних мочевыводящих путей.



Профессор, д.м.н.
П.И. Раснер

Совсем недавно на российский рынок вышел препарат Феназалгин (феназопиридин), который хорошо известен за рубежом и широко применяется во многих странах. По мнению профессора кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н. Павла Ильича РАСНЕРА, появление Феназалгина можно считать поистине революционным событием, поскольку это первый «урологический анальгетик», аналогов которому в РФ пока нет. Феназопиридин, открытый еще в 1914 г., представляет собой красный микрорекристаллический порошок (азокраситель), малорастворимый в холодной воде и легко растворимый в горячей

Феназалгин – новый игрок в команде урологических брендов

воде, спирте, глицерине, создающий кислую реакцию мочи. Изначально предполагалось, что феназопиридин обладает антисептическим и бактерицидным свойствами. Но после внедрения в практику антибиотиков роль феназопиридина была переосмыслена. Теперь его рассматривают как препарат для обезболивания при воспалительных заболеваниях, травмах мочевого пузыря и мочевыводящих путей, урологических и хирургических вмешательствах, а также после эндоскопических процедур, в том числе при использовании уретрального катетера. Анальгезирующее действие препарата проявляется исключительно в нижних мочевых путях. Уже через 20 минут после приема препарат устраняет боль, жжение, учащенные позывы к мочеиспусканию¹. Точный механизм действия феназопиридина неизвестен. Предполагается, что он, выделяясь с мочой, воздействует на слизистую оболочку нижних мочевыводящих путей, где оказывает местный анальгетический эффект.

Препарат принимают внутрь после еды по две таблетки три раза в день, запивая полным стаканом воды.

Длительность приема – не более двух дней. Феназопиридин (Феназалгин) 600 мг/сут быстро выводится с почками – на 90% в течение суток. Нужно предупредить пациента о том, что, проходя по мочевыводящим путям, феназопиридин окрашивает мочу в оранжевый цвет.

Более подробно профессор П.И. Раснер рассмотрел возможность применения Феназалгина при цистите, одном из самых распространенных урологических заболеваний. Согласно отечественным рекомендациям (2016), клиническое и микробиологическое выздоровление при цистите обеспечивают антибиотики². Однако многие пациентки в первые два-три дня страдают от боли в ожидании эффекта антимикробной терапии. Выходом из сложившейся ситуации может стать применение вместе с антибиотиком препарата Феназалгин. Феназалгин (феназопиридин) не предназначен для патогенетической терапии, но из-за быстрого и выраженного обезболивающего эффекта способствует существенному облегчению состояния больных, повышая их качество жизни. Так, феназопиридин позволил снизить интенсивность

¹ Zelenitsky S.A., Zhanel G.G. Phenazopyridine in urinary tract infections // Ann. Pharmacother. 1996. Vol. 30. № 7-8. P. 866–868.

² Цистит. Клинические рекомендации / Российское общество урологов. М., 2016.



Сателлитный симпозиум компании «Штада»

болевых ощущений при мочеиспускании у 80% пациентов с неосложненными инфекциями мочевыводящих путей в течение первых двух дней терапии. Еще более выраженную эффективность показала комбинация феназопиридина с фосфомицином, которая способствовала снижению интенсивности боли в 89% случаев и жжения при мочеиспускании в 91% случаев³. Канадские исследователи установили, что по эффективности обезболивания при интерстициальном цистите феназопиридин уступал только опиоидным препаратам (61,1 против 65,5% соответственно)⁴.

Надо помнить, что применение феназопиридина для снятия симптомов ди-

зурии вследствие инфекции не должно задерживать постановку диагноза и начало патогенетического лечения. Препарат необходимо использовать для симптоматического облегчения боли, а не для замены специфической противомикробной терапии.

Обсуждая безопасность лечения феназопиридином, профессор П.И. Раснер привел результаты одного из исследований, в ходе которого 272 пациентки с лучевым циститом получали феназопиридин свыше 14 дней (большинство от 30 до 60 дней). Частота нежелательных явлений в группе феназопиридина была даже ниже, чем в группе контроля, – 13 против 18 случаев со-

ответственно⁵. «Конечно, это не значит, что можно безбоязненно превышать рекомендуемый срок приема препарата. Но, скорее всего, потенциальная возможность феназопиридина вызывать побочные эффекты не так велика, как можно было бы думать, исходя из рекомендованных двух дней приема», – пояснил докладчик.

Таким образом, Феназалгин – единственный на сегодняшний день доступный анальгетик, предназначенный для купирования боли и дискомфорта в нижних мочевыводящих путях при любой этиологии, который можно успешно применять в рутинной практике.

Первый период. Мочекаменная болезнь

Дискуссионный разбор клинических случаев начался с представленных доцентом кафедры урологии Ивановской государственной медицинской академии, к.м.н. Алексеем Александровичем ШЕВЫРИНЫМ отдаленных результатов лечения двустороннего коралловидного уролитиаза на фоне первичного гиперпаратиреоза в детском возрасте.

Пациентка Б., 1995 г.р. В 2005 г. обратилась к хирургу городской поликлиники с жалобами на регулярные, рецидивирующие, сильные боли в животе и поясничной области с обеих сторон неясного генеза.

Анамнез жизни. Девочка от четвертой беременности, вторых срочных самостоятельных родов на 40-й неделе, рост при рождении – 51 см, вес – 3500 г. До полутора лет находилась на грудном вскармливании. Раннее психомоторное развитие и физическое развитие по возрасту. Из перенесенных заболеваний – острые респираторные заболевания, коревая краснуха. Аллергоанамнез: аллергическая реакция по типу крапивницы на гентамицин.

Наследственный анамнез. Старшая сестра, 17 лет, не обследована, жалоб на мочекаменную болезнь нет. Мать, 39 лет, здорова, наследственность по ее линии неотягощена. Отец, 42 года, потерял брата, который умер в пятилетнем возрасте от саркомы. Бабушка по линии отца умерла от рака поджелудочной железы. Сестра бабушки (83 года) страдает мочекаменной болезнью.

Пациентка Б. обследована по месту жительства.

Ультразвуковое исследование (УЗИ). Почки расположены обычно. Правая почка 110 × 40 мм, паренхима 12 мм. Левая почка 117 × 47 мм, паренхима 13 мм. Контуры ровные. Справа в лоханке имеются два конкремента – 15 × 8 мм и 13 × 8 мм, в верхней чашечке – 13 × 7 мм, в средней и нижней чашечках – множественные конкременты до 6 мм. В лоханке левой почки выявлен конкремент размером 44 × 21 мм, в верхней чашечке – 39 × 27 мм, средней чашечке – 16 × 10 мм.

Внутривенная урография. На обзорной рентгенограмме справа в проекции лоханки и верхней чашечки визуализировались три конкремента разме-



К.м.н.
А.А. Шевырин

ром до 1 см, два мелких конкремента в лоханке. Слева в проекции лоханки и чашечек – коралловидный конкремент 4 × 2 см с неровными контурами. Чашечно-лоханочная система справа не расширена, слева – расширена, эвакуация контрастного вещества замедленна.

Лабораторные исследования. Общий и биохимический анализы крови – без патологии. Общий анализ мочи: белок – 0,30 г/л, лейкоциты – 15–20 в поле зрения. Биохимический анализ мочи: оксалаты – 262 ммоль/сут.

После комплексного обследования по месту жительства пациентка Б. была направлена в Республиканскую дет-

³ Deepalatha C., Deshpande N. A comparative study of phenazopyridine (pyridium) and cystone as short-term analgesic in uncomplicated urinary tract infection // Int. J. Pharm. Pharm. Sci. 2011. Vol. 3. Suppl. 2. P. 224–226.

⁴ Lusty A., Kavalier E., Zakariasen K. et al. Treatment effectiveness in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: do patient perceptions align with efficacy-based guidelines? // Can. Urol. Assoc. J. 2018. Vol. 12. № 1. P. E1–E5.

⁵ Shore S.N., Britnell S.R., Brown J.N. Safety analysis of long-term phenazopyridine use for radiation cystitis // J. Oncol. Pharm. Pract. 2019. [Epub ahead of print].



скую клиническую больницу, где в декабре 2005 г. ей провели оперативное вмешательство – заднюю пиелолитотомию слева и нефростомию слева. Послеоперационный период протекал без каких-либо особенностей. В удовлетворительном состоянии пациентка Б. выписана на амбулаторное долечивание по месту жительства с дальнейшим поступлением на этапное лечение.

В марте 2006 г., через три месяца после хирургического вмешательства, больная поступила в Научно-исследовательский институт урологии для дообследования и дальнейшего лечения. Проведенное УЗИ почек показало со стороны правой почки в нижней группе чашечек и лоханок сформированный крупный коралловидный конкремент, общей тенью до 3,5 см в диаметре, а в проекции верхней группы чашечек – конкремент до 1,3 см. Помимо этого, со стороны левой почки также определялись конкременты до 0,6–0,7 см в диаметре. При цветном доплеровском картировании обнаружены добавочные сосуды к нижнему полюсу левой почки. Справа – магистральный тип кровоснабжения, добавочных сосудов не выявлено. По данным динамической нефросцинтиграфии, секреторная функция правой почки – на нижней границе нормы, секреторная функция левой почки снижена, дефицит секреции – 39%.

На протяжении последующих шести месяцев в Научно-исследовательском институте урологии пациентке Б. проведены четыре сеанса дистанционной литотрипсии камней правой почки с положительным эффектом. В послеоперационном периоде отмечалось остаточное отхождение песка и фрагментов с мочой. Контрольная урограмма справа показала, что камни дезинтегрированы. Пациентка Б. выписана на амбулаторное лечение по месту жительства для продолжения консервативной терапии с дальнейшей консультацией для решения вопросов о метафилактике.

В течение полугода у пациентки Б. произошел рецидив камнеобразования. Это послужило поводом для ее обследования с целью определения причин повторных быстрых рецидивов мочекаменной болезни. У пациентки выявлена гиперкальциемия (общий

кальций – 3 ммоль/л). Больная направлена на консультацию к эндокринологу в Научно-исследовательский институт детской эндокринологии РАМН, где у нее обнаружили аденому правой нижней паращитовидной железы размерами 9×7×6 мм и поставили диагноз «первичный гиперпаратиреоз». 31 июня 2006 г. в Детской городской клинической больнице № 13 им. Н.Ф. Филатова пациентке проведена операция по удалению аденомы паращитовидной железы. Послеоперационный период протекал без осложнений. В течение последующих трех лет (2007–2009) пациентка наблюдалась у эндокринолога в Институте детской эндокринологии РАМН. Рецидива гиперпаратиреоза не произошло, при УЗИ щитовидной и паращитовидных желез объемных образований не выявлено.

С 2009 по 2013 г. пациентка Б. находилась под наблюдением уролога. И несмотря на поддерживающую противорецидивную и метафилактическую терапию, у нее в почках отмечался небольшой рост конкрементов – до 5–7 мм в диаметре.

В течение пяти лет (с 2013 по 2018 г.) в связи со сменой места жительства пациентка обследование и лечение у уролога не проходила. Периодически она ощущала слабую, тупую боль и дискомфорт в поясничной области слева и подвздошных областях с обеих сторон. Только в 2019 г., в возрасте 23 лет, она обратилась к урологу из-за появления более выраженных симптомов. При обследовании обнаружено расширение чашечно-лоханочных систем с обеих сторон, в нижней чашечке левой почки определен конкремент размером до 7,8 мм в диаметре.

Лечение. По результатам обследования в областной клинической больнице г. Иваново пациентке Б. рекомендован прием комплекса НефраДоз по 300 мг (одна капсула) два раза в день в течение месяца с целью достижения литолитического и литокинетического эффекта перед планируемой дистанционной литотрипсией левой почки. Согласно результатам контрольного УЗИ, за месяц консервативной терапии конкремент в нижней чашечке левой почки стал рыхлым, негомогенным, складывалось впечатление о его ча-

стичной фрагментации. Помимо этого, наблюдались мелкие конкременты до 4 мм в верхней и средней чашечках. А.А. Шевырин предложил участникам симпозиума выбрать один из двух вариантов дальнейшей тактики лечения: продолжить консервативную терапию, ожидая самостоятельного отхождения конкрементов, либо провести оперативное вмешательство. Согласно результатам опроса методом интерактивного голосования, большинство участников (61%) отдали предпочтение консервативной терапии. Однако, по мнению А.А. Шевырина, такой вариант нецелесообразен из-за крупных размеров камня (8,5 мм).

В марте 2019 г. в урологическом отделении областной клинической больницы г. Иваново пациентке Б. выполнено два сеанса дистанционной литотрипсии с положительным эффектом и достаточным отхождением песка. Химический состав отхожавших фрагментов – смешанный фосфатно-оксалатный. В послеоперационном периоде пациентке снова был назначен НефраДоз по стандартной схеме на два месяца. Спустя месяц на фоне лечения наблюдались уменьшение конкремента нижней чашечки левой почки до 4,2 мм, без четкой акустической тени, и мелкие микролиты до 2–3 мм в диаметре.

Выбранная тактика медикаментозной терапии оказалась эффективной – при контрольном обследовании после завершения курса приема НефраДоза в нижней чашечке левой почки обнаруживались только песок и мелкие фрагменты 1–2 мм в диаметре. По мнению А.А. Шевырина, произошла дезинтеграция конкремента за счет крошения фосфатных компонентов. Известно, что одно из действующих веществ НефраДоза марена красильная содержит антрахиноны (рубериновая кислота, ализарин и др.), которые вступают во взаимодействие с фосфорнокислыми солями кальция и разрыхляют камни (при наличии в их составе фосфорнокислых солей магния и кальция), вызывая их крошение.

Таким образом, фитокомплекс НефраДоз может с успехом применяться для облегчения выведения камней и предотвращения повторного камнеобразования.



Сателлитный симпозиум компании «Штада»

Второй период. Простатит/доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Врач-уролог Краевого клинического специализированного уроandroлогического центра Родион Игоревич ПАНЧЕНКО (Ставрополь) ознакомил участников симпозиума с результатами лечения пациента с хроническим простатитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Пациент В., 1977 г.р. Обратился в Краевой клинический специализированный уроandroлогический центр (Ставрополь) с жалобами на снижение качества адекватных эрекций, тянущие боли в области промежности, учащенное мочеиспускание малыми порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, ночные мочеиспускания до двух раз. Данные симптомы пациент отмечал в течение месяца. Начало заболевания частично связывал с психоэмоциональным фактором, переохлаждением. *Состояние на момент обращения.* Сохранение утренних эрекций, регулярная половая жизнь (три-четыре коитуса в неделю). Больной ранее наблюдался у уролога по месту жительства с диагнозом «хронический конгестивный простатит». Наличие хронических заболеваний отрицал. *Физикальная диагностика.* Патологических выделений из уретры нет. Органы мошонки без изменений: левое яичко 4,5 × 2,5 см, правое – 4,5 × 2,0 см. Придатки обоих яичек не увеличены, безболезненны при пальпации, эластичные. Простата – 3,5 × 3,0 см, эластической консистенции, безболезненная при пальпации, контуры ровные, междолевая бороздка сохранена, слизистая прямой кишки над железой подвижная.

Диагноз. На основании результатов проведенных исследований поставлен предварительный диагноз «хронический простатит в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в стадии обострения».

Р.И. Панченко поинтересовался у коллег, как часто они наблюдают сочетание доброкачественной гиперплазии предстательной железы и простатита у одного и того же пациента: в 10–15% случаев, 15–40%, 40–65%, 65–100% случаев? По результатам интерактивного голосования, 55% участников симпозиума выбрали вариант 10–15% и еще 24% – 15–40%.

После постановки диагноза пациента В. направили в дневной урологический стационар для комплексного обследования, физиолечения и подбора консервативной терапии. *Лабораторные исследования.* Анализ мочи и анализ крови (общий и биохимический) – в пределах нормы, простатический специфический антиген – 1,0 нг/л.

Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы. Объем простаты – 34 см³, остаточной мочи – 4 см³. Диффузные изменения паренхимы предстательной железы с микрокальцинатами, дилатацией внутрижелезистых протоков. Гиперплазия предстательной железы, узловая форма. Дилатация внутрижелезистых протоков. Увеличение размеров, диффузные изменения обоих семенных пузырьков.

Урофлоуметрия. Мочеиспускание по типу инфравезикальной обструкции.

Лечение. По результатам проведенного обследования принято решение о назначении комбинации Профлосина (тамсулозина) 0,4 мг по одной таблетке в сутки и Простамола Уно (экстракт *Serenoa repens*) по одной капсуле в сутки в течение месяца. На повторном визите пациент В. отметил некоторое улучшение мочеиспускания, но пожаловался на начавшиеся проблемы в сексуальной сфере: ретроградную эякуляцию и снижение либидо. Кроме того, его беспокоили общая слабость, гипотония, головокружение.



Р.И. Панченко

Докладчик обратился к участникам симпозиума, чтобы узнать их мнение о дальнейшей тактике ведения пациента В.: отменить терапию или ее продолжить? Подавляющее большинство (88%) проголосовали за отмену назначенной терапии ввиду развития побочных эффектов. Лечащие врачи пациента В. также приняли решение о переходе на препарат Витапрост Форте – ректально по одному суппозиторию в сутки в течение 20 дней с дальнейшим приемом препарата Витапрост перорально по одной таблетке два раза в сутки в течение 20 дней. Лечение оказалось успешным: удалось купировать болевой синдром и нормализовать мочеиспускание, активных жалоб у пациента не было.

Эффективность терапии с применением препаратов Витапрост форте в форме суппозитория и Витапрост в таблетированной форме была подтверждена результатами контрольного обследования (общего анализа мочи и трансректального ультразвукового исследования предстательной железы). Изменился характер мочеиспускания: по данным урофлоуметрии, признаков инфравезикальной обструкции не было.

Таким образом, терапия препаратом Витапрост, который обладает органо-тропным действием в отношении предстательной железы, позволила снизить отек предстательной железы и улучшить в ней микроциркуляцию, а также устранить инфравезикальную обструкцию.



К.М. Мирзоев

Врач-андролог отделения урологии Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова Кямран Мусаевич МИРЗОЕВ поделился опытом медикаментозного лечения мужского бесплодия после варикоцелэктомии у пациента с вторичным бесплодием. Пациент С., 36 лет, обратился в августе 2018 г. с жалобой на невозможность зачатия ребенка. Десять лет состоит в браке, имеет дочь пяти лет. В течение последних двух лет регулярной половой жизни без предохранения беременность у супруги не наступает. Супруга обследована, здорова. Следовательно, можно предположить у пациента С. вторичное бесплодие. **Анамнез.** Половая жизнь с 19 лет. Половая партнерша постоянная, случайные половые связи и инфекционные заболевания отрицает. Работает архитектором, профессиональные вредности отрицает. Вредных привычек нет. Наследственность по бесплодию неотягощена.

Клинический осмотр. Объективный статус: рост – 176 см, масса тела – 76 кг. Рост волос и распределение подкожной жировой клетчатки – по мужскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Оба яичка находятся в мошонке, безболезненные, эластической консистенции. Вены правого семенного канатика – без изменений, вены левого семенного канатика расширены – варикоцеле второй степени.

Лабораторное обследование. Основные лабораторные показатели (общий анализ мочи, мазок из уретры на микроскопию, соскоб из уретры на ДНК-

Третий период. Мужское бесплодие

диагностику инфекций, передаваемых половым путем) – без изменений. Уровень половых гормонов в крови – в пределах нормы. Заключение спермограммы: астенозооспермия.

Результаты УЗИ мошонки по стандартной методике. Объем яичка справа – 18 мл³, объем яичка слева – 16 мл³. Эхогенность и структура обоих яичек и их придатков не изменены. Вены правого семенного канатика – $1,9 \pm 0,1$ мм в диаметре, вены левого семенного канатика – $3,4 \pm 0,3$ мм в диаметре, с признаками рефлюкса при пробе Вальсальвы.

Диагноз. На основании жалоб, анамнеза, данных клинического осмотра, спермограммы и УЗИ пациенту С. установлен клинический диагноз «бесплодный брак, вторичное мужское бесплодие, астенозооспермия, варикоцеле слева второй стадии».

Лечение. К.М. Мирзоев обратился к участникам симпозиума с вопросом по поводу выбора наиболее оптимальной тактики ведения пациента С., предложив три варианта: оперативное вмешательство, направление пары на вспомогательные репродуктивные технологии или поддерживающая консервативная терапия (динамическое наблюдение 6–12 месяцев). Большинство участ-

ников остановили выбор на проведении варикоцелэктомии. В среднем через шесть месяцев после операции наблюдается улучшение качества эякулята.

Пациенту С. действительно было выполнено хирургическое вмешательство – варикоцелэктомия слева по Мармару. Послеоперационный период протекал без осложнений. С целью улучшения параметров спермограммы пациенту в послеоперационном периоде рекомендовалось принимать комплекс АндроДоз, обладающий выраженным антиоксидантным эффектом. По данным контрольной спермограммы через три месяца, отмечалась положительная динамика в виде увеличения общего количества и концентрации сперматозоидов и уменьшения количества патологических форм сперматозоидов. Через четыре месяца, в январе 2019 г., у супруги пациента наступила долгожданная беременность.

Завершая выступление, К.М. Мирзоев отметил положительные антиоксидантные свойства сбалансированного комплекса для улучшения сперматогенеза АндроДоз, применение которого позволяет ускорить восстановление фертильности после проведенной варикоцелэктомии.

Заключение

Подводя итоги, модератор симпозиума, д.м.н., проректор по научной работе РостГМУ, профессор Михаил Иосифович КОГАН отметил большую значимость затронутых проблем. В рамках интерактивного обсуждения с разбором конкретных клинических случаев были продемонстрированы эффективность и безопасность использования растительного комплекса НефраДоз при мочекаменной болезни, препаратов Витапрост и Витапрост форте при хроническом простатите в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, антиоксидантного комплекса АндроДоз после варикоцелэктомии для улучшения фертильности.

Особо следует отметить препарат Феназалгин (феназопиридин) – первый и единственный «урологический анальгетик», недавно появившийся в арсенале российских специалистов. Феназалгин, демонстрирующий эффективность уже через 20 минут после приема, предназначен для симптоматического лечения дизурии (в том числе боли, жжения, учащенного мочеиспускания), вызванной раздражением слизистой оболочки нижних мочевыводящих путей вследствие инфекций, травм, хирургических вмешательств. Препарат назначают пациентам в возрасте 18 лет и старше по две таблетки три раза в сутки не дольше чем на два дня. 🌐

ФЕНАЗАЛГИН®

Единственный¹ селективный уро-анальгетик, позволяющий быстро^{2,3} купировать симптомы дизурии при:

- ♥ Циститах и других инфекциях НМП*
- ♥ Хирургических вмешательствах на НМП*
- ♥ Эндоскопических процедурах
- ♥ Использовании зондов и катетеров⁴

устраняет боль
в течение²



STADA

* Нижние мочевые пути

1. Единственный препарат на Российском рынке с МНН Феназопиридин <http://grls.rosminzdrav.ru/>, доступ от 09.10.2019. 2. Shireen N. Farzadeh et al., Urinary Tract Infections and Self-Care Options, US Pharm. 2017;9(42):4-7. 3. Zelenitsky, S. A., & Zhanel, G. G. (1996). Phenazopyridine in Urinary Tract Infections. Annals of Pharmacotherapy, 30(7-8), 866-868. 4. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Феназалгин.

РЕКЛАМА