Здравоохранение сегодня

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 метода 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.

> 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

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 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, осуществляя 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 см^3;
- 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-

ся соответствующая медикаментозная терапия:

- при умеренных и тяжелых СНМП – α-блокаторы;
- при умеренных и тяжелых СНМП и увеличенной ПЖ – ингибиторы 5α-редуктазы;
- при умеренных и тяжелых СНМП с преобладанием симптомов накопления – антагонисты мускариновых рецепторов или агонисты β3-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 5α-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 антибиотиками может унести 40 млн жизней в ближайшие 25 лет. В последнее время отмечается рост резистентности штаммов возбудителей мочевой инфекции к широкому спектру антимикробных 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*).

> 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

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.