

Урология сегодня

специализированное издание для урологов

Липецк | № 3 | 82 | 2025

Издаётся
с 2009 года



Подписка
на издания
ИД «АБВ-пресс»

ОТ РЕДАКТОРА



Дмитрий
Юревич
ПУШКАРЬ

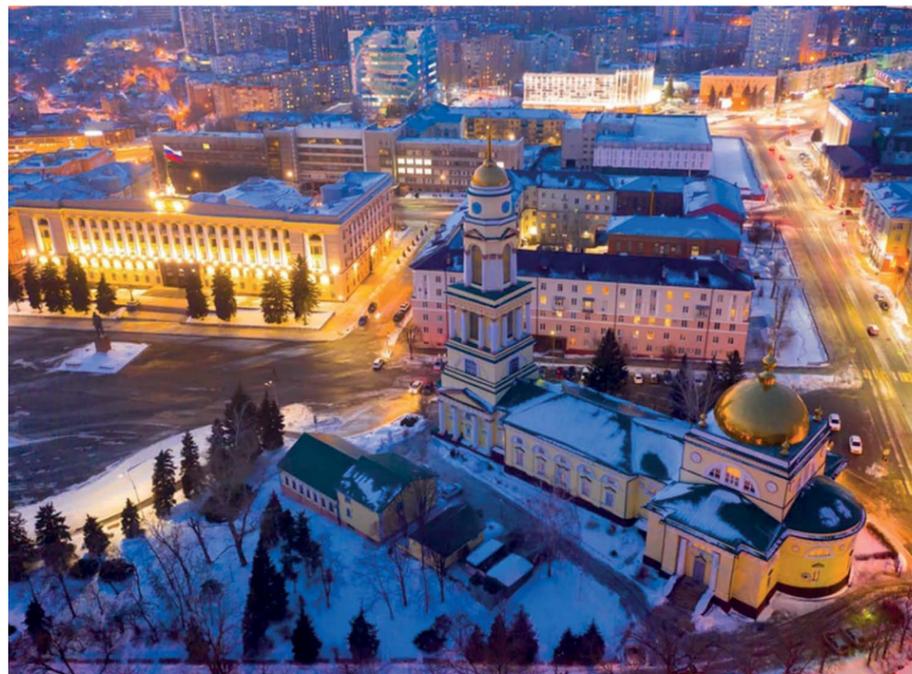
Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

Дорогие коллеги!

Москва, Россия, урология — вот наши три главных слова. Москва, потому что уже вот-вот, 14–15 ноября, здесь пройдет 21-я Московская урологическая школа (МУШ). А еще потому, что Москва — это урологическая столица, очень важная, но не единственная. В России много урологических столиц, что очень радует. Прежде всего к ним можно отнести административные центры наших регионов: большие города имеют большие программы в нашей профессиональной сфере.

Урология развивается сегодня как никогда активно. Уже совсем скоро МУШ снова соберет всех, кому интересно развитие, образование, возможность общения и обмена опытом с коллегами: сегодня все это приобретает особую ценность. МУШ объединяет амбулаторных и стационарных урологов, работающих не только в системе Департамента здравоохранения нашей столицы. В МУШ участвуют коллеги из всех уголков России, многие приезжают к нам из ближнего и дальнего зарубежья.

Отдельное слово — о наших научных печатных трудах: методических пособиях, монографиях и справочниках, которыми пользуются урологи. И в этот раз они тоже будут розданы каждому участнику МУШ. Значение знакомства с новейшей литературой по специальности невозможно переоценить! Правильно поставленное образование позволило поднять уровень современного уролога на такую высоту, чтобы он мог отвечать и за мужское, и за женское здоровье, и за гормонозаместительную терапию, и за андрологию, и за успешное лечение бесплодной пары, и за онкоурологических пациентов, и за этические аспекты клинической практики, и за современные методы борьбы с мочекаменной болезнью... Все эти темы будут освещаться на заседаниях МУШ, которая сильно изменится в 2026 году. Уже началась подготовка к конгрессу Российского общества урологов, который состоится будущей осенью. Вот такая настала для нас в ноябре активная и продуктивная пора. До встречи на МУШ!



ВЕСТИ ИЗ РЕГИОНОВ

Урологическая служба Липецкой области: что нового?

О том, с какими трудностями сталкивается и какие победы одерживает урологическая служба Липецкой области, рассказывает ее главный внештатный специалист-уролог, доктор медицинских наук Валерий Васильевич Ларин, сотрудник отделения урологии Липецкой областной клинической больницы № 1.



Валерий Васильевич
ЛАРИН

— Есть ли, в отличие от общероссийской и мировой практики, какие-то отличительные особенности урологической заболеваемости жителей Липецка и его области, а также вообще всего Центрально-Черноземного района России, к которому ваша область относится вместе с Орловской, Рязанской, Тамбовской и Белгородской?

— Каких-то существенных отличий в урологической заболеваемости в нашем регионе не существует. Эндемичной для Липецкой области и всего Центрального Черноземья является мочекаменная болезнь (МКБ). Заболеваемость ею в нашей части России выше, чем в других регионах, из-за употребления воды повышенной жесткости с избыточным содержанием солей кальция и магния, что обусловлено геологическим своеобразием данной местности. В связи с этим для наших урологов очень важно то, что я бы назвал МКБ-настороженностью. Поэтому мы стараемся сделать так, чтобы в последипломном образовании наших врачей тема МКБ присутствовала постоянно и в необходимом объеме.

— Назовите, пожалуйста, тройку самых распространенных урологических заболеваний, с которыми пациенты обращаются к липецким урологам.

— Из сказанного выше понятно, что у мужчин и женщин первое место по обращаемости к врачам в нашем регионе

Продолжение на с. 2 →

Диалог врача
с пациентом

4

Тазовые дисфункции
в практике
гинеколога

8

Жизнь
после лечения
аденомы

12

АБВ-пресс
в Telegram



НОВОСТИ

Юбилейный конгресс РОУ

11–14 сентября 2025 года в гостеприимной Казани состоялось знаменательное событие в нашей профессиональной сфере — в выставочном центре «Казань Экспо» прошел юбилейный XXV конгресс Российского общества урологов (РОУ). Мероприятие собрало 1700 урологов из разных регионов России и зарубежных стран. Перед началом форума участники могли ознакомиться с выставкой внушительных размеров. На ней были представлены медицинская литература, препараты, оборудование для диагностики и лечения. Гости мероприятия также имели возможность посетить тематический лекторий и познакомиться с работой хирургических тренажеров.

Вот что заявил в своей приветственной речи к участникам конгресса академик Петр Витальевич Глыбочко, председатель РОУ и ректор ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России: «Мы подошли к этой юбилейной дате с внушительным багажом научных разработок и достижений, которые в значительной мере повлияли на развитие отечественной урологии. Ключевая цель сегодня — не останавливаться на достигнутом, а уверенно идти вперед, к новым вершинам. Президент России ставит перед нами задачу технологического суверенитета и прорыва. Мы сделали определенный прорыв, внедрив роботические технологии. Урология всегда являлась лидером здравоохранения в России, активно внедряла инновации. Для нас важно, чтобы эти технологии пришли не только в крупные города, но и в небольшие населенные пункты».

Окончание на с. 13 →

Урологическая служба Липецкой области: что нового?

← Продолжение, начало на с. 1

занимает МКБ. Среди мужских заболеваний наиболее распространены в этом плане хронический простатит и аденома предстательной железы, среди женских — хронический цистит. Что касается МКБ, то она не просто лидирует среди урологических нозологий. К сожалению, мы наблюдаем определенный рост заболеваемости МКБ. Но наша служба готова к такой динамике, и у нас не возникает из-за этого острых проблем. Стационарный лист ожидания плановой операции в связи с МКБ, согласно нормативным документам, составляет 14 дней. Как правило, мы укладываемся в этот срок. Кстати, время ожидания записи на амбулаторный прием в учреждениях нашей службы обычно не превышает 5 рабочих дней. По-моему, это вполне приемлемый показатель. Кроме того, на еженедельных бесплатных приемах по средам я как главный внештатный специалист области консультирую пациентов с наиболее сложными случаями, в том числе МКБ.

— А становится ли у вас больше случаев рака предстательной железы (РПЖ)?

— Что касается РПЖ, то заболеваемость им растет по всей России в среднем примерно на 3 % ежегодно. Цифры по Липецкой области близки к данному показателю. Это связано как с улучшением диагностики, так и с увеличением числа пожилых мужчин. Хотел бы привести некоторые цифры по заболеваемости РПЖ в разных федеральных округах на 100 тыс. мужчин по состоянию на 2024 год: в Центральном федеральном округе, к которому относится и наша область, — 78,5; в Северо-Западном — 85,3; в Южном — 65,7 и в Уральском — 72,4. Как видите, наша статистика заметно не выделяется на фоне других регионов.

— А какая урологическая нозология представляет наибольшую сложность для областной урологической службы в плане трудозатрат врачей и расходов системы ОМС?

— Думаю, мы возвращаемся к ведущей для нас патологии — мочекаменной болезни. В стационарных урологических отделениях региона больные с МКБ ежегодно составляют до 50 %. В практике уролога особую сложность представляют пациенты с четвертой стадией кораллоидного нефролитиаза, когда камень занимает целиком весь чашечно-лоханочный комплекс и высока опасность развития хронической почечной недостаточности (ХПН). На этой стадии наблюдается критическое снижение почечной функции на 70–100 %.

Золотой стандарт лечения пациентов с кораллоидными камнями — это использование перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), в ходе которой камень из почки удаляют через прокол кожи поясничной области инструментом малого диаметра. Для оперативного лечения МКБ урологи Липецкой области активно применяют контактную литотрипсию, экстракорпоральные дистанционные ударно-волновые литотрипторы.

Профессиональный уровень наших стационарных урологов позволяет часть больших со сложными случаями оперировать в Липецкой областной клинической

больнице без направления в федеральные клиники столицы.

Кроме МКБ сложной и финансово затратной патологией является, например, РПЖ, который успешно оперируют онкоурологи Липецкого областного онкодиспансера. Но у нас, к сожалению, как и во всем Центральном Черноземье, нет инновационного оперативного оборудования — роботизированных систем. Надеемся, что и в этом направлении наша область в скором времени будет в лидерах. Робот-ассистированные операции сегодня все шире используются для лечения урологических заболеваний.

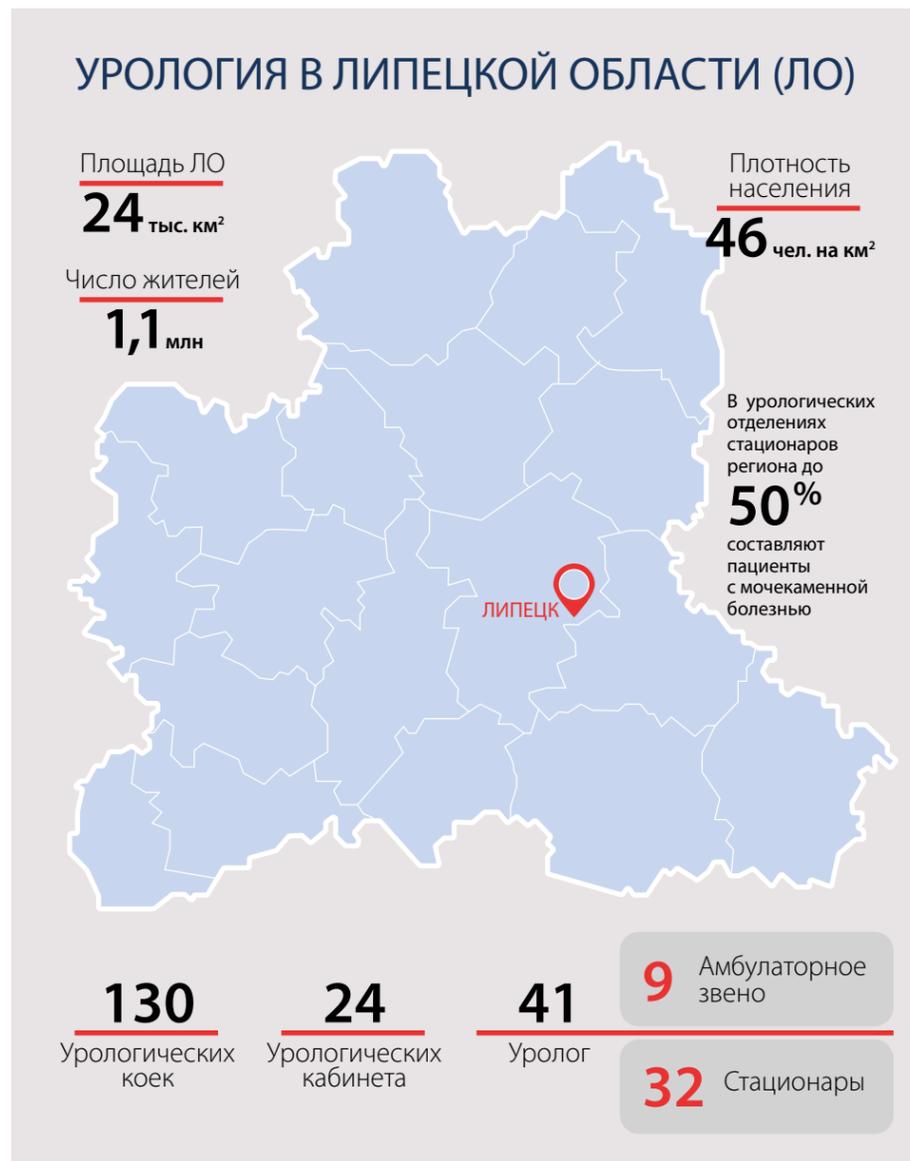
— Сколько урологов занято сегодня в амбулаторном и госпитальном звеньях вашей службы? Есть ли в ней кадровый дефицит?

— Всего в нашей службе занят 41 уролог (9 в амбулаторном звене и 32 в стационарном). Кадровый дефицит есть. Главным образом он относится к амбулаторным врачам. Я бы назвал его достаточно серьезным, но не нарушающим радикально работу службы. В наших стационарах лишь время от времени появляются 1–2 свободные ставки, которые быстро заполняются специалистами. Зато в амбулаторном звене ситуация, увы, иная.

Всего в области действует 24 урологические амбулаторных кабинета, для которых выделена 31 ставка уролога. Так вот, из них в последние годы было занято поликлиническими урологами не более 40 %. Для решения кадровой проблемы не только урологов, но и специалистов других направлений у нас в области есть тактический

Для устранения кадрового дефицита региональным законодательством (закон Липецкой области от 30.12.2004 № 165-ОЗ «О мерах социальной поддержки педагогических, медицинских, фармацевтических, социальных работников, работников культуры и искусства, специалистов ветеринарных служб, лесного хозяйства») предусмотрен широкий спектр мер социальной поддержки медицинских работников региона:

- единовременная социальная выплата в размере 1,5 млн руб. (губернаторские полтора миллиона) для врачей, впервые трудоустроившихся в медицинские организации области на вакантные должности, предусмотренные перечнем, утвержденным правовым актом исполнительного органа государственной власти в сфере здравоохранения, не обучавшихся ранее по договорам о целевом обучении (срок отработки 3 года);
- единовременная социальная выплата в размере 5 млн руб. для врачей, имеющих ученую степень доктора медицинских наук, впервые трудоустроившихся в государственные медицинские организации области по специальностям, отнесенным правительством области к наиболее дефицитным (срок отработки — 5 лет);
- единовременная социальная выплата в размере 1,5 млн руб. для врачей, работавших в медицинских организациях частной системы здравоохранения до 01.01.2024 г. и впоследствии трудоустроившихся в государственные медицинские организации области на вакантные должности врачей, предусмотренные перечнем, утвержденным правовым актом исполнительного органа государственной власти в сфере здравоохранения (срок отработки — 3 года);
- единовременная социальная выплата в размере 1,5 млн руб. для врачей, ранее работавших в государственных медицинских организациях области, но не осуществлявших трудовую деятельность в государственных медицинских организациях области с 01.01.2020 г. и не получавших единовременную социальную выплату и вновь трудоустроившихся на вакантные должности врачей, исходя из перечня, утвержденного правовым актом исполнительного органа государственной власти в сфере здравоохранения (срок отработки — 3 года);
- ежемесячная денежная компенсация за наем (поднаем) жилых помещений врачам, работающим на территории муниципальных районов области, и врачам дефицитных специальностей Липецка и Ельца, не имеющим жилых помещений, принадлежащих им на основании права собственности или договора социального найма государственного либо муниципального жилищного фонда на территории муниципального района области или городского округа по месту основной работы (от 10 до 15 тыс. руб. в зависимости от количества членов семьи);
- единовременная социальная выплата на строительство или приобретение жилья предоставляется врачам дефицитных специальностей, нуждающимся в улучшении жилищных условий (срок отработки — 5 лет);
- единовременная социальная выплата в размере 3 млн руб. для врачей, имеющих ученую степень кандидата медицинских наук, впервые трудоустроившихся



Первое место по обращаемости к врачам в Липецкой области занимает мочекаменная болезнь. Среди мужских заболеваний наиболее распространены хронический простатит и аденома предстательной железы, среди женских — хронический цистит

Такие системы позволяют не только выполнять сложные операции с высокой точностью и минимальной травматизацией здоровых тканей, но и обеспечивают трехмерное изображение операционного поля с высоким разрешением, что позволяет хирургу более точно видеть ситуацию и манипулировать тканями.

Оперировавший хирург управляет роботом с помощью специального джойстика. Приобретение роботизированной техники — наша задача на ближайшее будущее.

и стратегический пути, как я бы их назвал. Тактическое решение — это когда уролога в поликлинике заменяет, например, уролог из стационара, периодически принимающий амбулаторных пациентов, или хирург с сертификатом уролога. А стратегический путь — это губернаторская программа по привлечению в регион медицинских кадров, ее липчане называют так в знак признательности нашему губернатору Игорю Георгиевичу Артамонову, по инициативе которого и началась данная реформа.

в государственные медицинские организации области по специальностям, отнесенным к наиболее дефицитным правительством области (срок отработки — 3 года).

Как только специалист устраивается на работу в наши ЛПУ, он получает подъемные — губернаторские полтора миллиона. Такую единовременную выплату за время действия программы с 2019 по 2024 год получили уже 175 врачей. Но это отнюдь не все, что получит доктор-новосел. Компенсацией за аренду жилья, которая составляет от 10 тысяч до 15 тысяч в месяц, воспользовались уже 268 врачей. Социальную выплату на строительство и приобретение жилья на общую сумму 36 млн рублей получили 19 врачей. Компенсацией для оплаты коммунальных услуг в прошлом году воспользовались 2045 медиков.

Причем сегодня на все подобные выплаты могут рассчитывать не только приезжие врачи дефицитных специальностей, в том числе урологи, но и доктора, которые с 1-го января 2024 года из частных клиник перешли в государственные. Убежден, что это необычное для других регионов России и очень полезное нововведение простимулирует часть коллег, ушедших от нас в коммерческую медицину, вернуться обратно в государственную службу.

Также я надеюсь, что через некоторое время для нас откроется и такой стратегический путь решения кадровой проблемы,



Валерий Васильевич Ларин с коллегой проводят Всероссийский мастер-класс по урологии на базе областной больницы

кий областной онкодиспансер (ЛООД), где в основном проводится плановое лечение онкоурологических больных. В области за пределами Липецка 17 урологических коек развернуто на базе хирургического отделения Елецкой городской больницы им. Н.А. Семашко.

— Как обстоит дело с оборудованием для лечения и диагностики?

— ЛОКБ оборудована полностью для всех основных направлений оказания

зерную энуклеацию при объеме опухоли больше 100 см³. В федеральные центры Москвы командирем также пациентов с РПЖ на роботизированную простатэктомию.

— Насколько доступна современная качественная урологическая помощь в Липецкой области рядовому пациенту?

— Думается, что мы смогли сделать ее настолько доступной, насколько это предписано в наших медицинских нормативных актах, или по крайней мере очень близко к Клиническим рекомендациям по урологии. Нашим инструментом в работе по этому направлению послужила созданная еще в 2013 году под руководством члена-корреспондента РАН Олега Ивановича Аполихина, директора НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, трехуровневая система оказания медицинской помощи урологическим больным. Так называется очень действенная модель, предполагающая организацию урологической помощи населению в регионе на первичном, межрайонном и региональном уровнях.

В области созданы три МУЦ и региональный урологический центр в областной клинической больнице

Главная цель такой модели — повысить раннюю выявляемость заболеваний, расширить объемы операционной и поликлинической помощи для жителей своего и прикреплённых районов, а также повысить объем специализированной и высокотехнологичной помощи.

• **Первый уровень** — это районные медицинские организации, где хирург или уролог районной поликлиники устанавливает предварительный диагноз и направляет пациента к урологу межрайонного урологического центра (МУЦ) при подозрении на заболевание.

• **Второй уровень** — МУЦ, оказывающие специализированную помощь по профилю «Урология». Задачи этих центров на этапе амбулаторной помощи — окончательное установление диагноза пациентам, направленным из поликлиник прикреплённых районов, назначение консервативной терапии, а на стационарном этапе — выполнение диагностических процедур, требующих круглосуточного наблюдения за пациентом, плановых уроло-

гических оперативных вмешательств по стандартным методикам.

• **Третий уровень** — это региональный урологический центр, оказывающий специализированную и высокотехнологичную помощь. Его задачи: выполнение сложных и трудоемких диагностических процедур, оперативных вмешательств в осложненных случаях, экспертная оценка качества оказания медицинской помощи на предыдущих этапах.

Трехуровневая система была внедрена в рамках программы «Урология». В нашей области были созданы три МУЦ и открыт региональный урологический центр на базе Липецкой областной клинической больницы. Налажено четкое взаимодействие между первичным звеном, МУЦ и региональным урологическим центром. Убежден, что эти нововведения повысили качество лечения урологических больных и сделали его более доступным. Мы стараемся соблюдать те основные принципы маршрутизации своих пациентов и этапности в оказании им медицинской помощи, которые были заложены в схеме, разработанной НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина.

— Мы поговорили о том, что тревожит вас в вашей работе. А чем гордитесь?

— Прежде всего тем, что в службе сложилась высокопрофессиональная команда урологов, которые самоотверженно трудятся в достаточно непростых условиях для сохранения здоровья и жизни, улучшения ее качества у наших пациентов. Так, в Липецкой областной клинической больнице объем неинвазивных и малоинвазивных оперативных урологических пособий по сравнению с традиционными открытыми операциями приближается к 85 %.

Горжусь и тем, что мы сделали медицинскую помощь для наших больных в достаточной степени доступной. Пусть коллеги со мной спорят, и пусть мое мнение основано только на личном опыте общения с урологами и пациентами, но я считаю, что именно из-за такой приемлемой доступности в нашей области проблема активного вытеснения пациентов из государственной урологии в коммерческую сегодня не стоит так остро, как в некоторых других регионах.

Также я горжусь итогами труда наших отечественных инженеров, которые создают все новые современные и конкурентоспособные импортозамещающие устройства для диагностики и лечения в урологии. Недавно полученный нами российский тулиевый лазер 2024 года выпуска по сравнению с отечественными урологическими лазерами, производившимися в 1990-х годах, — да это просто небо и земля, по-другому не скажешь!

Мы идем вперед в освоении все новых сложных хирургических методов. Так, мы уже выполняем мини-перкутанные нефролитотрипсии (через проколы в почке менее 1 см убираем камни практически таких же размеров — до 1 см), расширяем объем лапароскопических урологических операций, осваиваем ретроградную интрауретральную хирургию (РИРХ), лазерную энуклеацию простаты с отечественным тулиевым лазером. В то же время наши коллеги-онкоурологи сейчас успешно выполняют лапароскопически не только резекции почек и нефрэктомии, но и простатэктомию и цистпростатэктомию.

Стоит отметить и детских урологов Липецкой областной детской клинической больницы, которые в своей работе используют обширный арсенал малоинвазивных лапароскопических операций. ^⑤

Александр Рылов, к. м. н.

Из-за доступности помощи нашего профиля в Липецкой области проблема вытеснения пациентов из государственной урологии в коммерческую сегодня не стоит так остро, как в ряде других регионов

как подготовка урологов в вузах нашей области, тогда как сегодня служба пополняется главным образом выпускниками Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко и Рязанского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова. Но вот уже три года в нашем самом большом районном центре Ельца идет подготовка врачей на медицинском факультете Елецкого государственного университета им. И.А. Бунина. А с сентября этого года началось обучение и в Липецком филиале Российского университета медицины Минздрава России.

Я надеюсь, что уже в конце 2020-х годов в Липецке откроется кафедра урологии с подготовкой ординаторов соответствующего профиля. Кроме того, наши проблемы кадрового дефицита уменьшаются от обстоятельство, что мы не Якутия и не Красноярский край, а достаточно компактный регион. Наша площадь составляет всего 24 тыс. км², население — 1,1 млн жителей при высокой плотности 46 чел./км². И у нас отличные дороги! Так что за три часа пациент может добраться из самого отдаленного района не только в соседний, где его примет уролог, но и до самого Липецка.

— Как организована в регионе стационарная помощь, в том числе онкоурологическим больным?

— Всего у нас есть 130 урологических коек. Больше всего их (105) сосредоточено в Липецке. Из них 40 коек функционируют в главном медицинском учреждении региона — Липецкой областной клинической больнице (ЛОКБ), 65 — в двух других больницах нашего областного центра. 28 онкоурологических коек имеет Липец-

урологической помощи. Мы располагаем обширным арсеналом инструментов для эндоскопических и лапароскопических операций, работают гольмиевый лазерный и дистанционный литотрипторы. В прошлом году ЛОКБ получила отличный отечественный тулиевый лазер. Мы используем его для лечения МКБ и начинаем применять для лазерной энуклеации аденомы простаты.

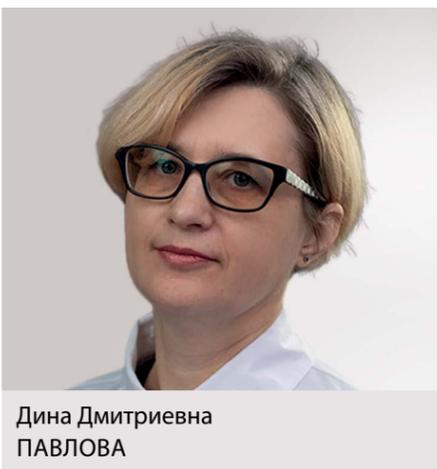
Оснащенность урологических отделений остальных городских больниц несколько проще, чем в ЛОКБ, но в целом соответствует утвержденному порядку оказания урологической помощи. К сожалению, необходимо акцентировать внимание на проблеме износа оборудования. Минздрав Липецкой области решает этот вопрос планомерной заменой оборудования.

— Пациентов с какими урологическими заболеваниями вам чаще всего приходится отправлять в крупные урологические центры Москвы или других городов-миллионников?

— За год мы отправляем примерно до 40 наиболее сложных больных в НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал НМИЦ радиологии Минздрава России. С этим учреждением мы сотрудничаем уже многие годы, маршрутизация пациентов отлажена вплоть до мельчайших деталей. Результаты лечения в полном объеме удовлетворяют наших пациентов, оптимизируют качество их жизни. Чаще всего мы направляем в этот институт больных со стадией KIV коралловидного нефролитиаза, пациентов для сложной лапароскопической пластики, нестандартных реконструктивно-пластических операций, больных с аденомой простаты на ла-

Как урологу построить диалог с пациентом, страдающим заболеваниями простаты?

Об этом мы попросили рассказать медицинского психолога Д.Д. Павлову, заведующую отделом медицинской психологии ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы. Дина Дмитриевна — один из авторов опубликованных летом 2025 года методических рекомендаций «Некоторые аспекты диалога с пациентом. Заболевания простаты».



Дина Дмитриевна
ПАВЛОВА

— Для чего потребовалось создавать эти методические рекомендации?

— Чтобы дать коллегам практические советы, которые помогут им улучшить свои коммуникативные навыки при взаимодействии с пациентами, страдающими заболеваниями простаты, и в результате повысить эффективность лечения благодаря более глубокому пониманию потребностей и переживаний больного. В небольшой (42 страницы), но содержательной брошюре мы рассмотрели ключевые аспекты общения с пациентами при диагностике и лечении заболеваний предстательной железы с учетом специфических изменений их психоэмоционального реагирования при данной патологии.

В этом методическом пособии представлены базовые навыки коммуникации, правила этики и деонтологии, даны конкретные рекомендации по взаимодействию с пациентами старшего возраста и их родственниками. Отдельные главы посвящены наиболее распространенным урологическим нозологиям (доброкачественная гиперплазия предстательной железы — ДГПЖ, простатит, рак предстательной железы — РПЖ) и специфике информирования мужчин о результатах лабораторных исследований, включая данные об уровне простатспецифического антигена (ПСА) в крови. Кроме того, раскрыты в деталях вопросы подготовки к диагностическим манипуляциям, хирургическому лечению, методы профилактики послеоперационных осложнений и способы коррекции образа жизни.

— Но разговаривать с пациентом не так уж сложно, если он хочет лечиться. Наверное, главное — соблюдать ряд простых правил: быть приветливым, уметь слушать мужчину, не спешить, объяснять все простыми словами, сочувствовать и сопереживать ему.

— Все это очень важно, но просто — не значит легко. Мои коллеги из московской урологической службы сочувствуют своим

пациентам и способны к состраданию. Это много, это важно, но этого недостаточно. К сожалению, с развитием технологий увеличивается и информационная нагрузка на врача, а времени и возможностей для общения с пациентом становится все меньше. Врачу (особенно молодому) подчас не хватает и того и другого для формирования навыка эффективной коммуникации.

Для снижения уровня стресса у всех участников процесса коммуникации и улучшения качества общения мы предлагаем алгоритмы взаимодействия в типовых ситуациях контакта между врачом и пациентом с использованием последних достижений медицинской психологии, на которые мы ориентировались при создании рекомендаций. Обобщив материалы российских и зарубежных публикаций, мы представили их в виде краткого справочника, который поможет врачу достичь оптимального комплаенса с пациентом.

Старались писать просто о сложном: например, мы прямо приводим самые простые и разговорные слова и короткие фразы, которые в разных ситуациях доктору уместно сказать больному. Наши методические рекомендации предназначены и вполне доступны не только для урологов, онкологов, специалистов смежных дисциплин, ординаторов, но и для студентов медицинских вузов, которые уже интересуются урологией.

— Что бы вы назвали главным негативным последствием недостатка коммуникативных навыков у уролога?

— Тут самое удручающее последствие даже не то, что пациент прекратит лечение у конкретного врача и перейдет к другому или обратится в суд с иском о признании о врачебной халатности. Больной может достичь такого уровня отчаяния, что потеряет веру в способность любого врача помочь ему.

— Почему среди многих урологических нозологий выбрали именно заболевание простаты?

— Во-первых, поток таких пациентов к урологу в России и в мире быстро увеличивается за счет старения населения, в том числе мужчин. Большинство заболеваний простаты — это как раз болезни стареющего человечества. Во-вторых, с мужчинами, перешагнувшими порог 60-летия, молодому специалисту нередко сложно выстраивать диалог. Описанию особенностей такого взаимодействия мы посвятили самую большую главу наших рекомендаций.

В-третьих, общение врача с пациентом, страдающим болезнью простаты, часто подразумевает обсуждение деликатных тем. Я говорю о расстройствах мужского здоро-

вья, наступающих как осложнение не только лекарственного, но и хирургического лечения. И на эту непростую тему наш читатель тоже найдет полезные советы.

— Вы постоянно произносите «мы» и «наши рекомендации». Расскажите подробнее об их авторском коллективе.

— Наш идейный вдохновитель — академик Дмитрий Юрьевич Пушкарь: именно ему принадлежит идея создания рекомендаций врачу, которые помогут сделать лечебный процесс действительно персонализированным, что вызывает у меня чувство благодарности и безграничного уважения. Возможность принять участие в этой работе — важный опыт для нашего отдела и большая честь. В методических рекомендациях отражен профессиональный опыт уникальных специалистов — профессора-онколога Александра Викторовича Говорова, кандидата медицинских наук Александра Игоревича Васильева. В подготовке материалов к публикации большой энтузиазм проявили сотрудник нашего отдела Ксения Игоревна Каратаева и аспирант кафедры урологии Российского университета медицины Минздрава России Мария Ивановна Максимова.

Существенный вклад в создание рекомендаций своими замечаниями и предложениями внес и наш рецензент Олег Борисович Лоран, академик РАН, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАНПО Минздрава России.

— Что узнает читатель из ваших рекомендаций о базовых навыках диалога с пациентом?

— Основа плодотворного общения — уважение, доброжелательность и изложение информации в доступной и понятной форме, грамотно и четко выстроенная речь врача с минимальным количеством непонятных медицинских терминов.

Короткий и непринужденный разговор в начале встречи поможет создать дружественную атмосферу, в которой пациент будет чувствовать себя комфортнее. Фразы, которые помогают наладить контакт и достичь взаимопонимания с больным, могут быть следующими: «Как вы добрались?», «Как ваше самочувствие?», «Работаете ли вы?», «Кто вы по специальности?». Любой из этих вопросов приводит к дополнительным темам для разговора, заставляющим пациента чувствовать, что врач интересуется им как человеком, а значит, безразличен к его проблемам.

Перед беседой с пациентом обязательно познакомьтесь с его историей болезни, чтобы уже в ходе консультации уточнить лишь недостающие или сомнительные моменты. При

Узнать о раке — сильное травмирующее событие для любого. Онкологические заболевания внесены в перечень стрессоров, способных приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства

изучении истории болезни будет правильным задать вопрос по имеющимся анализам или выпискам, подчеркнув тем самым свою внимательность, тогда пациент может рассказать то, о чем не сообщал другим врачам. Сразу же попросите его заполнить опросники, отражающие проблемы с мочеиспусканием, прежде всего IPSS и МИЭФ-5.

Установите зрительный контакт с больным. Ему будет приятно видеть, что вы внимательны к его проблеме и активно поддерживаете беседу. Считается правильным поддерживать подобный контакт по меньшей мере в течение половины разговора.

Наряду с тем, что существуют вопросы, требующие безотлагательного решения, и вы как специалист должны настаивать на важности его принятия, старайтесь дать пациенту максимально возможное время на обдумывание сказанного вами и беседу с родными и близкими. Заметив, что пациент подавлен, сразу предложите ему вариант лечения. Объясните, почему вы считаете этот вариант оптимальным, обязательно уточните преимущества этого метода именно для вашего собеседника.

Убедите пациента, что вы всегда будете рядом. Даже если дальнейшее лечение будет проходить под контролем других специалистов, скажите пациенту, что будете в курсе его состояния и в любой момент сможете обсудить его проблемы. В наших рекомендациях мы рассказываем и о самых частых проблемах трудного пациента, с которыми сегодня может столкнуться уролог.

Это может быть крайне тревожный больной, склонный к сверхконтролю, со сформированной по результатам изучения материалов из интернета собственной точкой зрения относительно диагноза, необходимого ему лечения, а также специалиста, на прием к которому он записан. Это может быть пациент с недостаточно реалистичными ожиданиями, предъявляющий к окружающим (и тем более к врачам) завышенные требования, вследствие чего врач может столкнуться с недоверием или пренебрежительным отношением к себе.

Помните — это нормальная реакция многих людей, страдающих каким-либо заболеванием. На любое проявление антипатии, сомнений или необоснованной критики, а также стремления больного показать вам, что он знает свою болезнь лучше, чем вы, отвечайте спокойно и сдержанно, максимально подробно аргументируя все свои слова, действия и решения.

От чересчур настороженного пациента можно ожидать достаточно каверзных вопросов в отношении обучения врача, достаточности его компетенции и опыта для оказания квалифицированной урологической помощи. По результатам беседы

будет не лишним сказать, что если пациент вам доверяет недостаточно, он имеет право получить второе мнение сторонних специалистов, чтобы потом самому принять окончательное решение.

— В чем особенности общения с пациентами старшего возраста?

— Уважительность обращения, тактичность — самое важное. Рекомендации и разъяснения лучше излагать кратко, доступно, по сути. Это поможет пациенту лучше понять, что ему следует делать, и даст возможность точно следовать врачебным рекомендациям, а значит, создаст условия для возникновения доверия.

У пожилых часто существуют собственные взгляды на лечение и здоровье. Поэтому постарайтесь услышать их точку зрения и обсудить возможные варианты. Спросите такого больного, как к нему обращаться, и далее всегда следуйте его словам. Узнайте, есть ли у него родственники и близкие люди, продолжает ли он еще работать.

Потратьте несколько минут, чтобы установить контакт. Четко произнесите свои фамилию, имя, отчество и должность. Покажите с самого начала, что вы принимаете позицию пациента и готовы обсудить его опасения.

Отнеситесь с терпимостью к медлительности пожилого человека, которому нужно больше времени для принятия решений или выполнения процедур. Ему может потребоваться сопровождение в палату, перевязочную или смотровой кабинет. Также мы советуем в наших рекомендациях подходить к койке пациента старшего возраста и оценивать его состояние чаще, чем обычно, ввиду анамнестических особенностей и общей тяжести состояния.

В беседе с пожилым человеком очень важно не спешить. Время, потраченное на обсуждение проблем, позволит вам собрать важную информацию и улучшить взаимопонимание и доверие к вам. Ощущение спешки заставляет людей думать, что их не слышат или не понимают.

Помните о склонности части пожилых минимизировать жалобы или беспокоиться о том, что он отнимает у вас слишком много времени. Демонстрируйте сочувствие. Старайтесь адекватно реагировать на эмоции пациентов, используя такие фразы, как «Я вас понимаю», «Мне жаль, что вы столкнулись с этой проблемой», «Уверен, мы ее решим совместными усилиями», «С возрастом у многих возникают подобные трудности, это нормально и естественно».

Избегайте излишней терминологии. Спросите у больного, осведомлен ли он о состоянии своего здоровья, и в дальнейшем стройте диалог, опираясь на это.

Хотя некоторые медицинские термины, такие как УЗИ, ПСА, ДГПЖ, широко популяризированы и используются в обиходе большинства урологических больных, некоторые пожилые люди могут не знать, что это такое. Проверяйте пациента, задавайте наводящие вопросы, чтобы убедиться, что он действительно понимает, что вы говорите. Возможно, потребуется написать для него на отдельном листке диагноза или важные термины, которые ему нужно понять, а тем более схему приема лекарств со всеми деталями.

Завершите визит, только убедившись, что пациент понимает, в чем заключается основная проблема, связанная с его здоровьем, а именно — что ему нужно с ней делать и почему это так важно. Обязательно попросите человека сказать, что он понял во время беседы, и уточнить, есть ли с его стороны препятствия для выполнения предложенного вами плана диагностики и лечения.

— Поговорим о самом опасном урологическом заболевании — РПЖ.

— При высоком уровне распространенности эта опухоль достаточно хорошо поддается лечению, особенно если обнаружена на ранней стадии. В разговоре с пациентом уточните наличие наследственного характера заболевания. Спросите, есть ли у него родные братья и взрослые дети (40 лет и старше) мужского пола.

После получения данных гистологического исследования и определения степени злокачественности опухоли пациенту по показаниям могут быть рекомендованы дополнительные методы исследования, такие как МРТ, МСКТ или радиоизотопное сканирование костей скелета. Расскажите, зачем назначается тот или иной метод обследования.

Если у вас на приеме молодой пациент, заинтересованный в естественном зачатии детей, сообщите о возможности криоконсервации эякулята. Учитывая деликатность проблемы, посоветуйте специализированную клинику для забора и последующего хранения генетического материала.

Помните, что сопутствующие заболевания оказывают подчас более сильное влияние на ожидаемую продолжительность жизни больного РПЖ, нежели сам возраст. Чтобы не допустить избыточного и небезопасного лечения, объясните пациенту, что ему могут быть рекомендованы активное наблюдение и выжидательная тактика. И обязательно успокойте его, рассказав, почему ему не нужна немедленная операция. Больной должен быть полностью ориентирован в своем заболевании, знать особенности существующих методов лечения, в том числе альтернативных. Уделите особое внимание онкологическим и функциональным результатам оперативного лечения. Если назначена гормональная терапия, предупредите о ее побочных эффектах, в частности приливах и гинекомастии.

— И, наверное, самый сложный момент — сообщение о неблагоприятном диагнозе, например РПЖ.

— Узнать о таком диагнозе — очень сильное травмирующее событие для любого человека. Онкологические заболевания внесены в перечень стрессоров, способных приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). При сообщении диагноза для профилактики ПТСР необходимо выполнить ряд условий, например, создать доверительную атмосферу, способствующую достижению терапевтического альянса. При озвучивании диагноза необходимо настроить пациента на мысль о том, что онкоуролог поможет ему выздороветь или замедлить развитие болезни. Больному в такой ситуации важно узнать, что сможет сделать он



ЧЕТЫРЕ ЭТАПА

1. Подготовка
2. Сообщение о неблагоприятном диагнозе
3. Эмоциональная реакция мужчины (отреагирование)
4. Прощание

сам и как ему будут помогать. Врач должен быть осведомлен об алгоритме сообщения информации и о том, на какие моменты в поведении пациента следует обращать особое внимание. Присутствие психолога во время ознакомления с диагнозом, как правило, снижает уровень тревоги у больного. Мы выделяем четыре этапа данной консультации.

— Для чего же нужна подготовка?

— Ее цель — снизить напряженность в отношениях с пациентом и побудить его к активному участию в беседе. Поэтому чем больше возможностей у него задавать вам вопросы, тем прочнее у него будет ощущение поддержки, тем меньше степень тревоги и страха.

Важно проводить беседу в обстановке, способствующей поддержанию достоинства пациента, обычно скрывающего свой страх, растерянность, хаос в мыслях. Это должен быть опрятный отдельный кабинет, куда во время беседы посторонним заходить воспрещено.

Столь же важно не спешить, отведя на разговор не меньше 30–40 минут. Хотя в современных реалиях у уролога существует острый дефицит времени на прием больного, беседа должна быть относительно длительной, чтобы в последующем сэкономить время врача на дополнительные разъяснения.

— И вот настало время сообщить о диагнозе рака.

— Для создания доброжелательной, поддерживающей атмосферы полезно начать беседу с общей фразы: «Не против, если мы немного поговорим?» Это вводная фраза акцентируется не на диагнозе, а на разговоре. Далее необходимо узнать у пациента, нуждается ли он в присутствии родственников: «Мне нужно сообщить вам важную информацию о состоянии вашего здоровья. Вы предпочитаете, чтобы присутствовал кто-то из ваших родных?»

Покажите пациенту свою заинтересованность. Спрашивая его: «Вы уже пробовали найти информацию по поводу ваших симптомов?» — вы даете ему возможность рассказать о себе, своей тревоге, о том, как он пытался справиться с ней во время поиска информации. И только после этой подготовительной фазы можно переходить к сообщению о диагнозе. Важно преподнести информацию понемногу, без использования профессиональной лексики, с эмпатией, например: «Сейчас я расскажу вам, что показали исследования. Можете перебить меня, если что-то будет непонятно». Это очень важный момент, ведь врачу необходимо постоянно уточнять у пациента, все ли он понял в процессе объяснения диагноза.

Это переводит негативное сообщение в рамки диалога и обсуждения, а не вынесения приговора. В данном случае врач, опираясь на ответы пациента и его вопросы, может сориентироваться, как вести беседу, чтобы в наименьшей степени травмировать психику больного. Следует учесть, что не всегда пациенты готовы услышать все сразу. Многим нужен таймаут, чтобы принять, а главное — осмыслить эту тяжелую информацию. Говорите только правду, но постарайтесь максимально смягчить эту напряженную ситуацию.

Если замечаете, что человек уже сильно нагружен или уязвим, остановите объяснение: «Достаточно ли того, что я сказал, или нужна еще какая-то информация?» В заключительной части беседы обязательно предложите, чтобы у больного появилась надежда: «Давайте теперь обсудим план лечения».

— А что вы называете эмоциональным отреагированием? Как тут следует вести себя врачу?

— После сообщения о диагнозе рака возможны различные эмоциональные реакции пациента. Их характер и уровень интенсивности индивидуальны. Врачу здесь лучше помолчать. Важно дать время человеку для эмоционального отреагирования. Когда этот момент подходит к концу, спросите пациента, как он себя чувствует.

— И, наконец этап прощания.

— На этом этапе важно поддержать резильентность вашего больного. Так называется способность человека к преодолению стресса (от английского слова resilience — «устойчивость»).

Убедите мужчину в необходимости активизировать свои ресурсы для совместной с врачами борьбы с заболеванием. Это включает пациента как активного участника в процесс излечения. Здесь можно спросить: «Тщательно следуя протоколу, для чего у нас есть все необходимое, мы постараемся достичь следующих результатов. Вы согласны?»

Также, завершая разговор, задайте вопросы, направленные на проекцию активности: «Хотели бы вы сказать мне что-то еще перед тем, как мы попрощаемся?» Или: «Есть ли что-то из того, что мы обсудили, что кажется вам особенно сложно выполнить?»

— Как правильно подготовить пациента к операции радикальной простатэктомии?

— Лучше за ответом на этот вопрос обратиться к рекомендациям урологов в нашем пособии. Как психолог могу лишь посоветовать обсуждать с больным все важные и деликатные моменты: наилучший функциональный результат, если есть показание — удаление региональных лимфатических узлов, сохранение сексуальной функции, объем вмешательства, тактику лечения, информирование (пошаговое) о подготовке к операции. Даже если вы даете пациенту информационный листок, проинструктируйте его о важности подготовки к операции, включая бритье операционного поля, очистительную клизму, отказ от приема пищи и воды перед вмешательством. Напомните ему, что утром в день операции после пробуждения не следует опускать ноги с кровати, пока не будут надеты компрессионные чулки, затем будет сделана инъекция антибактериального препарата, после чего мужчина окажется в операционной. Необходимо сообщить о сложностях восстановительного периода, что предстоят непростые несколько недель, но это нормально. Такое надо пережить, все трудности станут позади, работа мочевой системы восстановится. В этой беседе необходимо сориентировать пациента, чтобы он смог перенаправить избыточное возбуждение стресса в конструктивные действия, помогающие выздоровлению.

— И последний вопрос: как врачам познакомиться с методическими рекомендациями? Уже есть электронная версия?

— Врачи могут получить пособие бесплатно на Московской урологической школе (МУШ), ближайшая из которых состоится 14–15 ноября. Пациенты могут получить пособие бесплатно в Московском урологическом центре. А в электронном виде с материалами пособия можно познакомиться на сайтах ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ» и на сайте Московского урологического центра.

Роман Кириллов, к. м. н.

«МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» — более 30 лет успеха на фармрынке!

Научно-производственная фирма «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» (ММХ) присутствует на фармацевтическом рынке с 1992 года. Это не просто одна из ведущих российских фармацевтических компаний, а единственная, выпускающая биологические лекарственные препараты (ЛП) нового класса, созданные на основе градуальной технологии из антител к эндогенным регуляторам. Об истории основания, настоящем и будущем компании рассказывает ее генеральный директор Павел Михайлович Баскаков.



Павел Михайлович
БАСКАКОВ
Генеральный директор
НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ»

— НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» входит в топ-10 фармацевтических компаний России. С чего все начиналось?

— Все началось с того, что основанная в 1992 г. компания разработала и запустила в массовое производство свои первые оригинальные ЛП. Причем уже к концу 1990-х в нашем портфеле было более десяти препаратов различных фармакологических групп, быстро завоевавших доверие врачей и пациентов и до сих пор сохраняющих свою актуальность. На сегодняшний день портфель ММХ насчитывает около 30 препаратов, представленных в 18 странах мира.

— Благодаря каким особенностям выпускаемых компанией препаратов было завоевано доверие врачебного и пациентского сообществ?

— Более 30 лет назад мы приняли решение разрабатывать препараты, используя уникальную технологию, чтобы сделать их максимально безопасными для пациента. В компании создали новый класс ЛП на основе градуальной технологии в полном соответствии с общими требованиями Минздрава России. Для каждого из выпускаемых нами ЛП определены молекулярные механизмы действия, проведены в полном объеме доклинические и клинические исследования (в том числе двойные слепые плацебо-контролируемые, которые считаются золотым стандартом качества доказательной медицины в отношении эффективности и безопасности препарата), разработаны аналитические методики определения активности. Следует подчеркнуть, что одними из первых в стране, еще в далеком 1997 году, мы начали проводить клинические испытания ЛП. И, конечно же, мы по праву гордимся тем, что наши усилия в области разработки принципиально новых ЛП на основе антител получили высокое признание. Двадцать

лет назад, в 2005 году, за создание, внедрение в производство и медицинскую практику новых высокоэффективных лекарственных препаратов на основе сверхмалых доз антител к эндогенным регуляторам ММХ был удостоен Премии правительства РФ в области науки и техники.

— Это ведь далеко не единственная награда, полученная компанией за более чем тридцатилетнюю деятельность на фармрынке России?

— Да, конечно, не единственная. Препараты ММХ неоднократно (а именно в 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 гг.) становились лауреатами профессиональной аптечной премии «Зеленый крест». В ее экспертный совет входят более 1200 членов. Это руководители аптечных сетей, дистрибьюторов, фармацевтических и аналитических компаний, образовательных учреждений, профессиональных объединений и СМИ, которые выбирают лучших из лучших на отечественном фармрынке.

В 2018 г. компания стала лауреатом XVIII всероссийского открытого конкурса профессионалов фармотрасли «Платиновая уния» в номинации «За разработку и внедрение в медицинскую практику инновационных лекарственных препаратов». А в 2020 и 2021 гг. нашим ЛП присуждалась авторитетная премия «Товар года» с соответствующим почетным знаком — выполненной в форме пятиконечной звезды статуеткой.



Производственный цех ММХ на заводе, который является одним из крупнейших предприятий Челябинска

В 2005 году за создание, внедрение в производство и медицинскую практику новых препаратов на основе сверхмалых доз антител к эндогенным регуляторам ММХ был удостоен Премии правительства РФ в области науки и техники

Тогда же компания была признана лидером в стране по количеству клинических исследований (КИ) и числу включенных в них пациентов. Согласно отчету компании Synergy Research о КИ в России в III квартале 2018 года, ММХ, инициировавший в тот момент четыре новых КИ при участии 1388 пациентов, опередил всех отечественных участников рейтинга по количеству КИ, а по числу участников исследований компания обошла и большинство иностранных фармпроизводителей.

— Штат компании насчитывает около 2000 сотрудников. Внушительная цифра! Как им работаете у вас?

— Работается замечательно, причем это объективная оценка. В текущем году компания признана одним из лучших работодателей фармацевтической отрасли России. Авторитетный рейтинг HeadHunter подтвердил значительные достижения ММХ в области управления персоналом. По результатам ежегодного масштабного исследования, включавшего профессиональное HR-анкетирование, опросы действующих сотрудников и соискателей, холдинг занял четвертое место среди фармацевтических предприятий России в категории «Крупные компании».

Следует упомянуть о том, что за право называться лучшим работодателем в этой категории боролись 395 организаций с численностью персонала от 1001 до 5000 сотрудников. Среди финалистов оказалось

19 фармкомпаний. Признание ММХ одним из лидеров рейтинга свидетельствует о высоких стандартах корпоративной культуры, достойных условиях труда и привлекательности компании как работодателя. Это результат планомерной работы по созданию комфортной рабочей среды, развитию персонала и поддержанию значительного уровня вовлеченности сотрудников. Руководство ММХ последовательно реализует стратегию, направленную на привлечение и удержание лучших специалистов отрасли.

ММХ входит в топ-10 фармацевтических компаний России

— Что для этого делается?

— Важной ценностью ММХ являются сотрудники компании и забота об их здоровье и благополучии — компания предоставляет сотрудникам расширенный социальный пакет, включающий медицинское страхование, возможность ежегодно проходить комплексное медицинское обследование, компенсацию спортивных занятий и т.д. Проводится также корпоративное обучение и многое другое. Особое внимание уделяется программам профессионального развития и повышения квалификации, что позволяет специалистам постоянно совершенствовать свои навыки и расти внутри организации. Средний стаж работы сотрудников в компании составляет порядка 8 лет, причем сегодня около 30 % членов коллектива работают в компании уже более 10 лет.

Важным фактором привлекательности компании для сотрудников является открытая корпоративная культура, основанная на принципах взаимоуважения и командной работы. В ММХ действует система внутренних коммуникаций, обеспечивающая эффективный диалог между руководством и сотрудниками. Мы активно внедряем инновационные подходы в управлении персоналом, используя современные HR-технологии и цифровые инструменты для оптимизации рабочих процессов. Это позволяет создавать максимально комфортные условия для работы и развития сотрудников, что положительно отражается на их удовлетворенности своей производственной деятельностью и производительности труда.

Для нас достижение высокой позиции в рейтинге HeadHunter — это не только при-

знание заслуг компании, но и стимул для дальнейшего совершенствования HR-практик и укрепления позиций ММХ как одного из самых привлекательных работодателей фармацевтической отрасли России.

— **Практикуете ли привлечение старшекурсников профильных вузов, то есть обучение будущих сотрудников со студенческой скамьи?**

— Компания инвестирует в развитие молодых специалистов, реализуя различные стажерские программы, по результатам которых зачастую предлагает лучшим стажерам продолжить работу в ММХ на младших позициях с возможностью дальнейшего построения карьеры.

— **Расскажите об исследовательской базе компании.**

— Располагая современной научной базой, мы производим инновационные продукты на основе собственных фундаментальных исследований и разработок. В компании реализуется полный цикл создания современных ЛП — от фундаментальных исследований до вывода нового препарата на рынок. Эффективность препаратов изучается с использованием методов, общепринятых в современной фармакологии. Новые ЛП, как уже говорилось выше, проходят всесторонние доклинические и контролируемые клинические исследования с учетом действующих международных и отечественных стандартов их проведения.

Речь, в частности, идет о соответствии требованиям GLP (Good Laboratory Practice — надлежащая/добросовестная лабораторная практика) и GCP (Good Clinical Practice — надлежащая/добросовестная клиническая практика), что гарантирует высокий профиль безопасности препаратов. Они также проверяются на специфичность и подлинность как биологические ЛП, полученные на основе градуальной технологии. Новый раздел под таким названием был сформирован в 2023 году в XV издании Государственной фармакопеи РФ, утвержденном приказом Минздрава России: <https://pharmacopoeia.regmed.ru/pharmacopoeia/izdanie-15/1/1-9/biologicheskie-lekarstvennye-preparaty-poluchennye-na-osnove-gradualnoy-tehnologii/>

— **С чего начинается разработка нового препарата?**

— С исследования молекулярных и физиологических механизмов, вовлеченных в патологический процесс. Также на данном этапе изучаются физико-химические свойства технологически обработанных растворов различных веществ. Далее на этапе скрининга мы производим поиск и оценку эффективности препаратов-кандидатов, после чего используем ЛП, показавший себя наиболее перспективным для лечения заболевания.

Подразделения компании по науке и клиническим исследованиям сотрудничают с ведущими российскими и зарубежными научно-исследовательскими институтами и учреждениями для проведения совместных исследований и получения новых экспериментальных и клинических данных. Достаточно сказать, что доклинические исследования механизмов действия, эффективности и безопасности ЛП проводятся на базе 150 ведущих научных центров стран Европы, Азии и Северной Америки в соответствии с международными требованиями. Там же осуществляются и КИ, но при участии еще большего количества (1275) российских и зарубежных исследовательских центров. К настоящему времени

в 77 клинических исследованиях ММХ приняли участие 23 435 пациентов.

— **Как устроено производство препаратов ММХ? Где оно располагается?**

— Наш производственный комплекс расположен в Челябинске. Компания является практически единственным крупным фармацевтическим предприятием в этом регионе. Наш комплекс оснащен новейшим технологическим оборудованием ведущих мировых производителей, что позволяет унифицировать полный цикл

аналитическими и микробиологическими лабораториями, что позволяет контролировать мельчайшие детали производственного процесса и гарантировать заявленное качество готовой продукции. Центральным элементом системы обеспечения качества на уровне фармпредприятия является строгое соответствие сертификационным стандартам надлежащей производственной практики — GMP (Good Manufacturing Practice), охватывающей все этапы производства.

— **Продуктовая линейка компании насчитывает три десятка препаратов. Какие из них применяются в урологической практике?**

— В 2003 году компания разработала препарат Импаза® (предназначенный для лечения эректильной дисфункции (ЭД), а в 2006-м появилась Афала® для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), дизурических расстройств и хронического простатита. Поскольку эти нарушения часто сопутствуют друг другу и сочетаются с ЭД у пациентов среднего и особенно старшего возраста, для таких случаев на основе ЛП Афала® и Импаза® был создан комплексный препарат Афалаза®, запатентованный в 2009 г. в США. В России его зарегистрировали в 2010-м, а выпускать начали в 2016-м.

Афалаза®, помогающая в лечении пациентов с ДГПЖ как в монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами, была тщательно изучена в рандомизиро-

— **Ведутся ли специалистами ММХ разработки новых препаратов (в том числе и урологической направленности) и какие задачи стоят перед компанией в ближайшем будущем?**

— Такие разработки активно ведутся, и, что особенно для нас приятно, ведутся и в области различных урологических заболеваний. Более того, скоро мы представим новый ЛП для лечения инфекций нижних мочевых путей, для которого сейчас заканчивается III фаза клинических исследований. Это будет важным событием в этой области, поскольку, по предварительным данным, препарат умеет бороться с антибиотикорезистентной флорой, что выделяет его среди остальных антибактериальных средств.

Уже более тридцати лет компания удерживает лидирующие позиции на рынке благодаря неизменной ориентации на развитие. Мы продолжаем поиск перспек-

Штат компании насчитывает около 2000 сотрудников

производственного процесса получения твердых дозированных форм. Завод ММХ обладает необходимой инфраструктурой для наращивания производства и способен выпускать более 2 млрд таблеток в год. Производственный комплекс располагает собственными контрольно-

Исследования проводятся на базе 150 ведущих научных центров стран Европы, Азии и Северной Америки



В компании реализуется полный цикл создания современных лекарственных препаратов



Завод ММХ способен выпускать более двух миллиардов таблеток в год

Производственный комплекс компании располагает собственными контрольно-аналитическими и микробиологическими лабораториями, что позволяет контролировать мельчайшие детали производственного процесса и гарантировать заявленное качество готовой продукции ММХ

ванных клинических исследованиях (РКИ) и по их результатам в 2021 году включена в российские клинические рекомендации. Результаты целого ряда РКИ продемонстрировали, что при лечении пациентов с ДГПЖ препаратом Афалаза® в течение 12 месяцев уменьшаются объем простаты и выраженность дизурических расстройств, улучшаются показатели уродинамики и качество жизни больного.

Исследования также подтвердили, что клинические эффекты препарата Афалаза® после прекращения приема сохраняются в течение 6–12 месяцев для разных больных при условии длительного лечения. Оптимальный курс терапии должен длиться год: дважды в день по 2 таблетки, которые растворяют во рту до полного растворения. Случаев несовместимости препарата Афалаза® с другими ЛП не отмечено. Препарат может обеспечивать длительное и устойчивое улучшение состояния и применяться продолжительное время.

тивных молекул и создание современных оригинальных препаратов. Расширяется портфель исследований, включая клинические испытания первой фазы для инновационных разработок. В доклинические и клинические исследования внедряются современные цифровые технологии сбора и обработки данных. Наши препараты выходят на новые рынки.

У компании амбициозные планы развития, которые последовательно воплощаются в жизнь. Создавая передовые отечественные препараты, наращивая научный потенциал и выводя российские разработки на международный рынок, мы укрепляем лекарственную безопасность страны и способствуем повышению качества жизни граждан. Компания представляет собой пример социально ориентированного высокотехнологичного бизнеса, работающего на благо страны. ☺

Ирина Ковалева

Тазовые дисфункции и болевые синдромы в практике гинеколога

О современных методах диагностики и лечения пролапса тазовых органов, недержания мочи и тазовой боли рассказала доктор медицинских наук Инна Анатольевна Аполихина, заведующая отделением эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, заслуженный врач России.



Инна Анатольевна
АПОЛИХИНА

— Что такое дисфункция тазового дна (ДТД)?

— Это сложное расстройство функций мышц, связок и фасций, обеспечивающих поддержку органов малого таза в анатомически правильном положении. Ослабление этих структур приводит к снижению опорной способности тканей, что приводит к смещению внутренних органов — матки, влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки, возникновению проблем с удержанием мочи и газов, сексуальной неудовлетворенности, развитию хронической тазовой боли.

ДТД возникает у женщин любого возраста (чаще всего после беременности

и родов, в менопаузе либо вследствие длительных физических нагрузок на область таза) и имеет постепенное течение, изначально проявляясь незначительными симптомами. Отсутствие адекватного лечения ведет к усугублению состояния и негативному влиянию на повседневную жизнь пациентки. Разнообразные подходы к лечению предполагают медикаментозную терапию и хирургическое вмешательство, выбор между ними определяется стадией заболевания.

— ДТД — необратимое состояние?

— Это не так! При своевременном обращении к врачу возможно восстановление функции тазовых органов и предотвращение усугубления расстройства. Для анализа вероятности развития ДТД используется специальная диагностическая шкала UR-CHOICE, основанная на оценке ключевых факторов риска. Высокий итоговый балл свидетельствует о повышенной вероятности формирования ДТД. Как уже говорилось выше, под ДТД понимают комплекс нарушений основных функций связочного и нервно-мышечного аппаратов мышц тазового дна, к которым относятся:

- поддержка органов малого таза в физиологическом положении;
- удержание кала и мочи;
- ряд половых функций.

На фоне ДТД могут развиваться урологические, гинекологические и колоректальные, а также общие расстройства. К последним прежде всего относится хроническая тазовая боль (ХТБ), длящаяся более 3–6 месяцев и не связанная с другими состояниями. ХТБ и урогинекологические заболевания у женщин, вызванные ДТД, являются междисциплинарной проблемой и для нас, акушеров-гинекологов, и для урологов, читателей вашей газеты. ДТД встречается у женщин с частотой от 3 до 53%. Столь широкий диапазон обусловлен поздним обращением пациенток к врачу из-за отсутствия симптомов на ранних стадиях заболевания. Распространенность пролапса тазовых органов в женской популяции составляет 32–64%, недержания мочи — 48–72%, недержания кала — 0,5–28%.

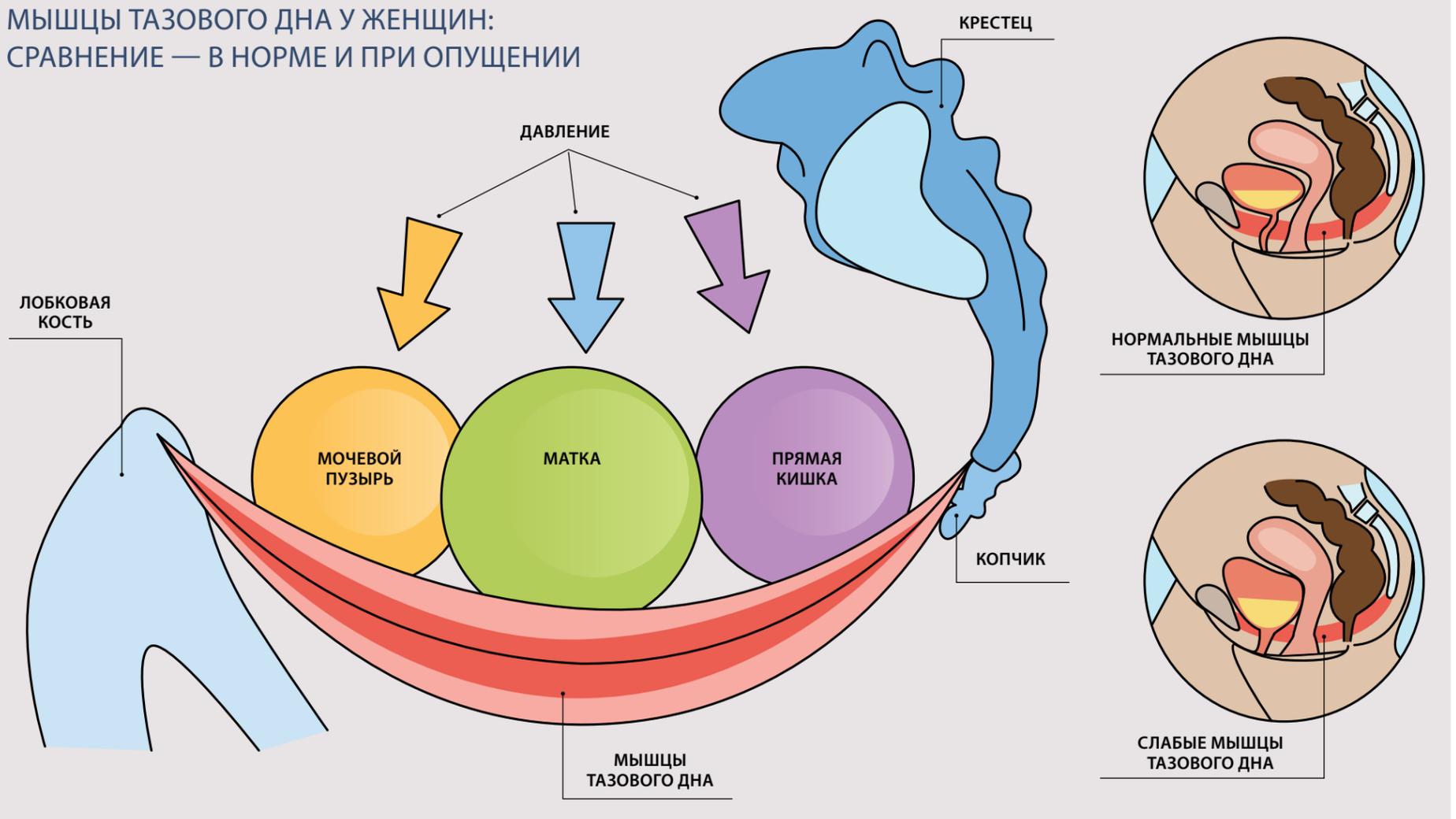
Проблема ДТД имеет и медицинское, и социальное значение, поскольку причиняет моральные страдания и снижает социальную активность женщины, буквально обрушивая различные аспекты качества ее жизни, в том числе сексуальной. ДТД встречается у 20% женщин в 20–29 лет, у 50% в — 30–39 лет, у 77% в — 40–49 лет. При этом начальные формы ДТД обнаруживаются уже в репродуктивном возрасте: у 65% больных пролапс гениталий формируется между 30 и 45 годами, у 19% — до 30 лет и лишь у 17% — после 50 лет.

— Из-за чего развиваются такие нарушения?

— На этот вопрос пока еще нет точного ответа. Причин много, а пусковые факторы ДТД часто взаимосвязаны между урологическими, гинекологическими и колоректальными болезнями. Любая из них может осложниться дисфункцией, и, наоборот, ДТД может стать причиной любой из этих патологий. Ведь органы малого таза тесно связаны между собой, часто имеют общую иннервацию, кровообращение и мышечно-связочный аппарат. Таким образом, поражение одного органа часто ведет к вовлечению в патологический процесс других. Поэтому сегодня изменился подход к патогенезу, диагностике и лечению ДТД: он стал комплексным, или мультимодальным.

Конечно, такие причины ДТД, как пожилой и старческий возраст, наследственность, травмы в родах, воспаление органов малого таза, актуальны по-прежнему. Но сегодня все более важными в патогенезе ДТД представляются миофасциальные спастические синдромы мышц тазового дна (ТД), дисфункции полового нерва (*n. pudendus*), который иннервирует большинство тазовых органов и который специалисты неофициально называют королем промежности (англ. — king of perineum), и дисплазии соединительной ткани. Именно из-за них пролапс гениталий все чаще встречается

МЫШЦЫ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН: СРАВНЕНИЕ — В НОРМЕ И ПРИ ОПУЩЕНИИ



у молодых и нерожавших женщин. Поэтому мы говорим о тенденции к омоложению данных нарушений, да и всего комплекса заболеваний, относящихся к ДТД.

— Среди многих факторов ДТД есть ли какие-то основополагающие?

— Это механическое перерастяжение, недостаточное кровоснабжение, повреждение нервов или травма мышечной и фасциальной основы ТД, возникающие преимущественно в процессе беременности и родов. Неправильное последующее восстановление данных структур становится одним из важнейших триггеров развития нарушений тазового дна. Важную роль в механизмах формирования ДТД играют изменения характеристик соединительной ткани, включая структуру и функциональность коллагена и эластина, определяющих прочность и эластичность ткани. У женщин с ДТД продемонстрирован пониженный уровень содержания эластина в структурах тазового дна.

Ряд исследователей считает ведущим механизмом развития ДТД аномалии соединительной ткани. Соединительнотканная дисплазия формируется из-за дефектов строения клеток или веществ самой соединительной ткани и обычно носит наследственный характер.

— Какими ноцицептивными синдромами характеризуется тазовая боль как проявление ДТД?

— Это синдром болезненного мочевого пузыря (СБП), нейропатия полового нерва и миофасциальные синдромы. Понятие СБП сегодня заменило термин «интерстициальный цистит». Однако ведущие урологи

Урогинекологические проблемы, широко распространенные среди женщин и существенно снижающие качество их жизни, становятся все более актуальными в России и мире с учетом возрастания числа пациенток в постменопаузе

считают, что это два разных патологических процесса с похожими клиническими проявлениями. Главные среди них — боль в области пузыря, учащенные позывы к мочеиспусканию и ночные мочеиспускания. В любом случае алгоритмы диагностики (прежде всего основанные на результатах цистоскопии) и лечения таких расстройств (анальгетики, миорелаксанты, прегабалин, ботулинический токсин, гиалуронат натрия для восстановления уротелия) достаточно похожи.

Интерстициальный цистит обусловлен первичным повреждением уротелия с не вполне выясненной этиологией. Из-за подобного повреждения, приводящего к недостаточности гликозаминогликанового слоя стенки мочевого пузыря, этот слой подвергается воздействию агрессивных компонентов мочи. В результате возникает болевой синдром, прогрессирующее снижение емкости мочевого пузыря, на его верхушке образуется гуннеровская язва, развиваются характерные морфологические изменения в уротелии.

В то же время сенсibilизация мочевого пузыря, проявляющаяся увеличением количества рецепторов, аффилированных с С-волоками (периферическая сенсibilизация), и снижением болевого порога

(центральная сенсibilизация), — при интерстициальном цистите считается вторичной.

Ранее считалось, что моча здоровых женщин стерильна. Но современные исследования доказали существование микробиома мочевого пузыря, включающего *Lactobacillus*, *Gardnerella* и *Streptococcus*. У молодых женщин микробиом менее разнообразен, тогда как у пожилых в период менопаузы наблюдается большее разнообразие микроорганизмов. Причем отклонения от нормы в любую сторону могут указывать на патологию. Особое значение имеет баланс лактобактерий: их избыток связан с интерстициальным циститом, а недостаток — с ургентным недержанием мочи.

Что касается СБП, то это расстройство, по мнению ряда экспертов, обусловлено грубым нарушением иннервации мочевого пузыря при его перекрестной сенсibilизации на фоне поражения соседних органов (например, толстой кишки или матки при аденомиозе). Тогда количество рецепторов С-волокон в стенках пузыря значительно увеличивается. И именно это локальное неврологическое нарушение в конце концов вызывает поражение различных тканей мочевого пузыря.

— А как проявляется и из-за чего возникает нейропатия полового нерва (НПН)?

— Основным симптомом НПН является боль в одной или более областях, иннервируемых *p. pudendus* или его ветвями (прямая кишка, задний проход, уретра, промежность и гениталии). Для НПН характерно усиление боли в положении сидя и ее прогрессирование в течение дня.

В качестве причин нейропатии обсуждаются компрессия полового нерва в канале Алкока, повреждение полового нерва в процессе родов, травмы малого таза, синдром грушевидной мышцы. В этом случае спазмируется или воспаляется одноименная мышца, из-за чего сдавливается проходящий рядом седалищный нерв. Вот почему при любых хронических тазовых болях настоятельно рекомендую коллегам назначать пациенткам магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза.

Также обсуждается роль вируса простого герпеса. Косвенным доказательством тут служит эффективность применения ацикловира и валацикловира в некоторых случаях НПН.

Существуют пять так называемых Нантских критериев НПН:

- боль в зоне, иннервируемой половым нервом;
- преимущественная боль в положении сидя;
- боль не побуждает пациента просыпаться ночью;
- боль не вызывает серьезных нарушений чувствительности;
- блокада полового нерва купирует болевой синдром.

Продолжение на с. 10 →

АБВ ПРЕСС НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО — СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ abvpress.ru medvedomosti.media netoncology.ru

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ | Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ | САРКОМЫ
РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ | ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ | УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ
Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ | Опухоли ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ | Российский Биотерапевтический Журнал
ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ | Хирургия и ОНКОЛОГИЯ | РОССИЙСКИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ОНКОПАТОЛОГИЯ | MD-ONCO | КЛИНИЦИСТ

ГАЗЕТЫ

Онкология Сегодня | Урология сегодня | СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ
ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ | Акушерство и гинекология СЕГОДНЯ | ТРАВМАТОЛОГИЯ и ортопедия СЕГОДНЯ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | Московская ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Реклама  

20 ЛЕТ ВМЕСТЕ
ЛОНГИДАЗА®

ЛОНГИДАЗА® — фермент направленного действия для лечения простатита любого генеза

Начинает работать с 1 дня, удлиняет безрецидивный период до 1 года, т.к. действует комплексно:

- ♦ останавливает воспалительный процесс,
- ♦ разрушает биопленки,
- ♦ предотвращает фиброз¹⁻³.

3000 ME
ЛОНГИДАЗА®
Бовиглиуронидаза азоксимер
Суппозитории вагинальные и ректальные
10 суппозиториях

Петровакс

Информация предназначена для специалистов здравоохранения

Реклама

Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Лонгидаза® ЛП-№(009588)-(РГ-РУ)-040425.
¹Спихак Л.Г. Биопленки в эсзулите — одна из причин нарушений фертильности // Hi+med. Высокие технологии в медицине, 2024. — № 5 (85). — № 20–24.
²Козлов Р.С., Талальский Д.В., Карпова Е.В., Петровская Т.А., Куркова А.А. Микробиологическая активность бовиглиуронидазы азоксимера в отношении микробных биопленок // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2024. — № 26 (4). — С. 487–495. DOI: 10.36488/спс.2024.4.487-495.

ООО «НПО Петровакс Фарм», 142143, Московская область, г. Подольск, с. Покров, Сосновая ул., д. 1
Телефон/факс: +7 (495) 730-75-45
e-mail: info@petrovax.ru | www.petrovax.ru
Для сообщений о нежелательных явлениях:
rv@petrovax.ru / ADR@petrovax.ru | +7 (800) 234-44-80

Тазовые дисфункции и болевые синдромы в практике гинеколога

← Продолжение, начало на с. 8

Мои пациентки обычно описывают боль при НПН как жжение и парестезии. Чаще всего боль локализуется с одной стороны, характерно и ощущение инородного тела в области кишки. Предполагается, что дисфункция полового нерва вызывает симптомы гиперактивного мочевого пузыря за счет повышения количества С-волокон в этом органе, а также вследствие перекрестной сенсibilизации. В лечении НПН обычно используются прегабалин, вагинальные суппозитории с диазепамом, инъекции локальных анестетиков с глюкокортикоидами, ботулинический токсин, блокады полового нерва.

— Из числа синдромов ХТБ осталось рассказать о миофасциальных синдромах малого таза (МСМ).

— МСМ, или хроническая миофасциальная боль, — это ноцицептивные синдромы и дисфункции, вызванные спазмом мышечно-связочного аппарата малого таза. Самый распространенный из них — миофасциальный синдром мышцы, поднимающей задний проход, при котором в леваторе формируются триггерные точки — участки повышенной сократительной активности мышечных волокон. Такие точки характеризуются локальной болезненностью при пальпации и способностью генерировать отраженную боль в смежных анатомических областях. При синдроме леватора боль, которая усиливается в положении сидя, локализуется, главным образом в аноректальной области, а также во влагалище и гипогастрии. При лечении МСМ применяются анальгетики, габапентины, бензодиазепины (лучше в вагинальных суппозиториях), антидепрессанты, чрескожная электростимуляция, инъекции анестетиков и глюкокортикоидов, ботулинический токсин.

— Расскажите о проявлениях урогинекологических заболеваний, основой которых служит ДТД.

— Давайте поговорим о недержании мочи (НМ) и пролапсе тазовых органов (ПТО). Это широко распространенные состояния, особенно у пациенток в постменопаузе, снижающие качество жизни и требующие комплексного подхода к лечению. Традиционно большая часть женщин неохотно говорит на эту тему даже с врачом. Чувства стыда, страха, в том числе потому что эта жалоба связана с сексуальной жизнью, снижают обращаемость к специалистам. Некоторые женщины считают, что НМ — вариант нормы, чему способствует недостаток информации по теме. По данным многочисленных опросов, если врач не осведомится, есть ли жалобы на НМ, сама женщина, как правило, об этом не скажет.

Основной причиной НМ и ПТО считается снижение тонуса мышц тазового дна вследствие родовой травмы. Поскольку наше отделение занимается лечением таких расстройств, в последнее время пациентки обращаются к нам все чаще. К сожалению, мы часто видим женщин с недиагностированной травмой тазового дна. Именно поэтому в современной урогинекологии стало остроактуальным ультразвуковое исследование (УЗИ) структур тазового дна, позволяющее визуализировать и идентифицировать, в частности, опущение стенок

влагалища, апикальный пролапс (согласно классификации POP-Q), НМ, новообразования парауретральной области, а затем и подобрать наиболее таргетный вид оперативного или другого лечения.

На базе нашего отделения применяется опция Smart Pelvic — технология автоматизированной оценки ДТД в сантиметрах и градусах с применением искусственного интеллекта. Коллектив отделения активно внедряет данную технологию среди много рожавших женщин при подготовке к оперативным вмешательствам на ТД и реабилитации после них для профилактики осложнений.

— Из-за чего возникает НМ?

— Процесс удержания мочи в основном зависит от тонуса мышц ТД, состояния коллагеновых волокон связочного аппарата малого таза, а также мышц-детрузоров мочевого пузыря. Оптимальная функция уретры тесно связана со структурами вне ее — лобково-уретральными связками, субуретральной стенкой влагалища, лобково-копчиковыми мышцами и мышцами-леваторами. Очень важный фактор — содержание в этих структурах коллагена. Важную роль играют и такие нарушения функции детрузора, как гиперактивность и низкая эластичность стенки мочевого пузыря, поражения сфинктерного аппарата (гипермобильность уретры и недо-

статочность уретрального сфинктера), а также парадоксальная ишурия. НМ у женщин часто сопутствует пролапс гениталий. Ведь этот процесс начинается с нарушения именно тонуса мышц и фасций ТД, переходящего затем в дефекты связок. После чего и развивается клиническое проявление — опущение тазовых органов.

Диагностика НМ основана на тщательном анализе анамнеза, дневников мочеиспускания, данных анкетирования, результатов функциональных проб (Вальсальвы и кашлевой), комбинированного уродинамического исследования, цистометрии, цистоуретроскопии, УЗИ и рентгенографии.

В урогинекологической практике используют разные опросники о НМ. Стандартной и наиболее часто применяемой анкетой для оценки нарушений сексуальной функции женщин с пролапсом органов малого таза и НМ считается Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ-31). PISQ-12 — более краткая версия, которая рекомендована к применению в клинической практике, в том числе российской.

— Какие инструментальные исследования применяют у таких пациенток?

— Урофлоуметрия позволяет оценить скорость и время опорожнения мочевого пузыря, а значит, сократительную способность детрузора и замыкательную функцию уретры и сфинктера. Эта простая неинвазивная методика рекомендована в качестве рутинного скрининга при любых жалобах на нарушения мочеиспускания. Чтобы уточнить диагноз опущения тазовых органов, проводятся общий осмотр и оценка состояния наружных половых органов. Для этого в нашем арсенале имеются классификации POP-Q и Q-tip-тест, а также уже функциональные пробы и инструментальные исследования, необходимые для диагностики НМ. Особенно важно в этом ряду УЗИ структуры ТД. Методика применяется для диагностики состояния мочевыводящих путей, определения степени опущения органов малого таза, выявления разрывов мышц, поднимающих задний проход, и оценки их функционирования, а также прогнозирования рисков повреждений этих мышц в процессе родов, особенно для будущих мам.

Дополнительно УЗИ позволяет проводить функциональные тесты для анализа подвижности уретры и оценки состояния ее сфинктеров. УЗИ считается единственным способом мониторинга изменений в структуре ТД после операций с использованием искусственных материалов (синтетические сетки и слинги). Благодаря развитию технологий трехмерного ультразвукового сканирования объемная эхография стала незаменимым методом диагностики состояния ТД. Использование визуализации в 3D-формате и мультислайс-технологии (метод послойных изображений) дает возможность детально исследовать каждую структуру, аналогично МРТ, выявляя даже микроскопические травмы мышц ТД. Данная методика значительно расширяет диагностический потенциал гинекологического УЗИ, позволяя точнее рассмотреть органы малого таза, уточнить характер патологического процесса, в том числе и НМ.

При объемной эхографии можно установить локализацию дна мочевого пузыря, его расположение относительно верхнего края лона, измерить длину и диаметр уретры на всем ее протяжении, задний уретровезикальный угол и угол между уретрой и вертикальной осью тела, оценить конфигурацию шейки мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, положение шейки мочевого пузыря по отношению к симфизу.

При трехмерном моделировании ультразвукового изображения можно определить состояние внутренней поверхности слизистой оболочки, диаметр и площадь сечения мочеиспускательного канала на поперечных срезах в верхней, средней и нижней трети уретры, провести осмотр шейки мочевого пузыря, визуализировать его внутренний сфинктер. И, что особенно важно, с помощью трехмерного сканирования промежности можно измерить подвижность ТД по динамике изменения объема пролапса от состояния покоя к состоянию напряжения.

Например, в одном из исследований было установлено, что подвижность ТД у больных, страдавших НМ, почти в 1,6 раза превышала таковую у пациенток без НМ. При сканировании тазовых органов у женщин без пролапса прирост его объема при натуживании во время пробы Вальсальвы составляет 28%. Значит, подвижность ТД в норме. Зато у пациенток с опущением тазовых органов исследуемый показатель достигал 75%. Вообще патологическая подвижность ТД, начиная с показателя 52% прироста объема опущения, уже требует мероприятий по укреплению мышц тазового дна (МТД). Очень важно, что УЗИ тазового дна помогает выявлять его патологическую подвижность еще до клинических проявлений пролапса. Это позволяет проводить профилактические мероприятия и начать динамическое наблюдение, а также определять функциональные резервы подвижности ТД при планировании операции.

— Как лечат эти часто связанные между собой расстройства — пролапс тазовых органов и НМ?

— К консервативным методам лечения относят поведенческую терапию, упражнения Кегеля, тренировки МТД в режиме БОС, электромагнитную стимуляцию МТД, урогинекологические пессарии, фототермическую реконструкцию влагалища и вульвы с помощью лазерных и радиоволновых технологий. У пациенток в пери- и постменопаузе проводится менопаузальная гормональная терапия локальным эстриолом. Хирургическое лечение, тренировки МТД с помощью специальных тренажеров и портативных приборов подбираются с учетом возраста пациенток и сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. В нашем отделении работает реабилитолог, который специально занимается восстановлением МТД у женщин в до- и послеоперационном и послеродовом периоде. Лечение пролапса гениталий осложняется тем, что самые тяжелые и часто рецидивирующие формы обычно встречаются у пожилых пациенток. Распространенность пролапса гениталий увеличивается примерно на 40% с каждой последующей декадой жизни.

При urgentных позывах и urgentном НМ большинству женщин необходима фармакотерапия. Препараты выбора здесь — М-холинолитики, в частности селективный ингибитор М3-холинорецепторов солифенацин, который снижает частоту эпизодов мочеиспусканий, urgentных позывов и НМ, характеризуется хорошей переносимостью. Обычная стартовая доза — 5 мг один раз в день. При необходимости ее можно увеличить до 10 мг в сутки.

Для лечения urgentного НМ и гиперактивного мочевого пузыря у женщин применяется единственный на сегодняшний день представитель бета-3-адреномиметиков — мирабегрон. Он отличается лучшей переносимостью по сравнению с М-холинолитиками, не уступая им по эффективности. Мирабегрон рекомендуется в дозе 50 мг в сутки как

ПРОБЛЕМА В ЦИФРАХ

ДТД встречается у женщин с частотой от 3 до 53 %

- у 20 % — в 20–29 лет
- у 50 % — в 30–39 лет
- у 77 % — в 40–49 лет

Пролапс тазовых органов имеют 32–64 % женщин

- у 65 % он формируется между 30 и 45 годами
- у 19 % — до 30 лет
- у 17 % — после 50 лет

Распространенность у женщин:

- недержание мочи — 48–72 %
- недержание кала — 0,5–28 %

ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ — 28–43 % СЛУЧАЕВ

УПРАЖНЕНИЯ КЕГЕЛЯ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА



1 Ходьба на носках с одновременным втягиванием заднего прохода

2 Ходьба с мячом между ног (голенями, бедрами)

3 Одновременное или поочередное поднятие вытянутых ног

4 Поднимание таза с опорой на лопатки и стопы ног, согнутых в коленях, с одновременным втягиванием заднего прохода

5 Наклоны согнутых в коленях ног (пятки максимально прижаты к ягодицам)

первичным больным, так и тем, кто уже получал ранее М-холинолитики, но прекратил прием из-за нежелательных явлений или недостаточной эффективности. Оценивать результаты при назначении этих препаратов надо не раньше, чем через месяц, продолжая терапию длительное время, ведь после отмены симптомы могут возобновиться.

При генитоуринарном менопаузальном синдроме у женщин появляются сухость и зуд во влагалище, рецидивирующие выделения, диспареуния, кровянистые выделения, цисталгия, учащенное мочеиспускание в дневное время и ноктурия. Такие симптомы обусловлены дефицитом эстрогенов. Женщинам с признаками данного синдрома показан локальный эстриол, даже иногда в дополнение к системной менопаузальной гормональной терапии.

— Но хирургическое лечение — самое действенное?

— Не все так просто. Нам приходится его применять в наиболее тяжелых случаях пролапса и НМ. Но частота рецидивов после операции очень велика — 28–43 % случаев. Высокий риск рецидивов и послеоперационных осложнений требует разработки новых способов решения проблемы, например, своевременной профилактики рецидивов путем правильной маршрутизации пациенток. Применяемые в нашем отделении современные физиотерапевтические и аппаратные методики для лечения дисфункции ТД позволяют решить проблему консервативным путем. Это особенно актуально для пациенток с противопоказаниями к операции, а также для молодых и активных женщин с легкой формой опущения тазовых органов (до II степени по POP-Q) или легкой степенью НМ.

Методы лечения дисфункции ТД подбираются индивидуально в зависимости от степени выраженности симптомов, показаний и противопоказаний. Известный комплекс домашних упражнений, предложенный Арнольдом Кегелем, доказал свою эффективность, думаю, уже на примере миллионов женщин на нашей планете. Он помог им избежать прогрессирования дисфункции ТД, а следовательно, и операции. Упражнения для тренировки таких мышц сегодня несколько не устарели, их популярность растет.

Впервые подобный комплекс упражнений предложил американский врач Джошуа Дэйвис еще в 1932 году. А в 1948-м его соотечественник — гинеколог Арнольд Кегель изобрел специальный тренажер и дал методу научное обоснование, впервые применив его в режиме биологической обратной связи (БОС). В 1970-х годах известный нейрофизиолог, академик Наталья Петровна

Бехтерева создала первый аппарат БОС. Мы активно внедряем данные устройства в практику акушеров-гинекологов еще с конца прошлого века.

Сегодня появляются тренажеры, которые подключаются через Bluetooth к приложению на смартфоне, содержащему множество программ и нагрузок медицинского, общеукрепляющего и оздоровительного характера, созданных на основании различных показаний, в том числе дневника мочеиспускания. Также на современном рынке медицинского оборудования представлено множество электромиостимуляторов для самостоятельного использования, отлично дополняющих методы физиотерапии.

Современные достижения науки позволяют осуществлять дифференцированный индивидуальный подход к лечению сложных урогинекологических заболеваний с учетом решения медицинских и социальных проблем, стоящих перед врачом

— Какой нехирургический и немедикаментозный метод лечения НМ можно назвать урогинекологическим средством первой линии?

— Первой линией в лечении НМ и дисфункции МТД является их тренировка (ТМТД) в режиме БОС. Этот комплексный метод направлен на восстановление тонуса МТД, коррекцию замыкательной функции уретровезикальных сфинктеров, восстановление фаз физиологического наполнения и опорожнения мочевого пузыря. Также ТМТД способствует улучшению кровообращения в органах малого таза и нормализации психоэмоционального статуса. Обоснованное и комбинированное использование ТМТД может существенно улучшить качество жизни женщин с легкой и средней степенью тяжести НМ, которым не показаны операции. По данным метаанализа 88 рандомизированных исследований при участии 9721 женщины со стрессовым типом НМ, посвященного сравнению различных методов лечения этого расстройства (электростимуляция мышц, вагинальные конусы, тренировки мочевого пузыря, фармакотерапия), наиболее эффективной оказалась ТМТД в сочетании с БОС.

— Тренировка МТД в этой процедуре незаменима, это понятно. А что дает БОС?

— Успешность применения ТМТД зависит от регулярности и тщательности выполнения предписанного комплекса упражне-

ний. Пациенткам далеко не всегда удается произвольно осуществлять сокращение МТД, учитывая их скрытый характер. Более того, при попытке самостоятельного выполнения упражнений женщины могут сокращать другие мышцы. А это чревато увеличением внутрибрюшного давления, нежелательным результатом. Для предотвращения подобных ситуаций и применяется БОС.

В ходе выполнения упражнений с помощью вагинальных и ректальных датчиков измеряется тонус и фиксируется электромиограмма МТД. Данные отображаются на мониторе. Врач в режиме реального времени обращает внимание пациентки

на то, какие ее действия приводят к наилучшим результатам. Обучение проводится обязательно под контролем врача или медсестры по физиотерапии. Затем женщина сама продолжает тренировку в домашних условиях.

В результате эффективность ТМТД с применением БОС, по сравнению с упражнениями без обратной связи, в отношении НМ оказывается выше. Это подтвердили многие исследования. Сегодня совершенствуются сложные комплексные методы, где ТМТД и БОС применяются в сочетании с электростимуляцией МТД либо пневматическими тренажерами, помогающими женщине восстановить мышцы диафрагмы таза и укрепить их.

— Применяете ли вы метод ТМТД в сочетании с БОС?

— Мы не только часто применяем такие методы, но и выполняем научные исследования по этой теме. Так, в одном из исследований на базе отделения эстетической гинекологии и реабилитации НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова наши пациентки для устранения симптомов нижних отделов мочевых путей (СНМП), и в том числе НМ легкой и средней тяжести, применяли ТМТД, но без обратной связи и использования специального оборудования. Состояние более чем 50 % участниц исследования практически не улучшилось.

Такие результаты нас не устроили. Поэтому в 2023-м мы выполнили новое

исследование, чтобы изучить эффективность ТМТД уже вместе с БОС у 56 женщин со средним возрастом 53 года и диагнозом СНМП. Все они заполняли опросник ICIQ-SF для оценки влияния СНМП на качество жизни и другой опросник для оценки степени тяжести недержания мочи. Также измерялась сила МТД. По данным опросника, у трех пациенток была тяжелая степень НМ, у остальных — легкая и средняя.

Все женщины прошли 10-дневный курс ТМТД с БОС. Мы использовали кресло VOLEM HNJ-7000 со встроенным электромиографическим датчиком. Этот современный аппарат позволяет женщине выполнять упражнения и измерения прямо в одежде, способствуя ее комфорту и сокращая время процедуры. После обучения методике БОС женщины самостоятельно продолжили ТМТД уже вместе с обратной связью в домашних условиях. Сразу после 10-дневного курса снова измерялась сила МТД, заполнялись оба опросника. Через полгода после начала лечения для оценки его долгосрочного эффекта мы опросили женщин по телефону.

Купирование симптомов НМ наблюдалось у 18 из 26 пациенток (69 %). У шести из них симптомы исчезли полностью. Также у участниц исследования сила МТД увеличилась в среднем более чем в 2 раза относительно исходных значений. Это говорит о том, что выраженность мышечной дисфункции заметно уменьшилась. Наши данные показали, что наиболее эффективными ТМТД с БОС оказываются для больных с легкой и средней степенью тяжести НМ, приводя более чем в 30 % случаев к полному исчезновению симптомов.

Урогинекологические проблемы, широко распространенные среди женщин и существенно снижающие качество их жизни, становятся все более актуальными в России и мире с учетом возрастания числа пациенток в постменопаузе. Современные достижения науки позволяют осуществлять дифференцированный индивидуальный подход к лечению сложных урогинекологических заболеваний с учетом решения не только медицинских, но и социальных проблем, стоящих перед врачом. Аппаратные методики лечения ДТД — один из важнейших способов снижения числа оперативных вмешательств в урогинекологии. Возможность же консервативного лечения при НМ и пролапсе гениталий способствует росту обращаемости женщин к урогинекологам, а возможность индивидуального использования большинства методик в амбулаторных условиях повышает комплаенс. ☺

Александр Рылов, к. м. н.

Сексуальная жизнь мужчины после лечения аденомы предстательной железы

И лекарственное, и хирургическое лечение аденомы простаты (АП) часто осложняется различными нарушениями, среди которых заметное место занимает ретроградная эякуляция РЭ, практически не поддающаяся ни медикаментозной, ни хирургической коррекции. Однако существуют методы предупреждения РЭ и борьбы с бесплодием, к которому она приводит. Об этом наш корреспондент беседовал с доктором медицинских наук Николаем Ивановичем Сорокиным, профессором кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины, ведущим научным сотрудником отдела урологии и андрологии университетской клиники МНОИ МГУ им. М.В. Ломоносова.



Николай Иванович
СОРОКИН

— Правда ли, что нарушения сексуальной жизни мужчины наступают главным образом после хирургического лечения АП?

— К сожалению, свои побочные эффекты часто имеет как оперативное, так и консервативное лечение гиперплазии простаты. Основными нарушениями сексуальной жизни мужчин на фоне медикаментозной терапии, которая в первой линии включает в себя использование альфа-1-адреноблокаторов, являются расстройства эякуляции, а именно РЭ. Однако если проводить параллели между хирургическим и консервативным лечением, то в обоих случаях есть варианты выбора препарата или операции, которые минимизируют риски РЭ, но, к сожалению, не исключают ее.

Также нельзя забывать и об ингибиторах 5-альфа-редуктазы, которые назначаются в качестве монотерапии или совместно с альфа-адреноблокаторами, что, наряду с вероятностью развития РЭ, может привести к нарушению эректильной функции. Такое случается лишь у немногих пациентов, но риск есть. Данное обстоятельство нередко является ключевым при отказе пациента от приема этих лекарств. Поэтому советуем коллегам всегда обсуждать с мужчиной, которому назначается препарат для лечения АП, его потенциальные побочные эффекты. Объясните, что данные расстройства всегда обратимы и встречаются далеко не у всех, что у врача есть возможность маневра с режимом назначения этих лекарств, чтобы нежелательные явления (НЯ) уменьшились, а прием препарата продолжился. Это действенные меры профилактики отказов от лечения и укрепления комплаенса в целом.

— Какие операции нарушают половую и репродуктивную функции мужчины после хирургического лечения АП чаще и сильнее всего?

— Общепризнанным золотым стандартом лечения гиперплазии предстательной железы (ПЖ) сегодня считается трансуретральная резекция (ТУР) простаты. Однако

продолжающееся развитие эндоскопических технологий позволяет нам сейчас называть новым стандартом трансуретральную эндоскопическую энуклеацию аденомы ПЖ, как биполярную, так и лазерную.

Хотя эндоскопическая энуклеация, особенно с использованием лазерной энергии, тоже может вызывать НЯ, она все же считается более малоинвазивным, безопасным и менее травматичным методом по сравнению с традиционной ТУР. Если мы говорим про трансуретральные вмешательства, то негативное влияние на сексуальную функцию в большей степени оказывает ТУР. Причем в основном монополярная, где электроток проходит от активного электрода на петле резектоскопа к пассивному электроду, расположенному на теле пациента. В процессе операции ток создает термический эффект, позволяющий разрезать ткани и одновременно коагулировать сосуды.

— Какие конкретно расстройства мужского здоровья чаще всего встречаются после различных вариантов ТУР?

— Существуют работы, показывающие, что монополярная ТУР может ухудшать эректильную функцию, чего не наблюдается при использовании лазерной энергии в силу небольшой глубины проникновения излучения в ткань — не более 2–4 мм. Несмотря на многие очевидные преимущества использования лазера при эндоскопической энуклеации, РЭ остается частым побочным эффектом трансуретральных вмешательств. В целом РЭ наблюдается у трех из четырех мужчин после любой трансуретральной операции на простате. Частота же развития РЭ в послеоперационном периоде после ТУР составляет 70 %.

Эти данные были подтверждены рандомизированными контролируемые исследованиями, в которых сообщалось о высоком показателе риска возникновения эякуляторной дисфункции — 62–75 % (особенно ретроградной эякуляции) среди пациентов, перенесших ТУР. При этом помимо РЭ возможны другие нарушения эякуляции, когда она отсутствует вовсе (анэякуляция) из-за повреждения паракаликлярных мышц, бывает болезненной и преждевременной, с уменьшением объема эякулята и др.

Для подтверждения анэякуляции после ТУР проводят анализ мочи, собранной после оргазма, поскольку уровень рН семенной жидкости является достоверным диагностическим ориентиром. Обнаружение 10–15 сперматозоидов в поле зрения при микроскопии с большим увеличением или концентрации более одного миллиона сперматозоидов в образце также подтверждает диагноз. Кроме того, как уже говорилось выше, некоторые пациенты могут столкнуться с болезненной эякуляцией. Так,

исследование F. Meng и соавторов продемонстрировало достаточно высокий (21 %) риск ее развития.

— Насколько велика в практике отечественной урологической службы распространенность нарушений сексуальной жизни мужчины после оперативного лечения аденомы простаты?

— По данным члена-корреспондента Российской академии наук А.Г. Мартова, после стандартной ТУР ретроградная эякуляция встречается в 70–90 % случаев, после эякуляторно-протективной ТУР — в 40–50 %, после инцизии простаты — в 21–35 %, после роботической или лазерной энуклеации и вапоризации — в 20–30 % случаев. Таким образом, трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) с использованием эякуляторно-протективной техники, согласно российским данным, позволяет сохранить антеградную эякуляцию в среднем у 20–50 % пациентов.

Особенности процедуры:

- применение биполярной ТУРП, при которой происходит меньше повреждений;
- щадящее удаление тканей в области шейки мочевого пузыря;
- оставление интактной зоны семенного бугорка и участка слизистой вокруг него в радиусе не менее 1,0–1,5 см.

В опубликованной уже в этом году работе, проведенной под руководством профессора С.В. Котова, не было выявлено значимых различий баллов по шкале МИЭФ-5 (опросник Международного индекса эректильной функции) по сравнению с состоянием до операции в группе пациентов, которые перенесли ТУРП. Напротив, в группе мужчин после классической лазерной энуклеации отмечалось статистически значимое снижение общего балла МИЭФ-5 с $18,9 \pm 3,3$ до $17,6 \pm 4,0$ ($p < 0,05$). Примечательно, что 48 % пациентов сообщили о сохранении антеградной эякуляции после проведенной лазерной энуклеации по эякуляторно-протективной методике. Наибольший шанс ее сохранения наблюдался при объеме предстательной железы $66,3 \text{ см}^3$ и менее.

На мой взгляд, лазерная энуклеация с использованием эякуляторно-протективной техники — это очень полезная для наших урологических пациентов методика щадящего лечения АП и сохранения антеградной эякуляции, однако ее эффективность напрямую зависит от объема удаляемой гиперпластической ткани, а также особенностей анатомии простаты (наличие средней доли и так далее). В то же время я уверен, что такие операции будут все шире применяться нашей урологической службой и интерес к ним как со стороны оперирующего хирурга, так и пациента будет расти.

— Насколько высока актуальность проблем нарушения половой функции, учитывая, что ТУР чаще всего подвергаются мужчины пожилого и старческого возраста? Так ли важна для них сексуальная жизнь? Готовы ли они пройти чаще всего непростое и небесплатное лечение, чтобы ее восстановить? Что говорит ваш опыт клинициста?

— По нашему опыту, в большинстве случаев отношение пациента к проблеме РЭ зависит от того, как провести беседу перед операцией. Если у мужчины ведущими симптомами являются дизурия, снижение качества мочеиспускания, то в таком случае, как правило, больной, узнав о том, что его, вероятно, ждут проблемы с эякуляторной функцией, смиряется с этим фактом, поскольку для него качество мочеиспускания будет важнее.

Однако есть и другая группа пациентов — молодые люди, которые планируют рождение детей либо ведут активную половую жизнь. Для них именно качество сексуальной жизни и сохранение антеградной эякуляции выходят на первый план. У таких пациентов могут возникать сомнения при планировании оперативного вмешательства.

В подобных случаях первостепенная задача врача заключается в выделении ведущей проблемы и основных симптомов с последующим обсуждением с больным его показаний к операции, так как не все мужчины могут объективно оценить собственную клиническую ситуацию. В моей практике бывает, что пациент достаточно упорно настаивает на том, что проблема затрудненного мочеиспускания в его случае не настолько серьезна, и ему вместо операции нужно, например, лекарственное лечение.

— И что в этой ситуации вы посоветовали бы коллегам?

— Не пожалеть времени и провести обследование. Если в результате станет понятно, что симптомы инфравезикулярной обструкции первостепенны, следует сообщить пациенту, что в его ситуации РЭ — это второстепенная проблема, а сейчас важнее всего восстановить качество мочеиспускания, предотвратив осложнения, которые могут оказаться достаточно грозными.

— Давайте поговорим о проблеме РЭ как частого осложнения операций на простате, следствием чего может стать развитие мужского бесплодия. Какие патологические нарушения приводят к этой эякуляторной дисфункции?

— Чтобы понять патологические механизмы РЭ, вспомним, какие анатомические структуры вовлечены в этот процесс. Контроль эякуляции со стороны центральной нервной системы (ЦНС) осуществляется

Продолжение на с. 14 →

НОВОСТИ

Юбилейный конгресс РОУ

← Окончание, начало на с. 1

Конгресс РОУ — это главное событие года для урологического сообщества России, объединяющее ведущих экспертов, практикующих врачей, ученых и представите-

листов, взаимодействие с которыми лежит в основе мультипрофессионального подхода к диагностике и лечению урологических заболеваний: эндокринологов, нефрологов,

технологий. Вниманию участников конгресса были представлены результаты последних фундаментальных исследований в урологии, нейроурологии и смежных отраслях, совре-

все новейшие методы диагностики и лечения урологических заболеваний. Благодаря масштабности и разнообразию тематик конгресса участники смогли получить ответы на вопросы, стоящие перед ними. Принятый на мероприятии формат живого общения традиционно позволяет напрямую делиться опытом с коллегами из разных точек мира, получать новые знания и посещать научные школы под руководством ведущих экспертов отрасли.

Конгресс РОУ предоставляет возможность российским урологам:

- ознакомиться с последними достижениями науки и техники: узнать о новых методах диагностики и проведения хирургических операций, о лекарственных препаратах, которые позволяют улучшить результаты лечения пациентов;
- обменяться опытом с коллегами: обсудить сложные клинические случаи, поделиться практическими навыками и наладить профессиональные контакты;
- повысить квалификацию: посетить образовательные семинары, мастер-классы и hands-on тренинги, проводимые ведущими экспертами;
- внести вклад в развитие российской урологии, представив собственные научные исследования и приняв участие в дискуссиях, определяющих будущее специальности.



Представители урологического сообщества с удовольствием фотографировались на фоне баннера юбилейного конгресса РОУ



О том, с какими достижениями отечественные урологи подошли к юбилейному конгрессу, рассказывает академик Петр Витальевич Глыбочко, председатель РОУ и ректор ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

лей индустрии. Юбилейный XXV конгресс стал уникальной платформой для обмена передовым опытом, обсуждения актуальных проблем и представления инновационных решений в области диагностики, лечения и профилактики урологических заболеваний. Мероприятие объединило урологов, андрологов, онкоурологов, а также специа-

кушеров-гинекологов, кардиологов, неврологов, детских урологов и морфологов. Комплексный и междисциплинарный характер научной программы позволил охватить все наиболее важные проблемы нашей специальности в разрезе передовых достижений, в том числе в сфере искусственного интеллекта, телемедицины и цифровых

подходы к диагностике и лечению урологических, андрологических, урогинекологических, онкоурологических и эндокринных заболеваний, а также инновации и стартапы, которые уже сегодня формируют будущее всей медицины.

С момента своего основания РОУ стремится к тому, чтобы клиницистам были доступны

АФАЛАЗА® — РАННЕЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ



- Афалаза® достоверно уменьшает объем предстательной железы¹
- Снижает риск прогрессии ДГПЖ¹
- Отодвигает сроки назначения α-АБ¹
- Стабилизирует потенцию²

1. Pushkar D, et al. Cent European J Urol. 2018; 71: 427-435. doi: 10.5173/cej.2018.1803

2. Куприянов Ю.А. с соавт. Опыт применения препарата Афалаза для лечения симптомов нижних мочевых путей у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы без предшествовавшей терапии. Урология. 2019(3) С.36-42

Реклама. ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ», 127473, г. Москва, 3-й Самотечный пер., д. 9, +7 (495) 684-43-33

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЛИСТКОМ-ВКЛАДЫШЕМ

Реклама

Сексуальная жизнь мужчины после лечения аденомы предстательной железы

← Продолжение, начало на с. 12

через спинальные центры эякуляции. Они включают люмбальные спиноталамические (LSt) клетки, которые формируют спинальный генератор эякуляции. LSt-клетки интегрируют периферические сигналы от генитальной области с возбуждающим и тормозным контролем, поступающим из мозговых супраспинальных центров, таких как *nucleus paragigantocellularis*. Спинальный генератор эякуляции объединяет сенсорные входные сигналы и выходные команды, необходимые для ее инициирования, направляя скоординированные импульсы к анатомическим структурам, обеспечивающим ее реализацию.

Мышцы обоих семенных протоков соединяются непосредственно на уровне семенного бугорка и идут сильно развитым мышечным пучком в каудальном направлении к луковице полового члена. Дорсальная продольная мышечная система образует складку внутри уретры. Учитывая тесную связь этой мышечной системы с семявыбрасывающими протоками, весьма вероятно, что ее сокращение как раз и несет ответственность за семяизвержение и эякуляцию. Исходя из именно этого понимания данных физиологических механизмов сегодня сложились такие эякуляторно-протективные техники, как сохранение шейки мочевого пузыря, параколликулярной ткани, полное сохранение семявыносящих трактов и, наконец, комбинированные техники.

— **Николай Иванович, вы так хорошо и подробно все объяснили, но я так и не понял, какие же части нашего тела отвечают за этот краеугольный камень мужского здоровья, да и вообще за такое совсем простое и естественное дело, как антеградная эякуляция?**

— А вот представьте себе, что не таким уж простым это дело оказалось! И это при том, что впервые РЭ была описана еще в 1814 году, то есть еще 211 лет назад. Правда, ее механизм до XX века не был достоверно исследован, и зачастую этот симптом ошибочно трактовали как анэякуляцию. Но вот уже несколько десятилетий коллеги во всем мире спорят, какие же зоны отвечают за этот процесс. Окончательный ответ пока так и не найден. А ведь представьте, насколько он важен для хирурга, который должен четко понимать, какие структуры необходимо сохранить во время операции, чтобы предотвратить РЭ.

Тем более, что мы можем наблюдать развитие этого расстройства у нативных пациентов, которых мы не оперируем, а просто назначаем им альфа-адреноблокаторы, действующие на рецепторы шейки мочевого пузыря, не давая ей смыкаться. Из-за этого мы наблюдаем РЭ, которая впоследствии исчезает вместе с отменой препаратов. Однако мы также понимаем, что это нативные

пациенты, которым мы в данном случае не нарушаем анатомических структур, что данная ситуация обратима. Но также мы видим, что у ряда мужчин после ТУР простаты, несмотря на разрушение тех же рецепторов в шейке пузыря, РЭ не возникает, антеградная эякуляция почему-то сохраняется.

— **И о чем это говорит?**

— Видимо, о том, что за механизм антеградной эякуляции в большей степени отвечают какие-то другие участки, например параколликулярная ткань.

В 1994 году Gil Vernet и соавторы на основе динамического ультразвукового исследования доказали важность сохранения ткани вокруг семенного бугорка, который каудально смещался, направляя семенную жидкость при скоординированных сокращениях уретры и сфинктера мочевого пузыря. Отсюда возникла гипотеза, что именно сохранение параколликулярной зоны отвечает за поддержание антеградной эякуляции. Так, в исследовании Rouf и коллег была использована данная протективная техника с хорошим результатом — в группе эякуляторно протективной ТУР простаты у 85 % пациентов сохранялась антеградная эякуляция.

В работе Alloussi и коллег также было показано, что не шейка мочевого пузыря, а *m. ejaculatorius* важна для антеградной эякуляции. А значит, необходимо сохранять ткань на 1 см проксимальнее семенного бугорка и ткани в параколликулярной области. Затем Mapasa и соавт. в своем исследовании использовали комбинированную технику: сохранение шейки мочевого пузыря и полочки ткани от нее до семенного бугорка, что позволило избежать нарушений антеградной эякуляции у 89 % пациентов.

Наконец, на недавнем конгрессе Европейской ассоциации урологов (2025) было представлено исследование EJAS, в рамках которого пациентам выполнялась уретроскопия непосредственно во время эякуляции. Оказалось, что шейка мочевого пузыря, вероятнее всего, не участвует в процессе эякуляции. Также была показана важность наклона вперед семенного бугорка в фазе экспульсии и описана ключевая роль параколликулярной зоны в антеградной эякуляции. Думается, что сегодня загадка РЭ уже близка к разрешению, но пока, повторяю, точного ответа еще нет.

— **РЭ — это специфическое осложнение только ТУР и назначения некоторых урологических препаратов или могут быть и другие причины?**

— Факторы, влияющие на развитие РЭ, по этиологии можно разделить на фармакологические, нейрогенные и анатомические. Кроме того, в литературе описаны случаи идиопатической ретроградной эякуляции.

- Фармакологически индуцированная РЭ в значительной степени зависит от приема (помимо α -адреноблокаторов) некоторых психотропных препаратов.
- Нейрогенные факторы развития РЭ включают повреждение спинного мозга, диабетическую нейропатию и рассеянный склероз, а также ряд операций (поясничная симпатэктомиа, ретроперитонеальная лимфодиссекция, аортоподвздошные сосудистые вмешательства, брюшно-промежностные экстирпации).
- Анатомические факторы можно разделить на врожденные (экстрофия мочевого пузыря, трикулярные кисты) и приобретенные. Последние более распространены и чаще обусловлены механическим повреждением, например травмами шейки мочевого пузыря.

— **Ретроградная эякуляция — это проблема только мужского бесплодия из-за невозможности зачатия естественным образом?**

— Увы, это не так. Проблема гораздо серьезнее. Утрата естественной эякуляции может приводить к развитию эректильной дисфункции (ЭД), которая сопровождается психосоциальной дезадаптацией пациента, значительным психологическим дискомфортом, особенно у мужчин активного трудоспособного возраста, обеспокоенных отсутствием эякуляции. К тому же, как уже говорилось выше, именно отсутствие естественной эякуляции зачастую вместе с ЭД является основной причиной отказа больного от выполнения ТУР, несмотря на наличие показаний к ней. А это может привести к прогрессированию симптомов обструкции с острой задержкой мочи в конечном итоге, то есть к жизнеугрожающей ситуации.

— **Как воспринимают это расстройство пациенты?**

— Многие из тех, кому мы планируем оперативное лечение гиперплазии простаты, уже имели опыт РЭ на фоне приема альфа-1-адреноблокаторов. Кстати, уточню, что медикаментозная терапия чаще вызывает частичную (а не полную) РЭ, то есть уменьшение объема выделяемой спермы. Зато при оперативном лечении чаще всего развивается полная блокада, что главным образом и вызывает дискомфорт у части пациентов.

Немаловажный фактор, который зачастую беспокоит мужчин во время планирования трансуретрального оперативного вмешательства, — это получение удовольствия от сексуальной жизни. Пациентам важно удовольствие не только собственное, но и своей партнерши. Поэтому мне жаль, что некоторые коллеги недооценивают значение антеградной эякуляции в паре, а не только для самого пациента.

— **Какие основные стратегии применяются для восстановления антеградной эякуляции?**

— Если говорить о лекарствах, можно назначить пациенту в послеоперационном периоде, например, такой препарат, как мидодрин. Это сосудосуживающее гипертензивное средство, которое селективно стимулирует периферические альфа-

адренорецепторы. Однако эффективность такого лечения крайне низкая. К тому же важными условиями сохранения эффективности подобной фармакотерапии являются небольшой размер аденомы (до 60 см³) без выраженной средней доли и выполнение операции в эякуляторно-протективной технике с сохранением всех анатомических структур.

А теперь очень важно: оперативных вариантов восстановления антеградной эякуляции после трансуретральных вмешательств на простате не существует. Вот почему целесообразно как можно шире использовать с профилактической целью различные техники эякуляторной протекции. Пациентам, для которых в приоритете сохранение привычного качества сексуальной жизни и антеградной эякуляции, нужно подбирать и предлагать альтернативные методы, например такие как безоперационная технология лечения простаты Rezum, трансперинеальная лазерная абляция, методика моделирования уретры Urolift, предполагающая подъем и удержание гипертрофированной ткани простаты в стороне, чтобы она больше не блокировала уретру, эмболизация простатических артерий, акваабляция.

— **Расскажите подробнее о технологии Rezum.**

— Это новая для нашей страны, но хорошо зарекомендовавшая себя за рубежом действенная методика лечения АП, основанная на воздействии водяного пара на аденоматозную ткань. Методика применяется с 2015 года и уже доказала свою эффективность и безопасность. Например, Hawks и соавт. проанализировали четырехлетние результаты применения технологии Rezum в реальных клинических условиях с использованием опросника МИЭФ, проведя стратификацию участников по наличию или отсутствию ЭД на исходном уровне. Оказалось, что при длительном наблюдении технология Rezum не только сохраняет сексуальную функцию, но и способствует ее улучшению у пациентов с исходной ЭД, обеспечивая при этом стойкое снижение потребности в медикаментозной терапии АП.

При большом многообразии методик лечения АП важно понимать, что выбор вмешательства должен определяться не самой технологией, а потребностями конкретного пациента. Совсем недавно данный вопрос активно обсуждался на сателлитном симпозиуме, посвященном технологии Rezum на юбилейном конгрессе РОУ в Казани. Были представлены актуальные и информативные выступления ведущих российских специалистов в этой области, которые поделились своим опытом. Академик Дмитрий Юрьевич Пушкарь рассказал о результатах применения методики Rezum в стенах Московского урологического центра на базе ММНЦ им. С.П. Боткина и определил основные приоритеты развития данной технологии в России на ближайшее время.

Меня особенно заинтересовало высокопрофессиональное и весьма критичное выступление эксперта из Израиля Б.Я. Чертина, честно показавшего результаты применения технологии Rezum, где РЭ отмечалась у 16 % мужчин, а дизурия — в 34 % случаев. Он так

Урология сегодня № 3 (82) 2025

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Генеральный директор:
Баходур Шарифович Камолов

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА
Главный редактор: Дмитрий Юрьевич Пушкарь
Шеф-редактор: А.Н. Берников
Выпускающий редактор: И.В. Ковалева
Руководитель проекта: О.А. Строковская

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
К.м.н. Б.Ш. Камолов
Д.м.н., проф. А.З. Винаров
Д.м.н. А.В. Говоров
К.м.н. А.А. Серегин
К.м.н. Е.Н. Голубцова
О.А. Плеханова

ДИРЕКТОР ПО РЕКЛАМЕ:
А.Г. Прилепская
alla@abvpress.ru

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик:
С.С. Крашенинникова
Корректор: И.Г. Бурд

ПЕЧАТЬ
ООО «Типография».
Юридический адрес: 115088, г. Москва, вн.тер.г. Муниципальный Округ Южнопортовый, ул. Шарикоподшипниковская, д. 13, стр. 3
Заказ № 25-510.
Общий тираж 5 000 экз.
АДРЕС РЕДАКЦИИ
115478, Москва, Каширское шоссе, 24, стр. 15.
Тел. +7 (499) 929-96-19 E-mail: abv@abvpress.ru

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009.
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.

же отметил, что выбор пациентов для предложения им подобного способа моделирования уретры должен быть строго персонализированным и тщательно взвешенным. Причем в этой ситуации, подчеркнул Б.Я. Чергин, доктор не должен руководствоваться только желанием пациента сохранить антеградную эякуляцию. Иными словами, «не пациент для технологии, а технология для пациента». Поиск подходящего метода требует четких критериев отбора. Это должны быть пациенты без выраженных анатомических изменений, с объемом ПЖ до 100 см³, умеренной симптоматикой и выраженным желанием сохранить сексуальную функцию. В таких случаях малоинвазивные методы демонстрируют высокую эффективность, низкий уровень осложнений и удовлетворенность результатом как в отношении мочеиспускания, так и качества сексуальной жизни.

Примечательно, что в 2025 году FDA расширило показания к применению технологии Rezum, разрешив ее использование при объеме ПЖ 150 см³ и более. Однако объективно судить о результатах ее применения при столь больших объемах можно лишь после накопления достаточного клинического опыта. Тем не менее, по данным коллег, можно констатировать устойчивую тенденцию: сохранение сексуальной функции становится одним из ключевых приоритетов в лечении АП, особенно у пациентов молодого возраста.

Радует, что сегодня, в условиях активного скрининга и растущей медицинской осведомленности, все реже встречаются запущенные формы этой доброкачественной опухоли. Пациенты стали более внимательными к собственному здоровью, чаще проходят обследования и обращаются к врачу

на ранних стадиях. Поэтому на первый план выходит индивидуализированный подход, при котором выбор метода лечения основывается на анатомических особенностях, степени выраженности симптомов и личных приоритетах мужчины. Именно такой подход обеспечивает оптимальный баланс между эффективностью, безопасностью и сохранением качества жизни, что должно стать приоритетом современной урологической практики.

— Если восстановления фертильности не происходит, приходится применять вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)? Какие особенности их применения существуют у пациентов с РЭ?

— При необходимости решения репродуктивных задач после трансуретральных операций (например, если раньше пациента не волновала выявленная у него ретроградная эякуляция, а сейчас появилась молодая супруга) прежде всего необходимо исследование гормонального статуса для исключения секреторной азооспермии. Это относится к больному, у которого никогда не было детей и который раньше не обследовался для оценки такого статуса. И, конечно, требуется лабораторное подтверждение наличия сперматозоидов в моче.

Если они есть, то в условиях специализированной лаборатории или профильного центра перед мастурбацией пациенту в мочевого пузырь вводится специальный буферный раствор. После этого полученные сперматозоиды сразу используют по фреш-протоколу по назначению, когда можно ждать наиболее оптимальный результат ВРТ, или их подвергают криоаморозке.

— Если анэякуляция у пациента наступила вследствие операции, и сперматозоиды в моче отсутствуют, то ему уже не помочь?

К счастью сегодня это уже не так. Возможно применение микрохирургических операций, например, таких как PESA — вспомогательная репродуктивная технология, применяемая для получения сперматозоидов при мужском бесплодии. Она представляет собой чрескожную пункцию придатка яичка. Проведение PESA показано мужчинам при вторичном бесплодии, плохих показателях спермограммы, подозрениях на обструкцию семявыносящих протоков.

Есть и такая методика, как TESA, чрескожная биопсия яичка. В ходе нее можно получить биологический материал для проведения искусственного оплодотворения. Как правило, технология применяется для получения сперматозоидов у пациентов с заблокированными семявыносящими путями после трансуретральных вмешательств на простате. Специалист делает местную анестезию. Затем из яичка выполняется аспирация мужских половых клеток. Они забираются через тонкую иглу, введенную в кожу мошонки.

После того как врач забирает несколько образцов, он помещает их в специальную среду, чтобы отделить сперматозоиды от других тканей. В 70 % случаев удается выделить мужские половые клетки. Их можно использовать для оплодотворения, при этом показатель успешных результатов довольно высокий.

Если же врач не обнаружил сперматозоиды в ходе биопсии, он порекомендует микрохирургическую операцию или микро-TESE. В отличие от открытой биопсии яичка, при микро-TESE яичко полностью выделяют и рассекают белочную оболочку

на большом протяжении. Все извитые семенные каналцы выделяют из рассеченной белочной оболочки и просматривают под лупой. Выделяют и забирают скопления наиболее толстых каналцев. Полученные каналцы участвуют в операции эмбриолог исследует при большом увеличении. Операция микро-TESE завершается при выявлении нескольких сперматозоидов, пригодных для ВРТ, или при их отсутствии при просмотре нескольких участков каналцев.

— Насколько доступны сегодня ВРТ для подобных пациентов? Есть ли шанс, что одна из таких технологий окажется для больного бесплатной в рамках программы помощи по ВМП?

— Я не являюсь специалистом по ВРТ, но, насколько мне известно, такие методики доступны только на платной основе в специализированных центрах репродукции при наличии подготовленных, квалифицированных специалистов. Как правило, это частные центры либо федеральные клиники. Сейчас в нашей стране стартовала федеральная программа по поддержке отцовства (по аналогии с материнством и детством), которой руководит член Совета при президенте РФ по реализации демографической и семейной политики академик Армаис Альбертович Камалов. Благодаря его усилиям на всех уровнях стало уделяться много внимания сохранению и поддержанию мужского здоровья в рамках демографической политики. Поэтому я не исключаю, что вопросы бесплатного ВРТ для мужчин, по аналогии с женщинами, будут обсуждаться на профильных заседаниях Минздрава и в ближайшее время дадут положительные результаты. 

Вадим Кириллов, к. м. н.



элигард
лейпрорелин

- + Наиболее благоприятный профиль сердечно-сосудистой безопасности среди препаратов для АДТ*1-3
- + 99% пациентов достигают уровня тестостерона ≤ 20 нг/дл⁴
- + Более 7 лет и, вероятно, пожизненно поддерживает каstrationный уровень тестостерона, увеличивая время до прогрессирования и улучшая выживаемость⁵⁻⁷

* АДТ – Андроген-депривационная терапия
1. Alexander R. Lyon et al. European Heart Journal (2022) 43, 4229–4361. 2. Алексеев Б.Я. и соавт. Онкоурология 2024;20(3):80–93. 3. Вицона М. В., Агеев Ф. Т., Орлова Р. В. и соавт. Кардиоваскулярная токсичность. Практические рекомендации RUSSCO, часть 2. Злокачественные опухоли. 2024;16(362):97–121. <https://www.gscorussia.ru/ru/abstracts/RUSSCO/2024/2024-2-06.pdf>. 4. Фролова С.И. et al. Rev Urol 2018; 20(1): 63–68. 5. Общая характеристика лекарственного препарата Элигард от 26.05.2025. <http://eesc.eaeunion.org/>. 6. Crawford ED et al. J Urol. 2021;205(2):554–560. 7. Morote J. J Urol. 2007;178:1290–5. 8. Saltzstein D. et al. Ther Adv Urol. 2018 Feb; 10(2): 43–50. 9. Mersberger AS., Roesch M.C. Expert Review of Anticancer Therapy. 2022;7: 703–715.

Перед назначением ознакомьтесь с общей характеристикой лекарственного препарата Элигард от 26.05.2025. <http://eesc.eaeunion.org/>

Кардиобезопасность препарата Элигард: 

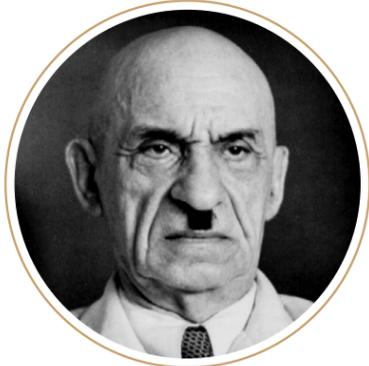
Подробнее про Атригель (систему доставки второго поколения), которая минимизирует потенциальный риск прогрессирования РПЖ^{8,9}: 

Организация, принимающая претензии: ООО «РусФик», 123610, Россия, Москва, Краснопресненская наб., д. 12, под 7, эт. 6, пом. IАЖ. Тел.: +7 (495) 225-80-01, факс: +7 (495) 238-20-07. E-mail: info@rusfic.com

RECORDATI 

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пионер реконструктивной хирургии — Николай Алексеевич Богораз



Отличник и вольнодумец

Николай Алексеевич родился 1 февраля (13-го по старому стилю) 1874 г. в Таганроге, относившемся тогда к области Войска Донского, то есть в современной Ростовской области. Правда, звали его тогда иначе — Генрихом. Имя, под которым мы его знаем, он приобрел после крещения. Отец мальчика, Мендель (Максимилиан) Маркович Богораз, был учителем, происходившим из овручской раввинской семьи, а мать, Анна Абрамовна, была из купеческой семьи городка Бар Подольской губернии. Их сын проучился два года в Таганрогской классической мужской гимназии, а затем — еще пять лет во 2-й Тифлисской гимназии, которую окончил в 1892 году с золотой медалью. А еще через пять лет Николай Алексеевич, тоже с золотой медалью, выпустился из Петербургской военно-медицинской академии, получив степень «лекаря с отличием». А мог бы ведь и на каторгу угодить: во время учебы Богораз участвовал в работе социал-демократического кружка студентов академии, был арестован, как сочло следствие, «по ошибке» 9 декабря 1895 года, а затем освобожден после этого самого следствия 26 января 1896 года. Он даже принял участие в создании и редактировании газеты «Рабочая мысль», в которой публиковался с самого первого номера (1897).

С 1898 года Николай Алексеевич служил младшим врачом 112-го пехотного Уральского полка. Однако спокойной эту службу не назовешь. 3 апреля того же года его повторно арестовали в Ковно для дознания по делу Колпинского марксистского кружка и Союза борьбы за освобождение рабочего класса. Проведя за решеткой полгода, доктор Богораз был освобожден 29 сентября и затем оставался под надзором полиции сроком на год с 26 мая 1899 года. С 1903 года служил врачом на станции Елисаветполь Закавказской железной дороги. В 1906 году находился в розыске как привлеченный по делу о революционной организации на станции Елисаветполь (в округе Тифлисской судебной палаты).

С 1907 года мятежный медик служил старшим врачом приказа общественного призрения в Томске, с 1910-го — приват-доцентом Томского университета, где сконцентрировался на урологии. В 1912 году описал технику артериовенозного анастомоза при гангрене нижних конечностей. А несколько позже стал автором так называемой операции Богораз — Крестовского — наложения анастомоза между верхней брыжеечной и нижней полой веной при портальной гипертензии.

Путь в профессию

В Томске молодой врач работал под руководством профессора Платона Ивановича Тихова (1865–1917), посвящая себя уро-

Всемирно известный уролог Николай Алексеевич Богораз (1874–1952) прошел длинный путь от слушателя Военно-медицинской академии до пионера фаллопластики и имплантационной хирургии полового члена. Он также внес большой вклад в развитие мировой медицины, особенно в области военной травматологии. Дорога его жизни не была устлана лепестками роз, но он прошел ее как герой, подавая ученикам пример мужества, профессионализма и неустанного интереса к прорывным открытиям в медицине.

логическим заболеваниям. Так, в 1909 г. Н.А. Богораз опубликовал научные труды об имплантации мочеточников в прямую кишку при экстрофии мочевого пузыря, пересадке мочеточника в кишку при его опухоли, когда при резекции участка мочеточника невозможно произвести уретероуретероанастомоз. Тогда же Николай Алексеевич блестяще защитил диссертацию «О частичных ампутациях стопы», после чего его имя стало приобретать все больший авторитет у коллег.

В последующие годы томского периода вышла в свет работа о лечении урогенитальных травм, а также описание клинического случая трехлетнего мальчика с тяжелым рубцовым поражением передней части тела, включая генитальную область, после ожоговой травмы за год до этого. Половой член был буквально спаян с поверхностью передней брюшной стенки, в связи с чем мочеиспускание производилось по поверхности живота. Была выполнена резекция рубцовых тканей, дефект полового члена закрыли кожным лоскутом, выделенным из нижней части живота.



Профессор Богораз на консультации в Ростове

В 1910 и 1912 гг. Н.А. Богораз стажировался в лучших хирургических школах Германии, Австрии, Франции и Италии. В 1913 г. он возглавил кафедру госпитальной хирургии Варшавского университета, где опубликовал монографию «Трансплантация верхней брыжеечной вены в нижнюю полую вену при циррозе печени». Речь идет о первом в мире успешно произведенном мезентерико-кавальном анастомозе у пациентки с асцитом цирротического генеза.

Затем молодого ученого командировали на фронт в качестве военного хирурга. Во время Первой мировой войны, будучи профессором Варшавского университета,

вместе с кафедрой Николай Алексеевич был эвакуирован в Ростов-на-Дону, где в дальнейшем занимался сосудистой и восстановительной хирургией.

Безногий хирург

В сентябре 1920 г. с Николаем Алексеевичем произошло несчастье, придавшее его образу героический ореол. Направляясь в клинику, профессор Богораз вскочил на подножку переполненного трамвая, не удержался и угодил под колеса прицепного вагона. Повезло, что рядом с ним оказался профессор Николай Васильевич Парийский, сумевший оказать первую помощь. Уже через 2 недели после операции Богораз совершал обход больных, передвигаясь в коляске, а месяц спустя на заседании Научно-медицинского общества при Донском университете безоногий хирург выступил с докладом «Мысли об ампутации бедра», где подробно изложил собственную историю болезни с анализом всех ощущений и наблюдений. Выступление неожиданно для докладчика превратилось в чествование. Слушатели рукопле-

Операция проводилась в два этапа: формирование двусторонних кожных трубчатых лоскутов на ножках (использовалась кожа живота) и применение сегмента реберного хряща длиной 8 см. После двухнедельного натяжения сегмент был пересажен к месту оставшегося корня полового члена пациента. Остаточные кавернозные тела в корне пениса разделили и внедрили в лоскут. Часть уретры была реконструирована посредством трубчатого лоскута мошонки больного.

Описывая дальнейшие события, Н.А. Богораз отмечал: «В послеоперационном периоде пациент сообщал, что вновь образованный пенис становится натянутым при набухании кавернозных тел во время полового возбуждения и образует однородное твердое тело... За прошедшие месяцы у пациента были половые акты, и он мог эякулировать несколько раз за ночь. Он в настоящее время женат, и его жена находится на 5-м месяце беременности. Его ощущения во время полового акта не отличаются от тех, что были до потери пениса. Его жена сообщала, что она полностью удовлетворена сексом».

В 1940 г. вышла в свет монография Николая Алексеевича «Восстановительная хирургия» — первый в мировой и отечественной истории уникальный фундаментальный труд, принесший ученому мировую известность. За эту монографию Н.А. Богоразу была присуждена Государственная премия, а в дальнейшем и звание заслуженного деятеля науки РСФСР за выдающиеся заслуги в развитии отечественной науки. Несколькими годами позже, во время Великой Отечественной войны, советские хирурги будут следовать этому руководству и спасут жизни тысячам солдат, вернут их в строй.

В 67 лет, во время Великой Отечественной войны, Николай Алексеевич вместе с медицинским институтом был эвакуирован в Ташкент, где работал в военном госпитале, а спустя два года возглавил клинику факультетской хирургии Второго Московского медицинского института. Одновременно профессор Богораз был ведущим хирургом Главного военного госпиталя Вооруженных Сил СССР.

Смерть жены в 1947 г. и слабое здоровье вынудили Николая Алексеевича отказаться от работы в клинике. 15 июля 1952 г. в возрасте 79 лет он скончался от повторного инфаркта миокарда. Одним из важнейших изданий на закате карьеры ученого был неопубликованный до 1948 г. двухтомный труд «Реконструктивная хирургия». В нем отражен его многолетний опыт во всех аспектах реконструктивной и пластической хирургии. Около ста страниц этой работы посвящены проблемам реконструкции мочевыводящего тракта, включая хирургию почки, уретры и мочевого пузыря. В монографию были включены разные методы уретропластики, а также методы лечения крипторхизма. 📖

скали мужественному коллеге, сумевшему не только преодолеть трагическое событие, но и вернуться к работе в клинике. Уже через полгода Н.А. Богораз сделал первую операцию, стоя на протезах у высоко поднятого операционного стола.

Изобретатель фаллопластики

В ноябре 1936 г. Н.А. Богораз на съезде хирургического общества Азова и Черного моря заявил о впервые проведенной фаллопластике с использованием хряща у 23-летнего пациента. Его половой член был отрезан у корня под *mons pubis*.

Экспресс-маршрут

phs Фармстандарт

К выздоровлению



НОВИНКА

400 мг № 7

400 мг № 14

100 мг № 10

100 мг № 20

500 мг № 10

500 мг № 20

Антибиотики с улучшенными фармакокинетическими свойствами в форме диспергируемых таблеток*¹

Джозафен® – единственный препарат джозамицина на рынке в дозировке 500 мг²



Низкая частота **нежелательных реакций**³



Можно применять **во время беременности**^{***}



Снижен риск **ошибок дозирования**^{** 1}



Препараты **биоэквивалентны**⁶⁻⁸ и **взаимозаменяемы**⁹ оригинальным



Два варианта приема антибиотиков «ЭКСПРЕСС»: таблетку проглотить⁴ или растворить в воде и выпить^{4,5}

* По сравнению с традиционными пероральными формами (капсулами, таблетками, покрытыми пленочной оболочкой). ** По сравнению с пероральными суспензиями. *** Только в случае, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода (Согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Цефиксим ЭКСПРЕСС). 1. Зырянов С.К., Байбулатова Е.А. Использование новых лекарственных форм антибиотиков как путь повышения эффективности и безопасности антибактериальной терапии. Антибиотики и Химиотерапия. 2019;64(3-4):81-91. 2. По данным ГРЛС (дата обращения 28.03.2025). 3. Для препаратов Цефиксим ЭКСПРЕСС и Доксициклин ЭКСПРЕСС. 4. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Джозафен®. 5. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Джозафен®. 6. Проспективное открытое рандомизированное перекрестное исследование по изучению сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов Джозафен® (МНН: джозамицин), таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг (производства ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Россия) и Вильпрафен® (МНН: джозамицин) таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг (производства Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нидерланды) у здоровых добровольцев. 7. Проспективное открытое рандомизированное перекрестное исследование по изучению сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов Цефиксим ЭКСПРЕСС (МНН: цефиксим), таблетки диспергируемые, 400 мг (ЗАО «ЛЕККО», Россия) и Супракс® Солютаб® (МНН: цефиксим), таблетки диспергируемые, 400 мг (Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нидерланды) у здоровых добровольцев. 8. Проспективное открытое рандомизированное перекрестное исследование по изучению сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов Доксициклин ЭКСПРЕСС, таблетки диспергируемые, 100 мг (ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Россия) и Юнидокс Солютаб®, таблетки диспергируемые, 100 мг (Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нидерланды) у здоровых добровольцев. 9. Для препаратов Цефиксим ЭКСПРЕСС и Доксициклин ЭКСПРЕСС. Перечень взаимозаменяемых лекарственных препаратов от 27.03.2025.

Реклама АО «Фармстандарт» pharmstd.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выбор оптимального способа измерения уровня тестостерона

Проблема мужского здоровья и диагностики андрогенного дефицита вызывает повышенный интерес в медицинском сообществе. Мы побеседовали на эту тему с кандидатом медицинских наук Н.Ю. Игловиковым, доцентом кафедры урологии федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны России, в том числе поговорили о подходах Николая Юрьевича к выбору оптимального метода измерения уровня тестостерона, подготовке к исследованию и интерпретации анализов.



Николай Юрьевич
ИГЛОВИКОВ

— Почему проблема выбора метода измерения уровня тестостерона кажется вам актуальной?

— Тема мужского здоровья сейчас очень популярна, активно обсуждается как в профессиональном урологическом сообществе, так и в различных блогах, подкастах не только медицинской направленности. Крайне жаркие дискуссии ведутся о гипогонадизме и связанной с этим необходимости начала гормонзаместительной терапии (ГЗТ). Из года в год наблюдается рост числа пациентов с назначенной ГЗТ. Корректность измерения тестостерона существенно влияет и на диагноз, и на старт ГЗТ.

В российских рекомендациях прописаны время забора крови на исследование и нижняя граница нормы тестостерона, но не указан метод анализа, поэтому практики могут расходиться. В большинстве случаев некорректные измерения уровня тестостерона выявляются при внимательной интерпретации результатов, но при этом требуются дополнительные повторные исследования и консультации, что накладывает дополнительную нагрузку как на пациента, так и систему здравоохранения. В ряде случаев применение менее достоверного метода или неправильная подготовка к исследованию могут привести к формулированию ошибочного диагноза и началу ненужного лечения.

— Какие методы определения уровня тестостерона сейчас применяются?

— Тестостерон можно определять в различных биологических жидкостях — сыворотке крови, слюне, моче. Наибольшее клиническое значение имеет исследование крови, поскольку именно оно отражено в международных и национальных клинических рекомендациях (КР).

Существуют две группы способов измерения уровня тестостерона:

1. Первая — иммунные. Сегодня это в основном автоматические хемилюминесцентные платформы: CLIA, CMIA и ECLIA. Все они работают по конкурентному принципу: «свой» тестостерон из сыворотки соревнуется с меченым аналогом за антитело. Чем больше гормона в пробе, тем слабее регистрируемый световой сигнал.

Свет возникает либо как результат химической реакции, либо — в случае ECLIA — запускается на электроде и фиксируется фотодетектором. Эти системы быстрые, потоковые, с широким рабочим диапазоном, потому и стали повседневным стандартом. Их уязвимость — платформенные смещения и возможная перекрестная реактивность со схожими стероидами, особенно заметная в низком диапазоне концентраций, где нам как раз и нужна максимальная точность.

Для сравнения: классический ELISA (иммуферментный анализ, ИФА) делает все то же самое, но фермент дает цвет, а не свет. Метод более ручной, с более

соб максимально специфичен и надежен при низких концентрациях — фактически это референтный стандарт.

— Если масс-спектрометрия настолько точна, почему нельзя использовать только этот метод?

— LC-MS/MS считается золотым стандартом измерения уровня гормонов. Действительно, метод гораздо более точный, чем стандартные иммунные способы, особенно при низких уровнях тестостерона. Ограничения метода связаны с его высокой сложностью и стоимостью, поэтому он представлен не так широко. Кроме того, применение такого высокотехнологичного

лейской ассоциации урологов устанавливают нижнюю границу в 12 нмоль/л и определяют масс-спектрометрию как наиболее надежный метод определения уровня тестостерона.

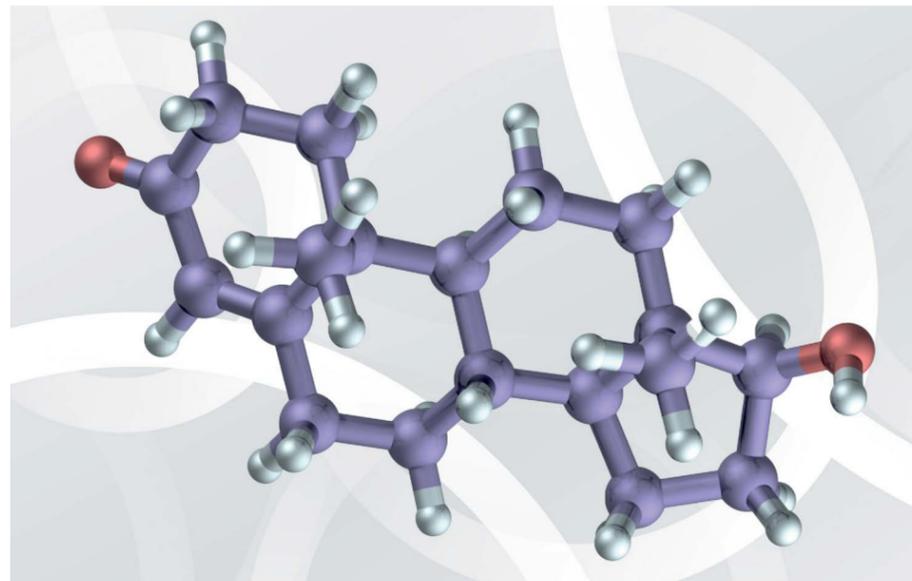
— Есть мнение, что нижняя граница нормы общего тестостерона индивидуальна...

— В любом случае мы должны отталкиваться от КР, в которых указана нижняя граница нормы. Да и большинство специалистов сходятся во мнении, что за нижнюю границу следует принимать 12 нмоль/л. Нужно понимать, что, если мы говорим о доказательной медицине, то индивидуальные границы нормы тестостерона очень сложно установить и доказать. Сама идея андрологического паспорта, в котором был бы указан уровень тестостерона, исследованный еще в молодом возрасте, мне кажется очень интересной, но трудно реализуемой в научном и организационном плане.

Еще в 2016 году, когда мы начали заниматься этим вопросом, я был ответственным исполнителем научно-исследовательской работы по оптимизации диагностики мужского гипогонадизма. Были разработаны подходы и алгоритмы, оформленные в виде рационализаторского предложения: оно было внедрено и применяется сейчас в клиниках академии. Мы видим, что у пациентов с исходно более высоким уровнем тестостерона клиническая симптоматика появляется при более высоких значениях относительно общепринятой нижней границы. Но сейчас рано делать какие-либо выводы, нужно собрать и проанализировать еще больше данных. Со временем такой подход, безусловно, будет огромным шагом вперед в персонализированной терапии и повысит качество диагностики. Но сейчас это можно обсуждать только в плане теории, а в реальной клинической практике нужно придерживаться существующих клинических рекомендаций.

— В каких случаях, на ваш взгляд, однозначно показан LC-MS/MS?

— Наиболее точные методы исследований всегда важны при принятии серьезных решений, определяющих дальнейшую судьбу пациента. Одним из таких случаев я считаю решение о начале ГЗТ при наличии гипогонадизма. В данной ситуации речь идет о сочетании клинических симптомов и сниженного уровня тестостерона. Учитывая, что иммунные методы имеют высокую погрешность при низких значениях уровня тестостерона, а именно в этой зоне диагностируется гипогонадизм, то в таком случае применение LC-MS/MS абсолютно оправданно. Таким образом, мы достоверно подтверждаем низкий уровень тестостерона и имеем его точное значение в качестве отправной точки для последующего контроля и наблюдения. Важно напомнить, что, каким бы точным метод ни был, все равно нужно минимум двукратное измерение уровня тестостерона.



Молекула тестостерона

По химическому строению основной мужской половой гормон тестостерон из группы андрогенов представляет собой твердый полициклический спирт с гидроксильной группой при 17-м атоме углерода со следующей формулой: $C_{19}H_{28}O_2$

узким линейным диапазоном и большей межлабораторной вариабельностью. Он доступен, но в крупных лабораториях его вытеснили автоматические хемилюминесцентные анализаторы. Исторически до них широко применялся RIA (радиоиммунный анализ, РИА) — тот же конкурентный принцип, только с радиометкой и счетом радиоактивности. По чувствительности он был очень хорош, но из-за требований радиационной безопасности и утилизации отходов сегодня почти ушел из рутинной практики.

2. Вторая группа — LC-MS/MS: жидкостная хроматография с тандемной масс-спектрометрией. Метод основан на разделении смеси с последующим измерением самой молекулы по ее массе-зарядным переходам, благодаря чему данный спо-

соба в клинической практике не всегда необходимо. Например, если у пациента нет жалоб, и он сдает анализы просто для скрининга, при этом получен результат, далекий от серой зоны, то иммунных методов вполне достаточно.

— Какая нижняя граница нормы общего тестостерона установлена клиническими рекомендациями?

— Тема гипогонадизма мультидисциплинарная, поэтому существует несколько КР от различных организаций. КР Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии определяют нижнюю границу нормы как 12,1 нмоль/л, но не указывают, каким методом измерять уровень тестостерона. Рекомендации Евро-

— **Насколько доступен упомянутый вами метод LC-MS/MS?**

— В последние годы он широко распространился и сейчас доступен во многих лабораториях. Это обусловлено повышенным спросом, подогреваемым информационным фоном. Но я бы хотел обратить внимание на другой аспект лабораторного исследования. В погоне за самым лучшим и точным методом иногда упускаются не менее важные вопросы, существенно влияющие на точность результата анализа, такие как подготовка к исследованию.

Подготовка перед сдачей любых анализов имеет большое значение, а при исследовании уровня тестостерона особенно. Большинство пациентов знает, что кровь на тестостерон нужно сдавать утром и натощак. Но, согласитесь, это достаточно субъективные вещи. Утро может начинаться у разных людей в разное время. А под «натощак» может подразумеваться, что пациент уже испытывает чувство голода. Поэтому крайне важно, чтобы мужчина был проинструктирован врачом, как правильно подготовиться к исследованию на уровень тестостерона. Второй часто упускаемый момент — необходимость двукратного исследования содержания тестостерона при его низком значении. Это правило действует вне зависимости от выбранного метода исследования.

Приведу пример. В 2016 году мы провели ретроспективное исследование распространенности андрогенного дефицита среди пенсионеров военной службы. Проанализировали 280 историй болезни пациентов, у которых было выявлено снижение уровня тестостерона методом ИФА. Оценивая результаты, я обратил внимание, что большинство специалистов назначали анализ крови на тестостерон рутинно, для скрининга. Но повторное исследование при обнаружении низкого значения гормона при первом анализе не проводилось и, соответственно, диагноз гипогонадизма часто не устанавливался. В большинстве случаев это объяснялось тем, что пациент далее выписывался из стационара и повторное исследование рекомендовалось, но выполнялось уже в другой лаборатории. Анализ этих данных позволил выявить проблему и внедрить перепроверку (двукратное утреннее измерение) уровня тестостерона в серой зоне в рамках одной лаборатории, что положительно сказалось на качестве диагностики.

— **Можно ли сравнивать результаты анализов уровня тестостерона, полученные в разных лабораториях?**

— Говорить о сравнении будет не совсем корректно. Формально корректное сравнение может быть проведено только при сопоставлении результатов исследований, полученных одним методом и на одной лабораторной платформе, при одинаковой подготовке к исследованию. В нашем случае мы говорим о подтверждении результата, и для этого лучше использовать более точный метод. На практике это



Исследование уровня тестостерона в лаборатории

Кровь на тестостерон следует сдавать в первые два часа после пробуждения. Клинические рекомендации обозначают этот период промежутком между семью и одиннадцатью часами утра. Однако для мужчины, который обычно спит до полудня, результаты исследования, сделанного в семь утра, не будут релевантными, как и если он плохо спал

означает, что при перепроверке первого результата исследования (с низким значением уровня тестостерона, полученным иммунным методом) лучше использовать исследование на масс-спектрометре. Если такой возможности нет, нужно сравнивать исходные данные с результатами повторного исследования, проведенного в той же лаборатории и тем же методом. В своей практике я именно так и поступаю: для скрининга использую иммунные методы, а при необходимости подтверждения низких значений — масс-спектрометрию.

— **Как правильно инструктировать пациента?**

— Нужно обратить его внимание на то обстоятельство, что анализ важно сдавать в течение первых двух часов после

пробуждения. КР говорят нам, что сдавать кровь следует в период от 7 до 11 часов. Это абсолютно справедливо для большинства пациентов, живущих в обычном режиме. Кроме того, нужно учитывать сон мужчины. Если накануне сдачи анализа он по каким-то причинам плохо спал, лучше воздержаться от исследования в ближайшее утро. Также важно исключить тяжелые физические нагрузки за сутки до сдачи анализа. Крайне желательно узнать у пациента, какие препараты он сейчас принимает.

— **Почему сон так важен при определении уровня тестостерона?**

— Это вопрос физиологии. Во время сна вырабатывается большая часть тестостерона. Качество сна — достаточно субъективный параметр, но сейчас оценить его стало значительно проще, поскольку появились персональные мониторы сна, фиксирующие не только общую его продолжительность, но даже фазы сна. Пациент может самостоятельно определить, насколько качественным у него был ночной отдых. Если он увидит, что сегодня спал гораздо хуже, чем обычно, то в это утро не стоит сдавать анализ крови на тестостерон. При интерпретации результатов анализов я придерживаюсь именно такого подхода и всегда интересуюсь у пациентов, как они подготовились к исследованию.

— **Некоторые специалисты рекомендуют сдавать кровь в более позднее время, чтобы посмотреть уровень тестостерона, с которым мужчина живет большую часть времени суток.**

— Это дискуссионный вопрос. Конечно, оптимально отталкиваться от момента пробуждения, а не привязываться к конкретному временному промежутку. Если более позднее время сдачи крови обусловлено смещенным графиком сна у пациента (например, если он регулярно встает в полдень, и это его обычный режим дня), то в таком случае не нужно этому человеку рекомендовать идти сдавать кровь в 7 часов утра. Во всех остальных случаях, если

сдавать кровь на анализ в более позднее время, будет получено более низкое значение уровня тестостерона, так как суточные колебания этого гормона хорошо исследованы и известно, что пик уровня тестостерона наблюдается в течение нескольких часов после пробуждения, а далее показатель снижается. Следует помнить, что в любом случае поздняя по времени сдача крови на тестостерон — это отклонение от требований КР и инструкций по подготовке к исследованию от лаборатории.

— **Что важно учитывать при интерпретации анализа?**

— Учитывать нужно огромное количество факторов. Очень часто упускают влияние принимаемых пациентом лекарственных препаратов на уровень тестостерона. Пациент может принимать различные биологически активные добавки к пище, которые в той или иной степени могут влиять на уровень тестостерона.

— **Как понять что влияет, а что нет?**

— Есть перечень препаратов, влияние которых на уровень тестостерона хорошо изучено. Но часто пациент принимает достаточно много препаратов, и эффект от их комбинаций спрогнозировать сразу трудно. Но сейчас это не проблема. Совсем не обязательно быть экспертом в клинической фармакологии. Любой врач может оценить влияние препаратов на уровень тестостерона за считанные минуты. Поможет в этом искусственный интеллект (ИИ). Важно помнить, что ИИ — это ваш ассистент, который подскажет, на какие препараты обратить внимание. Однако вся ответственность за принятые решения все равно ложится на врача.

— **Нужно ли измерять уровень свободного тестостерона?**

— Достаточно подробно этот вопрос изложен в КР Европейской ассоциации урологов. В них четко прописано, что прямое определение уровня свободного тестостерона иммунными методами не рекомендуется. Эталонный метод исследования — равновесный диализ. Допустим расчет свободного тестостерона по глубине, связывающему половые гормоны, и альбумину.

— **Финализируем в одном тезисе: какой рабочий алгоритм вы рекомендуете для диагностики?**

— Двухэтапный протокол: скрининг иммунным методом, а при симптомах и значениях в серой зоне — двукратное утреннее подтверждение и верификация по LC-MS/MS плюс подробная инструкция к подготовке (сон, сдача анализа натощак, ограничения нагрузки, медикаменты). Это должно быть внедрено как внутренний стандарт и снизит количество ложно низких результатов и необоснованных стартов ГЗТ. 📄

Иван Белокрылов,
медицинский журналист

**АБВ
ПРЕСС**
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.



➤ ГАЗЕТЫ
➤ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
➤ СПРАВОЧНИКИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
➤ УДОБНЫЙ ФУНКЦИОНАЛ: ВОЗМОЖНОСТЬ ЧТЕНИЯ OFF-LINE.

Реклама

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

ОМНИК ОКАС

Всегда рядом.
Всегда под контролем!



- ✓ **Контроль симптомов 24/7**
(при постоянном приеме)¹
- ✓ **Контроль рисков** ортостатической гипотонии и нарушения эякуляции (среди селективных ААБ)²
- ✓ **Контроль качества жизни** — нет зависимости от приема пищи, антигипертензивных средств, времени суток³

Реклама МАТ-РУ-ТОС-02-2025-ONP-000056
Информация для специалистов здравоохранения
ООО «Астеллас Фарма Продакшен»
109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел.: +7 (495) 737-07-56

1. Djavan B. et al. The Impact of Tamsulosin Oral Controlled Absorption System (OCAS) on Nocturia and the Quality of Sleep: Preliminary Results of a Pilot Study. Eur Urol Suppl. 2005;4(2):61-68. **2.** Chapple CR et al. Tamsulosin Oral Controlled Absorption System (OCAS) in Patients with Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Hyperplasia (LUTS/BPH): Efficacy and Tolerability in a Placebo and Active Comparator Controlled Phase 3a Study. Eur Urol Suppl 2005; 4: 33-44 Michel MC. et al. Cardiovascular Safety of the Oral Controlled Absorption System (OCAS) Formulation of Tamsulosin Compared to the Modified Release (MR) Formulation. Eur Urol Suppl 2005; 4: 53-60. **3.** Инструкция по медицинскому применению препарата Омник ОКАС доступна на сайте <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

 astellas