

Междисциплинарный подход к терапии урологических пациентов

В рамках XXI Конгресса «Мужское здоровье», который традиционно прошел в Сочи 24–26 апреля 2025 г., состоялся симпозиум, организованный при поддержке компании «Рекордати», где специалисты обсудили практические вопросы терапии урологических пациентов. Эти вопросы, заданные российскими врачами-урологами, Президент МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», директор Университетской клиники МНОИ МГУ им. М.В. Ломоносова, академик РАН, д.м.н., профессор **Армаис Альбертович Камалов**, открывший симпозиум, адресовал ведущим экспертам урологического сообщества.

Расстройства мочеиспускания после выполнения оперативных вмешательств на предстательной железе: кого и чем лечить?

Профессор кафедры урологии и андрологии ФМ МНОИ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н. **Николай Иванович Сорокин** затронул проблему лечения пациентов с симптомами нарушения функций нижних мочевыводящих путей (СНМП – расстройства мочеиспускания) после операций при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), отметив, что до 55% пациентов испытывают их в послеоперационном периоде. Он отметил, что сохранение СНМП после выполнения оперативного лечения связано с наличием определенных факторов риска, таких как возраст, распространенный атеросклероз, сахарный диабет, крутой угол лона [1]. При этом все они, за исключением анатомических особенностей, приводят к развитию ишемии тазовых органов, которая проявляется различным спектром молекулярно-генетических, морфологических и функциональных нарушений.

«На сегодняшний день не существует клинических рекомендаций, где было бы сказано, какие препараты, как длительно и в какой комбинации назначать таким пациентам, – отметил он. – При этом, согласно крупному анализу данных, включавшему более 2,5 млн пациентов с ДГПЖ, почти 14% из них вынуждены были принимать препараты для облегчения и/или устранения СНМП (в основном, α_1 -адреноблокаторы) через 12 месяцев после выполненного оперативного вмешательства [2]. Далее докладчик привел данные исследования, в котором прием α_1 -адреноблокаторов при нарушениях мочеиспускания после операции обосновывался не только с позиции физиологии нижних мочевыводящих путей и патогенеза этого патологического состояния, но и с экспериментальной точки зрения [3, 4]. «В исследовании, связанном с оценкой локализации α_1 -адренорецепторов в микрососудистом русле мочевого пузыря, было показано, что количество α_1 -адренорецепторов там значительно больше по сравнению с другими рецепторами. Поэтому, назначая селективные α_1 -адреноблокаторы, мы вызываем вазодилатацию и улучшение микроциркуляции в зоне, ишемизированной после операции. Также назначение α_1 -адреноблокаторов может влиять на скорость проведения нервного импульса, и, значит – на давление в мочевом пузыре. α_1 -адреноблокаторы в сочетании с М-холинолитиками способствуют уменьшению гиперактивности мочевого пузыря, сокращая время проведения нервного импульса и уменьшая давление в нем. В одной из экспериментальных работ, где инфравезикальная обструкция была вызвана



Слева направо: д.м.н. И.А. Корнеев, д.м.н. Н.И. Сорокин, академик А.А. Камалов, к.м.н. Е.А. Кудряшов, к.м.н. К.П. Тевлин

искусственно, одним пациентам назначался α_1 -адреноблокатор силодозин, другим – плацебо. Это исследование показало, что назначение силодозина приводило к снижению маркеров оксидативного стресса за счет улучшения микроциркуляции и, следовательно, снижения ишемизации в зоне операции [5], – отметил Николай Иванович.

Является ли назначение α_1 -адреноблокаторов после операции по поводу ДГПЖ необходимостью? Отвечая на этот вопрос, профессор Н.И. Сорокин сказал: «Экспертный совет по методике тепловой терапии водяным паром Rezum определил не только показания к применению данной методики, но и терапию, которую пациенту целесообразно назначать в послеоперационном периоде [6]. Эксперты рекомендуют назначать глюкокортикостероиды либо нестероидные противовоспалительные препараты на 10–15 дней после операции, осуществлять постоянную рН-метрию и защелачивание мочи с целью уменьшения дизурии, а также в течение месяца продолжать прием препаратов, которые пациент получал по поводу ДГПЖ (чаще всего это α_1 -адреноблокаторы) и назначать антибактериальные средства на период дренирования мочевого пузыря уретральным катетером. При этом, назначая препараты в послеоперационном периоде, необходимо помнить об их профиле безопасности, ведь среди пациентов могут встречаться возрастные, коморбидные, с различными сопутствующими заболеваниями. В частности, существуют работы, которые свидетельствуют об увеличении частоты впервые диагностированной депрессии при использовании ингибиторов 5 α -редуктазы [7]».

Междисциплинарный подход к терапии урологических пациентов: взгляд кардиолога

Взгляд кардиолога на терапию пациентов с урологическими заболеваниями представил доцент кафедры госпитальной терапии Кубанского ГМУ, врач-кардиолог, к.м.н. **Евгений Анатольевич Кудряшов**. «Половина пациентов (а это в основном мужчины в возрасте 55 лет и старше), которые обращаются к кардиологу, обычно страдают гиперлипидемией и артериальной гипертензией (АГ), еще треть – сочетанием артериальной гипертензии с ишемической болезнью сердца [8], – сообщил он. – При этом лечение пациентов с АГ находится в приоритете у кардиологов, поскольку в нашей стране она является главной причиной инфарктов миокарда и сердечной недостаточности».

Докладчик рассказал о результатах рандомизированного многоцентрового слепого исследования ALLHAT, в которое вошло 42 тыс. пациентов 55 лет и старше высокого сердечно-сосудистого риска с диагнозом АГ, где приводилось сравнение влияния антигипертензивных препаратов различных групп на состояние гемодинамики (артериальное давление – АД и частоту сердечных сокращений – ЧСС). «Исследование у пациентов, получавших α_1 -адреноблокатор доксазозин, было остановлено ранее запланированного срока (через 3,2 года), так как сердечно-сосудистые риски у них возросли на 25,5%, а риск развития застойной сердечной недостаточности – в 2 раза [9]. С этого момента в Клинических рекомендациях по артериальной гипертензии появилась фраза о том, что α_1 -адреноблокаторы не рекомендованы

для терапии пациентов с повышенным АД. Однако высокая распространенность ДГПЖ в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями потребовала поиска безопасного α_1 -адреноблокатора с высокой уроселективностью, не влияющего на параметры гемодинамики (АД, ЧСС) и не усиливающего действие антигипертензивных препаратов».

Доктор Е.А. Кудряшов сообщил, что системные α_1 -адреноблокаторы способны вызывать ортостатическую гипотензию, которая проявляется у 16% здоровых людей среднего и пожилого возраста и у 50% коморбидных пациентов старше 75 лет даже без сопутствующей терапии α_1 -адреноблокаторами [10]. При этом у пациентов в 2 раза повышается риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, на 21% повышается риск развития деменции, на 32% возрастает риск сердечно-сосудистых осложнений и на 19% – риск развития инсульта [11–13]. Снижение АД в первые секунды в ортостазе является независимым фактором риска падений пациентов пожилого возраста в последующие 2 года [14]. Следовательно, в терапии пациентов с СНМП/ДГПЖ следует отдавать предпочтение суперселективному α_1 -адреноблокатору, который не влияет на параметры гемодинамики (АД, ЧСС) и не усиливает действие антигипертензивных препаратов.

Далее докладчик привел исследование, в котором было показано, что терапия мужчин с ДГПЖ высокоселективным антагонистом α_1 -адренорецепторов силодозином по влиянию на АД и ЧСС была сопоставима с плацебо [15]. «Было доказано, что прием силодозина сопряжен с минимальным риском развития ортостатической гипотензии даже

при одновременном использовании с антигипертензивными препаратами [16]. Также было показано, что частота развития ортостатической гипотензии при приеме силодозина была в 3 раза ниже, чем при приеме тамсулозина [17]. А частота замены силодозина в связи с нежелательными эффектами со стороны сердечно-сосудистой системы была минимальна в сравнении с тамсулозином, доксазолином и алфузозином [18]. Поэтому **Урорек (силлодозин)** признан препаратом с доказанной безопасностью, в том числе у пожилых коморбидных пациентов», – отметил он.

α1-адреноблокаторы: богатство выбора или клинические особенности

О клинических особенностях α1-адреноблокаторов рассказал доцент кафедры урологии и андрологии Института усовершенствования врачей ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова», к.м.н. **Константин Петрович Тевлин**.

Он напомнил, что пациенты с СНМП/ДГПЖ часто принимают большой спектр препаратов в связи с наличием сопутствующих заболеваний. Какие риски лекарственных взаимодействий важно учитывать при назначении α1-адреноблокаторов? Отвечая на этот вопрос, докладчик сказал: «Когда я назначаю пациенту другой α1-адреноблокатор, а не **Урорек (силлодозин)** (я делаю это редко, только в том случае, когда предупрежденный больной не может смириться с ретроградной эякуляцией), то пытаюсь поддержать пациента и снизить возможные негативные проявления от приема других α1-адреноблокаторов, предлагая ему проконсультироваться с кардиологом о необходимости коррекции принимаемой антигипертензивной терапии. Но при этом всегда существует риск, что пациент полностью откажется от антигипертензивных препаратов, или на фоне приема α1-адреноблокаторов у него может возникнуть ортостатический коллапс, то есть с пациентом могут произойти весьма серьезные нежелательные побочные эффекты. Но, назначая **Урорек (силлодозин)**, врачу не надо беспокоиться и думать о коррекции антигипертензивной терапии, поскольку **Урорек (силлодозин)** практически не влияет на артериальное давление». Отдельно докладчик отметил низкий риск лекарственных взаимодействий силлодозина с другими группами лекарственных средств, что актуально при ведении пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями, когда требуется длительное назначение терапии [19].

Доктор К.П. Тевлин подчеркнул важное значение уроселективности, свойственной препарату **Урорек (силлодозин)**: «Мы знаем, что количество α1A-адренорецепторов, расположенных в тканях предстательной железы, увеличивается при ДГПЖ, также как и количество α1B-адренорецепторов, преимущественно расположенных в сосудистой стенке возрастает с возрастом [20, 21]. Таким образом, при длительной терапии у пациента с ДГПЖ будут проявляться признаки прогрессирования заболевания, и, следовательно, необходима будет коррекция схемы лечения. «Поскольку количество α1B-адренорецепторов в сосудистом русле увеличивается с возрастом, изменения соотношения подтипов адренорецепторов являются причиной склонности АД/ортостатической гипотензии во время лечения α1-адреноблокаторами, – отметил

Константин Петрович. – Именно поэтому таким пациентам следует назначать Урорек (силлодозин) – α1-адреноблокатор с максимальной селективностью к α1A-адренорецепторам, что обеспечивает точное влияние на СНМП/ДГПЖ с минимальным риском побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы [22]. При этом у пациентов с высоким риском прогрессирования ДГПЖ эффективна комбинация силлодозина с ингибитором 5α-редуктазы дутастеридом [23].»

С чем связано развитие заложенности носа и нарушений эякуляции при использовании α1-адреноблокаторов, в том числе силлодозина?

Говоря о развитии нежелательных эффектов при терапии α1-адреноблокаторами, медицинский директор Международного Центра репродуктивной медицины, профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И.П. Павлова, д.м.н. **Игорь Алексеевич Корнеев** пояснил коллегам, что заложенность носа и нарушение эякуляции являются обратимыми побочными «класс-эффектами» при использовании всех уроселективных α1-адреноблокаторов. Связано это состояние с тем, что α1-адреноблокаторы связываются с α1A и α1D-адренорецепторами, которые помимо нижних мочевыводящих путей также расположены в слизистой носа. Назальные деконгестанты (агонисты α1-, α2-адренорецепторов) снижают выраженность симптомов заложенности носа [24].

«Однако у этих нарушений есть и позитивный эффект, – сказал докладчик. – Ведь нарушения эякуляции коррелируют с более выраженным улучшением со стороны мочеиспускания (СНМП). Так, в исследовании силлодозина отмечено, что появление ретроградной эякуляции может указывать на более высокую степень эффективности лечения [25]. Таким образом, если пациент отмечает улучшение объема скорости мочеиспускания и показатели уродинамики станут лучше».

Докладчик сообщил, что существует много работ, свидетельствующих о том, что преимущества со стороны мочеиспускания были оценены пациентами более высоко, по сравнению с негативными изменениями со стороны семяизвержения. «В целом же, не стоит думать, что нарушение эякуляции вызвано ретроградным семяизвержением у всех пациентов: у многих количество сперматозоидов в постэякуляторной моче оказывается небольшим. По всей видимости, происходит нарушение фазы эмиссии в процессе семяизвержения: именно на это указывает большинство исследований, – сказал докладчик. – Таким образом у мужчин оргазмическая функция, обусловленная элементами экспульсии при семяизвержении, не страдает».

При этом профессор И.А. Корнеев подчеркнул: «В исследованиях было показано, что силлодозин улучшает все СНМП и не оказывает негативного влияния на сексуальную активность мужчин, оказывая положительное влияние на эректильную функцию у пациентов с СНМП/ДГПЖ [26]. Поэтому следует отметить, что большинство пациентов продолжают терапию препаратом **Урорек (силлодозин)**, несмотря на наличие ретроградной эякуляции, поскольку этот нежелательный эффект не представляет проблемы с точки зрения безопасности, является

транзиторным и обратимым эффектом, не оказывающим последующего влияния на фертильность [22]. Эта проблема разрешается в течение нескольких дней после прекращения приема данного лекарственного препарата».

Отвечая на вопрос о том, что происходит с застоем в семенных пузырьках, которые не дренируются на фоне приема α1-адреноблокаторов, докладчик ответил: «Все α1-адреноблокаторы приводят к увеличению объема семенных пузырьков за счет снижения их сократительной способности. При этом одно из исследований показало, что терапия силлодозин, тамсулозином и алфузозином на протяжении 3 месяцев продемонстрировала улучшение показателей по шкалам IPSS и QoL, а эректильная функция сохранялась у пациентов во всех группах, получавших указанные α1-адреноблокаторы [27]. Во всех этих группах наблюдалось статистически значимое увеличение объема семенных пузырьков за счет снижения их сократительной способности и накопления эякулята. Однако увеличение объема семенных пузырьков не приводило к нарушению эректильной функции, а также не было связано с клинически значимыми нарушениями или развитием дополнительных нежелательных эффектов».

Подводя итоги, академик РАН А.А. Камалов отметил, что силлодозин – эффективный и безопасный препарат, который активно используется в урологической практике. Это суперселективный α1-адреноблокатор, благодаря чему он обеспечивает необходимый терапевтический эффект в отношении СНМП с минимальным риском развития нежелательных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы [22].

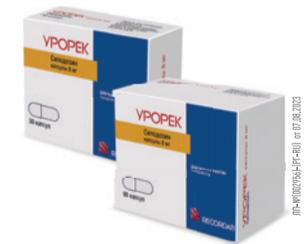
ЛИТЕРАТУРА

- Emam, A. et al. Afr J Urol 31, 20 (2025).
- Kaplan, S. et al. Prostate Cancer Prostatic Dis (2025).
- Alexandre EC. et al. Am J Physiol Renal Physiol. 2017 Jun 1;312(6):F1026-F1034.
- Aizawa N. et al. NeuroUrol Urodyn. 2018 Aug;37(6):1897-1903.
- Goi Y. et al. Eur J Pharmacol. 2015 Oct 5;764: 489-496.
- Alcina E.L. et al. BJUI Compass. 2025;6(2):e491.
- Garcia-Argibay M. et al. JAMA Netw Open. 2022 Dec 1;5(12):e2248135.
- Arnett DK. et al. J Am Coll Cardiol. 2014 Oct 28;64(17):1851-6.
- ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Hypertension. 2003;42:239-246.
- Rutan G.H. et al. Hypertension. 1992;19(6 Pt 1): 508-19.
- K.M. Rose et al. Circulation 2006; 114:630–636.
- R. Peters et al. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39 (33): 3135-3143.
- W. Xin et al. PrevMed 2016; 85:90–97.
- Van Twist D. J. L. et al. Int J of Cardiology, 2018; 271, 269–273.
- Chapple CR. et al. Eur Urol. 2011;59(3):342-352.
- Choi WS. et al. Prostate Int. 2017;5(3):113-118.
- Ali N. et al. Int J Sci Stud 2021;9(5):37-43.
- Kim T. et al. Urology. 2014;84(2):427-432.
- <https://go.drugbank.com/drug-interaction-checker> дата обращения 03.06.2025.
- Nasu K. et al. Br J Pharmacol. 1996;119(5):797-803.
- Rudner XL. et al. Circulation. 1999;100(23): 2336-2343.
- Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495.
- Dushyant Kumar Garg et al. Ind J of Appl Research. 2017. Vol.7, (9):55-57.
- Roehrborn CG. et al. Prost Can Prostatic Dis. 2011 Jun;14(2):143-8.
- Shahar E. et al. Curr Drug Saf. 2014;9(2):159-160.
- Cihan A. et al. J Sex Med. 2020 Jun;17(6):1094-1100.
- Sokhal AK. et al. Urology. 2018 Aug;118:92-97.



Для пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы¹⁻⁶:

- Урорек 8 мг – альфа-адреноблокатор с минимальным риском сердечно-сосудистых осложнений⁷⁻⁹**
- Для пациентов, уже получающих Урорек, длительное лечение по выгодной цене с Урорек 8 мг №90¹⁰**



СНМП – симптомы нижних мочевыводящих путей ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Урорек 8 мг доступен в упаковках по 30 и 90 капсул⁸

1. Tatemichi S. et al. Yakugaku Zasshi. 2006;126(9):2162. 2. Katzung BG. Basic and Clinical Pharmacology, 6th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995. 3. Data on file. Watson Laboratories, Inc. KMD-0005 Study Report. 4. Marks LS, Gittelman MC, Hill LA, Volinn W, Huel G. J Urol. 2009; 181:2634-2640. 5. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495. 6. Chapple CR. 25th EAU Congress, Barcelona 2010. 7. EAU Guidelines Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). European Association of Urology. 2023. <https://uroweb.org/guidelines/management-of-non-neurogenic-male-luts>. 8. Общая характеристика лекарственного препарата Урорек от 07.08.2023. <http://eeca.eaunion.org>. 9. Choi et al. Prostate Int 5 (2017) 113-8. 10. Данные IQVIA 1 квартал 2025

КРАТКАЯ ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА УРОРЕК

Наименование лекарственного препарата: Урорек, 4 мг, капсулы. Урорек, 8 мг, капсулы. **Действующее вещество:** силлодозин. **Лекарственная форма:** капсулы. Урорек, 4 мг, капсулы: твердые желатиновые капсулы желтого цвета, размер 3. **Содержимое капсулы:** порошок от белого до светло-желтого цвета. **Урорек, 8 мг, капсулы:** твердые желатиновые капсулы белого цвета, размер 0. **Содержимое капсулы:** порошок от белого до светло-желтого цвета. **Показания к применению:** Препарат Урорек применяется у взрослых мужчин по показаниям: Лечение симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы. **Режим дозирования и способ применения:** Рекомендованная доза – 8 мг однократно. Внутрь. Одновременно с приемом пищи, предпочтительно в одно и то же время суток. Необходимо проглатывать капсулу целиком, заливая достаточным количеством воды. **Противопоказания:** гиперчувствительность к силлодозину и/или к любому из вспомогательных веществ; детский возраст до 18 лет; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин); тяжелая печеночная недостаточность (недостаточно клинических данных). **С осторожностью:** При легкой и умеренной почечной недостаточности (клиренс креатинина от 30 до 50 мл/мин). **Нежелательные реакции:** очень часто: ретроградная эякуляция, анэякуляция; часто: головкружение, ортостатическая гипотензия, заложенность носа, диарея; нечасто: снижение либидо, тахикардия, снижение артериального давления, тошнота, сухость во рту, отклонение от нормы показателей функции печени, кожная сыпь, кожный зуд, крапивница, лекарственный дерматит, эректильная дисфункция. **Фармакотерапевтическая группа:** средства, применяемые в урологии; средства для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, альфа-адреноблокаторы. **Код АТХ:** G04CA04. **Механизм действия и фармакодинамические эффекты:** Силлодозин, высокоселективный конкурентный антагонист альфа₁-адренорецепторов, которые в основном расположены в предстательной железе, в тканях дна и шейки мочевого пузыря, капсуле предстательной железы и простатической части мочеиспускательного канала. Блокируя альфа₁-адренорецепторы снижает тонус гладкой мускулатуры в этих тканях, что ведет к улучшению оттока мочи из мочевого пузыря. Одновременно уменьшаются симптомы обструкции и раздражения, связанные с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. **Фармакокинетические свойства:** Силлодозин хорошо всасывается после перорального приема, абсорбция пропорциональна дозе. Абсолютная биодоступность составляет около 32%. Силлодозин экскретируется в основном в виде метаболитов и в очень малом количестве в неизменном виде с мочой. **Ключевые периоды:** получение Т_{1/2} силлодозина и глюкоронид составляет 11 часов и 18 часов соответственно. Срок годности 3 года. **Особые меры предосторожности при хранении:** Хранить при температуре не выше 25 °С в оригинальной упаковке (блистер в пакете картонной). Характер и содержание первичной упаковки: По 5, 10 или 15 капсул в блистере из пленки ПВХ/ПВДХ и алюминиевой фольги. По 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 или 10 блистеров вместе с инструкцией по применению (листок-вкладышем) в картонной упаковке. **Держатель регистрационного удостоверения:** Ирландия, Рекордати Ирландия Лтд, Райнз Ист, Рингаскидди, Ко Корк. **Более подробные сведения о препарате, особенностях применения, побочных действиях и др. содержатся в общей характеристике лекарственного препарата Урорек от 07.08.2023.** <http://eeca.eaunion.org/>

Перед назначением ознакомиться с полным текстом общей характеристики лекарственного препарата Урорек от 07.08.2023. <http://eeca.eaunion.org/>

Научно-информационный материал для специалистов здравоохранения

Организация, принимающая претензии:

ООО «Русфин», 123610, Россия, г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12, под. 7, эт. 6, пом. ИАЖ
Телефон: +7 (495) 225-80-01; факс: +7 (495) 258-20-07; e-mail: info@rusfinc.com

RECORDATI