

# Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия в урологии

**№ 1**  
апрель 2009

Терапия эректильной дисфункции

Консервативное лечение больных ДГПЖ

Радикальные операции в урологии

Тема номера:

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ**

**АндроГель®**  
Тестостерон 1%

# СТОИТ БЫТЬ МУЖЧИНОЙ!



**Восстанавливает  
уровень тестостерона  
до нормы**



Регистрационный номер в России: № ЛС-000869 от 03.11.2005  
На правах рекламы

[www.muzhskoy-doctor.ru](http://www.muzhskoy-doctor.ru)

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»  
при поддержке  
МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ  
проводит

# V РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «Мужское здоровье»

в рамках Конгресса будет проводиться Второй образовательный курс  
«Мужское здоровье — междисциплинарная проблема»

Кисловодск, здание Государственной Филармонии  
на Кавказских Минеральных Водах 17 – 19 июня 2009 г.

## НАУЧНЫЕ ТЕМАТИКИ КОНГРЕССА:

- Мужское здоровье и общество
- Заболевания органов половой системы у мужчин
- Сексуальные расстройства у мужчин
- Бесплодный брак
- Проблемы пола
- Заболевания предстательной железы
- Хроническая тазовая боль
- Проблемы пожилого мужчины
- Урогенитальная реконструкция
- Связь заболеваний различных органов и систем с «мужскими» функциями организма: междисциплинарный подход
- Стандартизация диагностики, лечения и профилактики мужских заболеваний
- Актуальные вопросы педиатрической андрологии

## НАУЧНЫЕ ТЕМАТИКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СЕРТИФИКАЦИОННОГО КУРСА:

- Эректильная дисфункция
- Метаболический синдром
- Заболевания предстательной железы
- Инфекции передающиеся половым путем
- Бесплодие у мужчин

**Во время работы конгресса планируется проведение выставки  
и сателлитных симпозиумов фирм-спонсоров.**

Взнос участника конгресса и сертификационного курса составляет 3000 рублей. Обращаем внимание, что в этом году прием печатных работ будет осуществляться в виде лекций или статей. Прием тезисов стандартного объема не предусмотрено. Срок подачи печатных работ: до 15 мая 2009 года по e-mail: [konfandrology@rambler.ru](mailto:konfandrology@rambler.ru) Требования к присылаемым материалам: Шрифт Times New Roman, полуторный интервал, размер шрифта 12, объём до 10-12 страниц формата А4.

Оргкомитет: [konfandrology@rambler.ru](mailto:konfandrology@rambler.ru), [www.rusmh.org](http://www.rusmh.org), [www.uroweb.ru](http://www.uroweb.ru), тел./факс: (499) 367-56-22

Ефремов Евгений Александрович, Охоботов Дмитрий Александрович, Мельник Ярослав Игоревич  
тел.: (495) 432-96-22 Лалабекова Марина Валерьевна

Размещение в гостиницах участников и гостей Конгресса:

(+7-8652) 500-300, (+7-8652) 500-100, (+7-8652) 500-700 Ушакова Татьяна.

**Миссия журнала.** Создание такого издания, которое бы способствовало своей деятельностью и публикациями развитию и материализации идеи гармоничного сочетания интересов государства, бизнеса, медицинской общественности и потребителей услуг здравоохранения для улучшения качества жизни и здоровья населения России. Способствовало бы привлечению внимания социума (а не только медицинской общественности) к состоянию системы здравоохранения и социальным проблемам россиян, связанным с медико-демографическими факторами (рождаемость, смертность, распространение социально-значимых заболеваний, формирование повсеместной потребности в здоровом образе жизни).



### Здравоохранение сегодня

Федеральные программы в области урологии, обеспечения нового уровня качества жизни населения России.

Здравоохранение регионов: социально-экономические ориентиры в области здоровья населения в регионах России. Статистический и медико-эпидемиологический обзор заболеваемости (по России, регионам) в области урологии.

### Фармакоэкономика

Оценка и расчет затрат на лечение основных заболеваний и терапия побочных эффектов.

Анализ схем лечения с позиции качества жизни пациента и совокупных затрат общества

Клиническая эффективность лечения: компромисс между качеством и стоимостью

Фармакоэкономический анализ в урологии

### Доказательная медицина

Стандартизация и качество медицинской помощи  
Клинико-экономический анализ медицинских вмешательств (с использованием стандартов, протоколов, формуляров, клинических руководств)

Эффективность и безопасность лекарственных средств

Клинические и эпидемиологические исследования

### Непрерывное образование

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики

Практические школы и лекции для лечащих врачей

Симпозиум по проблеме

Обзоры, рефераты, дайджесты, зарубежный опыт

### Форум (Календарь медицинских мероприятий)

Медицинские специализированные мероприятия в урологии, а также по пограничным проблемам, тематический календарь основных российских и международных выставок, конгрессов, конференций. Международные проекты и исследования.

Зарубежные новости медицины и фармации в области урологии.

### Социальная ответственность бизнеса и общество

Проблемы планирования семьи, репродуктивное здоровье – социальные факторы, обеспечивающие национальное будущее России. Социально-значимые заболевания (статистика, прогнозы, эпидемиология)

Валеология и профилактика заболеваний

(социальная реклама)

Адресная помощь социально-незащищенным

и декретированным группам населения

Формирование новой социальной потребности в здоровом образе жизни

### Основные рубрики журнала ЭФ

Здравоохранение сегодня

Фармакоэкономика

Эффективная фармакотерапия

Доказательная медицина

Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей

Наука

Компании и их продукция

Социальная ответственность бизнеса

Форум

### СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ (8500 экз.)

1. Бесплатное распространение издания по управлениям здравоохранения, медицинским учреждениям, медицинским вузам, НИИ, коммерческим медицинским центрам, страховым и фармацевтическим компаниям, аптечным сетям, дистрибьюторским фирмам.

2. Прямая адресная доставка лечащим врачам-урологам и андрологам (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Ростов-на-Дону, Новосибирск, Хабаровск) с использованием адресных баз главных урологов федеральных округов России, входящих в редакционный совет издания.

3. Раздача издания врачам и медицинским специалистам в обмен на заполненную анкету на всех профильных медицинских мероприятиях.

4. Рассылка по домашним адресам врачей (обновление читательской базы происходит за счет публикации в журнале анкет бесплатной подписки, а также обработки анкет, полученных на медицинских выставках, конференциях, конгрессах).

5. Распространение по имеющейся базе данных профильных медицинских учреждений (ЛПУ, клиник, диспансеров).

6. Распространение через членов Российского общества урологов.

7. Электронная рассылка врачам, зарегистрированным пользователям интернет-ресурса «ЭФ в урологии».

8. Распространение через базы данных фармкомпаний, а также службу их медпредставителей и филиалы.

9. Передача журнала каждому слушателю курсов повышения квалификации врачей в качестве учебного материала (около 30 медицинских вузов России).

### Специализированное распространение

Управления здравоохранения регионов России

Главные урологи 7 федеральных округов

Главные урологи 78 субъектов РФ

«Реестр врачей-урологов и андрологов России»

ЛПУ (урологические отделения), урологические клиники, андрологические центры и консультации

Медицинские НИИ

Коммерческие медицинские центры

Страховые медицинские компании и их клиенты (ЛПУ)

Научные урологические и андрологические общества



# ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия в урологии

## Редакция журнала:

руководитель проекта **А. Синичкин**  
(e-mail: sinmed@mail.ru)

шеф-редактор **Е. Стойнова**  
(e-mail: stoinova@mail.ru)

выпускающий редактор **В. Павлова**  
(e-mail: redaktor@webmed.ru)

ответственный секретарь **О. Разговорова**  
(e-mail: editor@webmed.ru)

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Ю. Морозова**

набор **Е. Виноградова**

менеджер по рекламе **З. Аникина**  
(e-mail: med@webmed.ru)

менеджер по организации конференций **А. Зайцева**  
(e-mail: alena.zaitseva@mail.ru)

## Редакционный совет:

**Ю.Г. Аляев** (Москва)

**О.И. Аполихин** (Москва)

**В.В. Борисов** (Москва)

**П.В. Глыбочко** (Саратов)

**В.В. Дутов** (Москва)

**В.Н. Журавлев** (Екатеринбург)

**А.А. Камалов** (Москва)

**М.И. Коган** (Ростов-на-Дону)

**Б.К. Комяков** (Санкт-Петербург)

**Н.А. Лопаткин** (Москва)

**О.Б. Лоран** (Москва)

**А.М. Миллер** (Хабаровск)

**А.Г. Мартов** (Москва)

**Т.С. Перепанова** (Москва)

**С.Б. Петров** (Санкт-Петербург)

**Д.Ю. Пушкарь** (Москва)

**В.В. Рафальский** (Смоленск)

**М.Э. Ситдыкова** (Казань)

**Н.И. Тарасов** (Челябинск)

**М.Ф. Трапезникова** (Москва)

**Е.А. Ушкалова** (Москва)

**В.Я. Фарбинович** (Кемерово)

## Контактная информация:

127422, Москва, ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3, офис 3515  
Тел. (495) 234-07-34  
www.webmed.ru

Тираж 8500 экз.

Перепечатка материалов разрешается

только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005 г.

№1 апрель 2009

## СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости

4

### тема номера: хронический простатит

**О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.Н. Ощепков,  
Н.Г. Кешишев, Д.А. Бедретдинова**

Эффективность и безопасность экстракта пыльцы разнообразных растений Цернилтон® у больных хроническим абактериальным простатитом

6

### эректильная дисфункция

**А.В. Живов, Е.И. Велиев**

Хирургическое лечение эректильной дисфункции

10

### онкоурология

**Е.И. Велиев, С.В. Котов**

Радикальные операции в урологии

14

### лекции для врачей

**В.В. Борисов**

Рациональный подход к медикаментозному лечению эректильной дисфункции

16

### клиническая эффективность

**Л.А. Синякова, И.В. Косова**

Терапия гиперактивного мочевого пузыря у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

22

### клинические исследования

**Е.В. Кульчавеня, Е.В. Брижатюк, А.А. Бреусов**

Новые возможности консервативной терапии больных доброкачественной гиперплазией простаты

26

### форум (конференции, выставки, семинары)

III Всероссийская научно-практическая конференция  
«Рациональная фармакотерапия в урологии 2009»

32

### опыт регионов

Ринат Галеев: «Будущее за высокими технологиями, но классическая хирургия никогда не потеряет своего значения». *Интервью с главным урологом Татарстана*

40

## Меламину вынесли приговор

**У**ченые из Китая и Гонконга впервые доказали в ходе исследования, что потребление меламин ведет к развитию почечно-каменной болезни.

По меньшей мере шесть детей погибли и 290000 заболели в Китае в прошлом году после употребления молока, содержащего меламин. Это вещество было добавлено в продукт для фальсификации лабораторных анализов на наличие белка. Но причинно-следственная связь между меламином и почечными проблемами у пострадавших детей до сих пор не имела научного обоснования. Эксперты изучили анализы мочи 15 китайских малышей, страдающих от камней в почках, и сравнили данные с анализами мочи у 20 детей из Гонконга, которые также потребляли отравленное молоко, но болезнь у них не развилась. «Мы доказали, что меламин может вызвать рост камней. Наши выводы таковы: чем выше концентрация меламин в моче, тем больше по величине камни в почках», — отмечает Лоуренс Лан, консультант-педиатр при кафедре хирургии гонконгской больницы Королевы Мэри.

Экспертами был установлен и «безопасный уровень» меламин в моче, выше

которого у человек может развиваться почечно-каменная болезнь.

«Все, у кого меламин превышал определенный уровень, имели камни в почках, если камней не было — то концентрация меламин была ниже эмпирически установленного уровня», — сказал Лан.

Меламин используется для производства удобрений, пластмасс и других промышленных товаров. Поскольку это вещество богато азотом, то некоторые недобросовестные производители стали добавлять его в пищевые продукты для фальсификации анализов на наличие белка. Меламин был обнаружен в яйцах, конфетах, мороженом, йогуртах и других продуктах питания. Китай переживает уже не первый скандал, связанный с использованием вредных пищевых добавок, в том числе с использованием канцерогенных химических веществ в качестве пищевых красителей.

Результаты исследования опубликованы в международном журнале «Клиническая химия и лабораторная диагностика».

Источник: Medportal.ru

## Чем полнее мужчина, тем меньше его либидо

**А**мериканские исследователи из университета Юты провели исследование, в ходе которого им удалось выяснить, что увеличение веса у мужчины вызывает сильные гормональные изменения, и это не может не влиять на качество его половой жизни.

Оказалось, что пониженный уровень тестостерона и ухудшение половой жизни были напрямую связаны с повышением веса. У тех, кто похудел благодаря хирургическому вмешательству, понизился уровень гормона эстрадиола, повысился уровень тестостерона, и исчезли многие интимные проблемы, сообщили исследователи.

Источник: medicinform.ru

## Рак простаты будут лечить вирусом кори

**А**мериканские ученые обнаружили, что некоторые штаммы вируса кори, используемые в вакцинах, могут помочь в лечении далеко зашедшего рака простаты. В эксперименте на мышах эти вирусы эффективно инфицировали и разрушали опухолевые клетки.

Лечение вирусом — виротерапия — перспективна для борьбы с неоперабельным раком простаты. О том, что метод достаточно безопасен, свидетельствует опыт миллионов людей, привитых от кори использованным штаммом вируса. Еще одно достоинство виротерапии рака простаты заключается в том, что она полностью совместима с остальными видами лечения этого заболевания. В ближайшее время исследователи планируют перейти к испытаниям метода на людях.

Источник: medicinform.ru

## Фолиевая кислота влияет на повышение риска рака простаты

**К** такому заключению пришли ученые из университета Южной Калифорнии, отчет об исследовании которых был опубликован в Journal of the National Cancer Institute.

Джейн Фигейредо и ее коллеги изучили данные о состоянии здоровья 643 мужчин, средний возраст которых составлял 57,4 года. Половина участников ежедневно принимали витаминные биодобавки, содержащие 1 мг фолиевой кислоты, остальные употребляли плацебо. За 6,6 лет наблюдений 34 участника исследований заболели раком простаты. Проанализировав имеющиеся данные, ученые подсчитали риск развития рака простаты в течение 10 лет. По их оценкам, за этот период рак простаты возникнет у 9,7% мужчин, употреблявших биодобавки с фолиевой кислотой, и у 3,3% мужчин, принимавших плацебо. Таким образом, прием фолиевой кислоты увеличивает риск этого онкологического заболевания более чем в два раза, отмечают исследователи. Механизм канцерогенного действия фолиевой кислоты точно не известен. Од-

нако исследователи предполагают, что определенное значение имеет участие этого витамина в синтезе нуклеотидов, необходимых для пролиферации (размножения) раковых клеток.

Между тем отрицательный эффект фолиевой кислоты распространяется лишь на синтетическую форму фолиевой кислоты, отмечают ученые. Ряд исследований показали, что употребление продуктов, богатых фолиевой кислотой (в частности, шпината, лука, салата, а также печени и почек), напротив, может оказывать определенный защитный эффект при некоторых видах рака, в том числе при раке простаты. Указанная разница может объясняться тем, что биодоступность синтетической фолиевой кислоты выше, чем у фолиевой кислоты, получаемой с пищей. Таким образом, при употреблении биодобавок может усваиваться большее количество фолата, чем из пищи, что может играть определенную негативную роль, полагают специалисты из США.

Источник: medlinks.ru

## Обрезание снижает риск заражения папилломавирусами

**А**мериканские ученые выяснили, что обрезание крайней плоти защищает от заражения папилломавирусом человека (ВПЧ). Исследование, результаты которого были опубликованы в «International Journal of Cancer», включало 998 мужчин из США, Мексики и Бразилии в возрасте от 18 до 70 лет, у каждого из которых была обнаружена как минимум одна из форм ВПЧ, и контрольную группу из 403 здоровых мужчин.

Авторы исследования изучали взаимосвязь между обнаружением у человека папилломавируса и различными факторами, среди которых наличие крайней плоти, расовая принадлежность, половое поведение, возраст.

По результатам работы было установлено, что у мужчин, прошедших проце-

ду удаления крайней плоти, ВПЧ обнаруживается в среднем на 70% реже. То же самое можно сказать о жителях азиатско-тихоокеанского региона, а также о мужчинах, имеющих постоянных половых партнеров. У молодых людей в возрасте от 18 до 24 лет вирус обнаруживается в полтора раза чаще, чем у мужчин старше 45.

Ученые отметили, что сходные данные были получены из исследований, проведенных ранее в Испании, Дании, Колумбии, Таиланде и Филиппинах. Кроме того, исследование, проведенное в Испании, показало, что у женщин, чей партнер был обрезан, риск возникновения рака шейки матки в среднем ниже на 42%.

Источник: [medinform.ru](http://medinform.ru)

## Биоинженеры пытаются вырастить почку

**У**ченые из Medical University of South Carolina (MUSC) и Clemson University проводят работы, результаты которых смогут спасти жизни тысяч больных.

В проекте биоинженерной почки врачи опираются на последние достижения науки о стволовых клетках и о взаимодействии клеток в ткани. Они поставили цель вырастить почку из собственных стволовых клеток пациента, используя принцип «самосборки тканей».

В отличие от других групп исследователей, которые пытаются выращивать ткань почек медленно, ученые из MUSC надеются получить быструю самосборку тканей на основе такого феномена, как слияние клеток. Биоинженерная почка особенно необходима пациентам с тяжелыми болезнями почек на последней стадии, нуждающимся в трансплантации этого органа. В настоящее время в США около 60000 человек занесено в лист ожидания почки для трансплантации. К сожалению, многие из них умрут, не дождав-шись подходящего органа. Хотя современные методы диализа и спасают им жизнь, этот способ лечения истощает пациентов как физически, так и финансово.

Источник: [medlinks.ru](http://medlinks.ru)

## Ботокс существенно облегчает симптомы доброкачественной гиперплазии предстательной железы

**И**тальянские ученые обнаружили, что инъекции Ботокса могут облегчать симптомы доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) на срок до 30 месяцев.

Результаты лечения ярче всего проявились спустя два месяца: показатели по шкале упали до 8,7 и оставались низкими (11,1) спустя 30 месяцев. Объем простаты составил 31 мл через два месяца и 27 мл через 30 месяцев, пиковая скорость – 16,5 и 14,5 мл/с. соответственно.

Кроме этого, на фоне лечения наблюдалось устойчивое снижение уровня PSA в крови, что может говорить о возможном противораковом действии. До лечения средний уровень PSA составлял 6,2, через два месяца после лечения – 3,0.

Несмотря на впечатляющие результаты, авторы работы говорят, что, прежде чем широко рекомендовать лечение ДГПЖ ботоксом, нужно провести более крупные исследования на эту тему.

Источник: [medlinks.ru](http://medlinks.ru)

## Виагра может неблагоприятно воздействовать на сперму и вызывать бесплодие у мужчин

**Л**екарство от эректильной дисфункции Виагра может неблагоприятно воздействовать на сперму и вызывать бесплодие у мужчин, выяснили британские ученые из Королевского университета Белфаста.

По словам исследователей, те, кто использует Виагру для развлечения, а не лечения, должны знать о потенциально опасных эффектах лекарства на функционирование спермы. Во время экспериментов доктор Дэвид Гленн наблюдала за воздействием Виагры на культивированную сперму и, по сравнению со спермой, не подвергшейся воздействию препарата, она оказалась «в состоянии усиленной и продолжительной подвижности».

Виагра в концентрации, эквивалентных средней дозе, содержащейся в крови после приема одной таблетки через 30 минут, также вызывает преждевремен-

ную «реакцию акросом». Акросомы – структуры, покрывающие головку сперматозоида и содержащие разнообразные ферменты, которые помогают спермиему проникать через внешнюю мембрану яйцеклетки.

«Ввиду того, что большинство акросом реагировали на Виагру раньше положенного времени, это лекарство может вызывать значительное ухудшение оплодотворяющего потенциала спермы», – сказала Гленн.

Учитывая данный фактор, Гленн высказывает озабоченность тем, что Виагра и подобные ей препараты, широко доступны в Интернете, и молодые здоровые мужчины репродуктивного возраста используют их для усиления сексуальных ощущений.

Источник: [medlinks.ru](http://medlinks.ru)

# Эффективность и безопасность экстракта пыльцы разнovidных растений Цернилтон® у больных хроническим абактериальным простатитом

О.И. АПОЛИХИН,  
А.В. СИВКОВ,  
В.Н. ОЩЕПКОВ,  
Н.Г. КЕШИШЕВ,  
Д.А. БЕДРЕТДИНОВА  
НИИ урологии  
Росмедтехнологий,  
Москва

*Хронический простатит (ХП) занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы и одно из первых мест среди мужских заболеваний в целом (9, 12, 15). В развитых странах хронический простатит диагностируется у 15% мужского населения (8). В России этим заболеванием страдает до 35% мужчин трудоспособного возраста (23), у 7-36% больных он осложнен везикулитом, эпидидимитом, расстройствами мочеиспускания, репродуктивной и половой функций. Проблема диагностики и лечения ХП, как инфекционного, так и неинфекционного, остается нерешенной до сих пор, несмотря на многовековую историю его изучения (6).*

**Б**ыло проведено большое число исследований, касающихся проблемы лечения хронического абактериального простатита категории III A по классификации NIH (4, 11, 13, 14, 16, 19, 22). Однако эффективность предлагаемых методик не является оптимальной, в связи с чем поиск новых терапевтических подходов продолжается и по сей день. Следует помнить, что при лечении простатита, как и любого хронического заболевания, должны соблюдаться принципы последовательности и комплексного подхода. В рамках подобных исследований в 2008 г. в НИИ Урологии было проведено исследование по изучению эффективности и безопасности двух доз лекарственного препарата Цернилтон® у пациентов с хроническим абактериальным простатитом.

Препарат Цернилтон® – это ферментированный экстракт пыльцы

разнovidных растений, содержащий гидрофильную и липофильную фракции в соотношении 20:1. Гидрофильная фракция Graminex™ G60 участвует в ингибции ферментов циклооксигеназы и 5-липооксигеназы, способствующих превращению арахидоновой кислоты в лейкотриены и простагландины – важнейшие медиаторы воспаления. Тем самым достигается противовоспалительный и противовоспалительный эффекты препарата Цернилтон®.

Липофильная фракция Graminex™ GFX, содержащая фитостеролы, способствует блокированию 5-α-редуктазы, тем самым замедляя рост клеток предстательной железы при ДГПЖ. Также улучшается мочеиспускание за счет блокады α1-адренорецепторов и прямого миорелаксирующего действия на гладкомышечные элементы задней уретры. Опосредованно оказывает позитивное влияние на эректильную функцию (2).

При поиске в Medline обнаружено около 60 статей, посвященных проблеме эффективности и безопасности препарата Цернилтон®. Самая ранняя из них датируется 1962 годом (10). Разумеется, за это время были предприняты и другие исследования (1-3, 5, 7, 17, 18, 20). Однако развитие медицинских технологий и признание главенствующей роли принципов доказательной медицины требуют подтверждения результатов ранних исследований с целью уточнения данных об эффективности и безопасности препарата (21).

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Целью предпринятого нами исследования стала оценка сравни-

тельной эффективности и безопасности 2 доз препарата Цернилтон® у больных хроническим абактериальным простатитом категории III A (NIH). Для этого мы оценили влияние препарата Цернилтон® на динамику симптомов заболевания по шкалам NIH-CPSI, частоты и выраженности симптомов, Sex-4, I-PSS, QOL, объем предстательной железы и максимальную скорость потока мочи ( $Q_{max}$ ). Определение активности воспаления до и после лечения проводилось путем изучения числа лейкоцитов в секрете предстательной железы. Безопасность препарата оценивалась на основании анализа частоты нежелательных и побочных явлений.

В исследование было включено 48 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет с доказанным наличием ХП категории III A и длительностью заболевания не менее 6 месяцев. Важным критерием включения в исследование являлась выраженность симптомов ХП до начала лечения по шкале NIH-CPSI (боль/дискомфорт) в пункте 3 – не менее 3 баллов, в пункте 4 – не менее 4 баллов.

Из исследования были исключены пациенты, перенесшие оперативные вмешательства на органах таза, с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, склерозом шейки мочевого пузыря, стриктурой уретры, ДГПЖ (объем простаты > 30 см<sup>3</sup>), камнями/дивертикулами мочевого пузыря, онкологическими заболеваниями. Важными критериями исключения были: наличие мочевого инфекции, применение анальгетиков и/или противовоспалительных средств, а также сопутствующей терапии, влияющей на функцию мочевого пузыря

и мочеотделение. Из сопутствующих заболеваний, исключавших участие пациента в исследовании, надо отметить наличие печеночной или почечной недостаточности (увеличение специфических биохимических показателей более чем в два раза от нормальных значений), сердечно-сосудистых или церебро-сосудистых заболеваний в анамнезе в течение 6 месяцев перед включением в исследование (инфаркт миокарда, стенокардия покоя, тяжелая желудочковая аритмия, сердечная недостаточность класса III/IV NYHA), тяжелого сахарного диабета, неврологических (болезнь Паркинсона) и психических заболеваний. При включении в исследование каждый пациент был проинформирован о его характере, целях и возможных последствиях.

При наличии письменного согласия пациента приступали к первичному обследованию (V1), предполагавшему исключение инфекционного характера заболевания (мазок из уретры, анализы на хламидии, микоплазмы, трихомонады, посев секрета простаты), клинический осмотр, включая пальцевое ректальное исследование предстательной железы, стандартизированную оценку симптомов (по шкалам NIH-CPSI, IPSS, Sex-4), качества жизни (QOL), анализ секрета простаты, урофлоуметрию, УЗИ простаты, определение остаточной мочи. Если пациент удовлетворял всем критериям включения и не попадал ни под один пункт критериев исключения, то его считали участником исследования, проводили этап рандомизации и вручали исследуемый препарат на 3 месяца.

При рандомизации все мужчины были разделены на две группы: группа I (25 пациентов) должна была принимать препарат Цернилтон® по 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 3 месяцев, группа II (23 пациента) – также препарат Цернилтон®, но по 1 таблетке 3 раза в день. Обе исследуемые группы оказались симметричными по основным клиническим параметрам (рисунки 1–5). Больные информировались о необходимости правильного и регулярного приема препарата.

Через 3 месяца назначался второй визит (V2). Обследование включало стандартизированную оценку симптомов, качества жизни, анализ

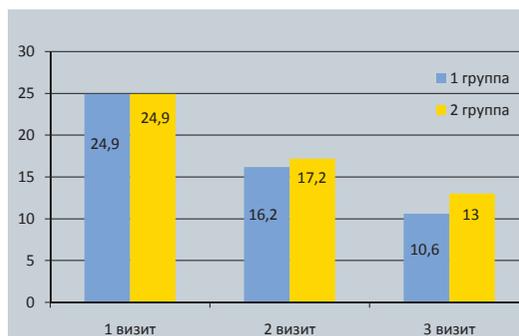
секрета простаты, УЗИ простаты, урофлоуметрию с определением количества остаточной мочи. Оценивались нежелательные явления и побочные реакции. В последующие 3 месяца пациенты препарат не принимали. Заключительный визит (V3) проводился через 6 месяцев. Обследование также включало стандартизированную оценку симптомов, качества жизни, анализ секрета простаты, УЗИ простаты, урофлоуметрию с определением количества остаточной мочи.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

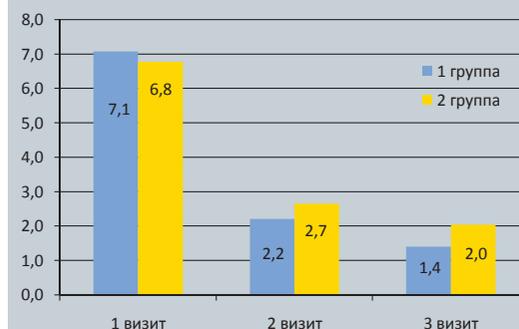
В результате применения препарата Цернилтон® у пациентов I и II групп был зарегистрирован выраженный симптоматический эффект. Так, отмечено уменьшение общего балла шкалы NIH-CPSI в группе I на третьем визите (V3) по сравнению с первым (V1) – на 57% ( $p < 0,001$ ), тогда как во II группе – на 48% ( $p < 0,001$ ). При сравнении I и II групп по шкале NIH-CPSI на третьем визите выявлена достоверная разница ( $p < 0,001$ ) в пользу первой группы, что позволяет предположить наличие дозозависимого эффекта (рисунок 1).

Применение линейной шкалы выраженности симптомов позволило зарегистрировать уменьшение числа баллов у пациентов I группы на третьем визите (V3) по сравнению с первым (V1) – на 80% ( $p < 0,001$ ), а в группе II – на 71% ( $p < 0,001$ ). При сравнении I и II групп по линейной шкале выраженности симптомов на третьем визите (V3) выявлена достоверная 30-процентная разница в пользу первой группы ( $p = 0,31$ ). При этом изменения достоверны относительно V1, наступление эффекта также достоверно в обеих группах, а достигнутый эффект характеризуется стабильностью, т.к. не выявлено достоверных отличий между V2 и V3 в обеих группах (рисунок 2).

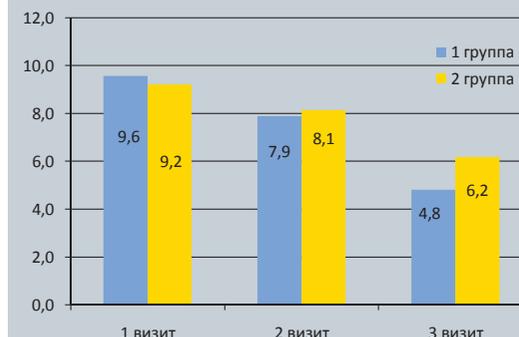
На фоне применения препарата Цернилтон® отмечен выраженный симптоматический эффект по шкале частоты симптомов. В группе I уменьшение числа баллов на третьем визите (V3) по сравнению с первым (V1) составило 50% ( $p < 0,001$ ), тогда как в группе II – лишь 33% ( $p < 0,001$ ). При сравнении I и II групп по шкале частоты симптомов на третьем визите (V3) выявлена достоверная разница в 23% ( $p = 0,003$ ) в пользу первой группы. Достиг-



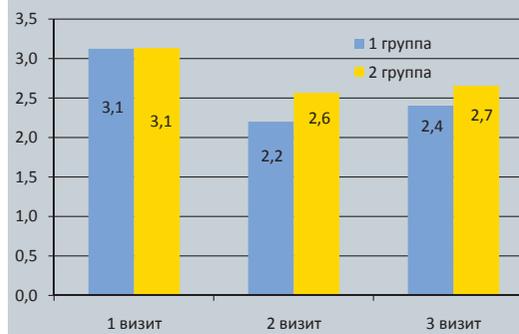
**Рисунок 1. Сравнительная динамика показателя NIH-CPSI в обеих группах**



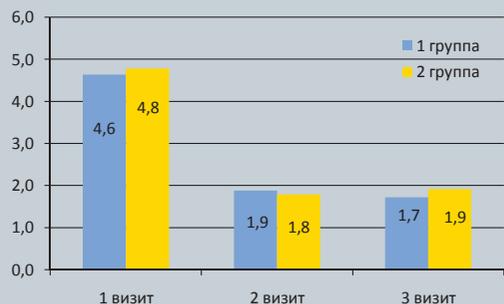
**Рисунок 2. Сравнительная динамика показателей линейной шкалы в обеих группах**



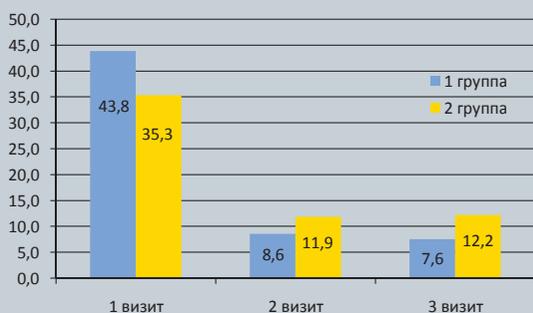
**Рисунок 3. Сравнительная динамика показателей шкалы частоты симптомов**



**Рисунок 4. Сравнительная динамика показателя шкалы Sex-4 в обеих группах**



**Рисунок 5. Сравнительная динамика показателя качества жизни в обеих группах**



**Рисунок 6. Динамика числа лейкоцитов в секрете предстательной железы**

ный эффект также характеризуется стойкостью (рисунок 3).

Согласно полученным данным, лечение препаратом Цернилтон® приводит к улучшению сексуальной функции пациентов, что было показано с использованием специальной шкалы Sex-4. Так, в I группе зарегистрировано уменьшение числа баллов на третьем визите (V3) по сравнению с первым (V1) – на 23% (p =

0,22), тогда как в группе II – на 13% (p = 0,44). При сравнении I и II групп по шкале Sex-4 на третьем визите (V3) выявлена разница в 11% в пользу первой группы, которая, однако, из-за немногочисленности пациентов не была достоверной (p = 0,58). В то же время достигнутые изменения мы расценили как существенные, так как большинство пациентов обеих групп исходно не имели серьезных нарушений сексуальной функции. Позитивное воздействие препарата на сексуальную функцию должно быть подтверждено более масштабными исследованиями (рисунок 4).

Улучшение качества жизни – важный контрольный показатель оценки эффективности лекарственных средств. Курс лечения препаратом Цернилтон® приводит к значительному и достоверному улучшению качества жизни пациентов с ХП. В I группе уменьшение числа баллов на третьем визите (V3) по сравнению с первым (V1) составило 63% (p < 0,001), а в группе II – на 60% (p < 0,001). Достигнутый эффект характеризуется стабильностью, т.к. не отмечено значимых различий между показателями на V2 и V3 (рисунок 5).

Противовоспалительный эффект препарата Цернилтон® оценивали по динамике числа лейкоцитов в секрете предстательной железы. На фоне терапии был зарегистрирован выраженный статистически достоверный и стойкий эффект. Так, в группе I отмечено уменьше-

ние числа лейкоцитов секрета на третьем визите (V3) по сравнению с первым (V1) – на 82% (p < 0,001), тогда как в группе II – на 65% (p < 0,001). При сравнении групп I и II на третьем визите (V3) выявлена разница в 38% (p = 0,093) в пользу первой группы.

В ходе исследования не было зарегистрировано достоверных изменений ряда объективных показателей (максимальная скорость потока мочи, объем остаточной мочи, объем предстательной железы), т.к. у всех пациентов обеих групп исходно они находились в пределах нормальных значений. Так, в начале программы средний уровень Q<sub>max</sub> составил 23,3 и 24,8 мл/с., а объем простаты – в пределах 20,6 см<sup>3</sup> в группах I и II соответственно.

Важно отметить, что побочных эффектов и существенных нежелательных явлений у пациентов обеих групп на фоне приема препарата Цернилтон® зарегистрировано не было.

## ВЫВОДЫ

Цернилтон® является высокоэффективным и безопасным препаратом для лечения хронического абактериального простатита, обладает выраженным симптоматическим и противовоспалительным эффектом, который сохраняется на протяжении как минимум 6 месяцев. Сравнительный анализ эффективности двух доз препарата Цернилтон® выявил достоверное преимущество двойной дозы. 

## Литература

- Aoki A. et al. Clinical evaluation of the effect of tamsulosin hydrochloride and cernitin pollen extract on urinary disturbance associated with benign prostatic hyperplasia in a multicentered study. *Hinyokika Kyo*, 2002; 48(5): p. 259-67.
- Asakawa K. et al. Effects of cernitin pollen-extract (Cernilton) on inflammatory cytokines in sex-hormone-induced nonbacterial prostatitis rats. *Hinyokika Kyo*, 2001; 47(7): p. 459-65.
- Aslamazov E.G. et al. Cernilton in the treatment of prostatic adenoma and chronic prostatitis // *Urologia*, 2007; (1): p. 52, 54-6.
- Chiang P.H., Chiang C.P. Therapeutic effect of transurethral needle ablation in non-bacterial prostatitis: chronic pelvic pain syndrome type IIIa. *Int J Urol*, 2004; 11(2): p. 97-102.
- Deedhia R.C., McVary K.T. Phytotherapy for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia // *J Urol*, 2008; 179(6): p. 2119-25.
- Jonsson K., Hedelin H. Chronic abacterial prostatitis: Living with a troublesome disease affecting many aspects of life. *Scand J Urol Nephrol*, 2008; p. 1-6.
- Kato T. et al. Clinical experience on treatment of chronic prostatitis with cernilton tablet. *Hinyokika Kyo*, 1970; 16(4): p. 192-5.
- Krieger J.N. Classification, epidemiology and implications of chronic prostatitis in North America, Europe and Asia. *Minerva Urol Nefrol*, 2004; 56(2): p. 99-107.
- Krieger J.N., Ross S.O., Riley D.E. Chronic prostatitis: epidemiology and role of infection // *Urology*, 2002; 60(6 Suppl): p. 8-12; discussion 13.
- Leander G. Preliminary research on the therapeutic effect of Cernilton on chronic prostatovesiculitis. *Sven Lakartidn*, 1962; 59: p. 3296-304.
- Lu M. et al. Alpha-blockers and bioflavonoids in men with chronic nonbacterial prostatitis (NIH-IIIa): a prospective, placebo-controlled trial. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 2004; 25(2): p. 169-72.
- McNaughton Collins M., Barry M.J. Epidemiology of chronic prostatitis. *Curr Opin Urol*, 1998; 8(1): p. 33-7.
- Nickel J.C. et al. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). *BJU Int*, 2004; 93(7): p. 991-5.
- Nickel J.C. et al. Pentosan polysulfate therapy for chronic nonbacterial prostatitis (chronic pelvic pain syndrome category IIIA): a prospective multicenter clinical trial // *Urology*, 2000; 56(3): p. 413-7.
- Pontari M.A. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urol Clin North Am*, 2008; 35(1): p. 81-9.
- Schaeffer A.J. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis). *J Urol*, 2005; 173(3): p. 845.
- Shaplygin L.V. and Sivakov A.A. Use of cernilton in the therapy of prostatic adenoma and chronic prostatitis. *Urologia*, 2007; (3): p. 35-7, 39.
- Talpur N. et al. Comparison of Saw Palmetto (extract and whole berry) and Cernitin on prostate growth in rats. *Mol Cell Biochem*, 2003; 250(1-2): p. 21-6.
- Wang W. et al. Effects of antibiotic and anti-inflammatory treatment on serum PSA and free PSA levels in patients with chronic prostatitis IIIA. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2006; 12(9): p. 787-90.
- Wilt T. et al. Cernilton for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000; (2): p. CD001042.
- Xu J., Qian W.Q. and Song J.D. A comparative study on different doses of cernilton for preventing the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2008; 14(6): p. 533-7.
- Zeng X. et al. Clinical evaluation of celecoxib in treating type IIIA chronic prostatitis. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2004; 10(4): p. 278-81.
- Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. М.; 1998.

# ЦЕРНИЛТОН®



- оказывает противовоспалительное действие
- устраняет болевой синдром
- уменьшает объем предстательной железы
- устраняет симптомы дизурии
- благотворно влияет на эректильную функцию
- улучшает качество жизни
- не имеет побочных эффектов и противопоказаний

(Материалы Пленума Правления Российского общества урологов, 14-16 июня 2006 г., г. Екатеринбург)

## Лиши **ПРОСТАТИТ** права голоса!



ООО Группа компаний «Граминэкс – фарма»  
Эксклюзивный Представитель  
в России и странах СНГ

117292, г. Москва, ул. Дм. Ульянова, 16, корпус 2, офис 147  
телефон: +7 (499) 124-02-21, факс: +7 (499) 124-11-80  
[www.cernilton.ru](http://www.cernilton.ru); e-mail: [info@cernilton.ru](mailto:info@cernilton.ru)

А.В. ЖИВОВ,  
Е.И. ВЕЛИЕВ

РМАПО, Москва

# Хирургическое лечение эректильной дисфункции

*Эректильная дисфункция (ЭД) различной степени выраженности встречается среди мужчин всех возрастных групп в разных странах мира с частотой от 5 до 80%, в среднем достигает 33% и напрямую зависит от возраста, сопутствующих заболеваний, количества и видов регулярно принимаемых медикаментов, злоупотребления алкоголем и курением табака (1).*

**П**о данным популяционных исследований, проведенных в США, в возрастной группе от 40 до 70 лет ЭД выявлена у 52% мужчин. При этом легкая степень ЭД отмечена у 17%, средневыраженная – у 25% и тяжелая – у 10% (2). По данным проведенного нами анализа, в рамках диспансерного урологического обследования 374 мужчин в возрасте старше 40 лет жалобы на проблемы с эрекцией различной степени выраженности предъявляли более 40% из них (3). Истинная распространенность ЭД значительно выше, т.к. большинство больных (до 80%) не обращается за медицинской помощью, считая проблему глубоко интимной, являющуюся естественным следствием старения и т.д. (4, 5). Развитие ЭД существенно снижает качество жизни мужчин и у многих из них вызывает депрессию, поведенческие расстройства, отрицательно сказывается на взаимоотношениях в семье, профессиональной деятельности.

С появлением высокоэффективных пероральных препаратов для лечения ЭД (ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа, или ФДЭ-5 ингибиторы) количество мужчин с ЭД, которые решились на преодо-

ление этого недуга, увеличилось в несколько раз (6). При этом около 86% пациентов, страдающих ЭД, впервые обращаются не к урологам или андрологам, а к врачам общей практики или к семейным врачам. Профиль пациентов с ЭД, которые обращаются к урологам и андрологам, существенно изменился. Теперь основу этой категории пациентов составляют уже ранее безуспешно лечившиеся ФДЭ-5 ингибиторами и зачастую требующие хирургического лечения с целью сексуальной реабилитации.

В настоящее время в арсенале оперативных методов лечения ЭД имеются сосудистые операции и фаллопротезирование (ФП). У мужчин моложе 40 лет при нарушениях артериального кровообращения полового члена в результате травмы, подтвержденных фармакодоплерографией и ангиографией, операции артериальной реваскуляризации полового члена могут быть эффективны в 60-70% случаев. В более старшем возрасте данные операции гораздо менее эффективны и дают большее количество осложнений (7). В то же время операции по коррекции так называемой веногенной ЭД, вызванной избыточным венозным дренажом из пещеристых тел полового члена или кавернозной недостаточностью, являются неэффективными в отдаленном периоде и не рекомендуются к выполнению (8, 9, 10). Результаты ФП, напротив, характеризуются высокой удовлетворенностью пациентов и их партнерш, на уровне 87-97%, что значительно выше показателей удовлетворенности пациентов, применявших

любой другой метод лечения ЭД (11-13). В последние годы урологам все чаще приходится сталкиваться с тяжелыми формами ЭД, когда операции ФП приобретают осложненный характер и проходят на фоне выраженного кавернозного фиброза, протезной инфекции и других осложняющих факторов. В такой ситуации принципиально важно использовать оперативные методики, позволяющие успешно имплантировать фаллопротез, несмотря на имевшие место интраоперационные осложнения. В данной статье мы представляем наш собственный опыт имплантации современных моделей фаллопротезов как в неосложненных, так и в осложненных условиях, и приводим оценку удовлетворенности пациентов и их партнерш результатами ведущего в настоящее время хирургического метода лечения ЭД.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 88 больных тяжелой формой ЭД в возрасте от 28 до 84 лет (медиана – 54,6 года), у которых выполнялась ФП. У 5 больных этой группы потребовалась повторная имплантация фаллопротезов в связи с развитием протезной инфекции, у 1 больного проведено удаление и повторное протезирование неофаллоса в связи с некрозом головки полового члена. Всего было имплантировано: 65 полуригидных фаллопротезов (ПФП), из них 40 простых имплантаций и 25 осложненных, и 29 гидравлических фаллопротезов с управляемой ригидностью (ГФУР), из которых было 24 простых и 5 осложненных

**Таблица 1. Модели и виды имплантированных фаллопротезов**

Модель фаллопротеза	Вид фаллопротеза (ПФП или ГФУР)	Количество имплантированных фаллопротезов данной модели
AMS-600	ПФП	9
AMS-600M	ПФП узкого диаметра	5
AMS-650	ПФП с улучшенной пластической памятью	36
Mentor AcuForm	ПФП	15
AMS Dynaflex	Однокомпонентный ГФУР	3
AMS Ambicor	Двухкомпонентный ГФУР	5
AMS 700CX и AMS 700CXM	Трехкомпонентный ГФУР	15
Mentor Alpha I, Mentor Alpha I Titan, Mentor Alpha NB	Трехкомпонентный ГФУР	6

имплантации. Подробная характеристика типов имплантированных фаллопротезов приведена в таблице 1.

Стандартный протокол подготовки к имплантации и проведения операции включал следующие мероприятия: рутинное предоперационное обследование (клинический и биохимические анализы крови, исследования на инфекционные маркеры, общий анализ и посев мочи), специальное обследование (доплерография полового члена, УЗИ пещеристых тел, кавернозография по показаниям). Мужчинам старше 50 лет в обязательном порядке выполнялись анализ крови на простатоспецифический антиген (ПСА), пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (ТРУЗИ) с целью исключения симптоматической доброкачественной гиперплазии предстательной железы и рака простаты, урофлоуметрия по показаниям. При имплантации фаллопротезов нами соблюдался модифицированный профилактический периоперационный протокол, направленный на профилактику протезной инфекции и являющийся сегодня общепринятым (14, 15). Он включал в себя следующие мероприятия:

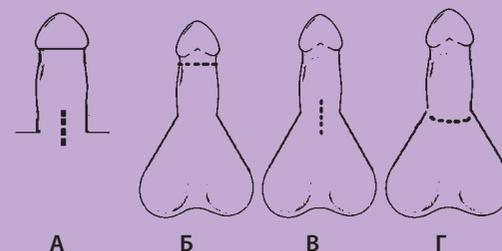
- профилактическая антибиотикотерапия (цефазолин 1,0 г внутримышечно каждые 8 часов; ванкомицин 1,0 г внутривенно каждые 12 часов), которую начинали за 24 часа до операции;
- вечером накануне операции и утром в день операции – тщательное мытье тела с использованием антисептического мыла;
- бритье операционного поля непосредственно перед операцией;
- тщательная обработка опера-

ционного поля 5-процентным раствором повидона йодида длительностью не менее 10 минут;

- использование одноразового хирургического белья и двойных перчаток;
- периодическое промывание операционного поля раствором, содержащим 0,5 г ванкомицина или 1,0 г цефазолина и 40 мг гентамицина на 1,0 л 0,9% раствора NaCl;
- ограничение перемещений в операционной;
- использование пероральной антибиотикотерапии в послеоперационном периоде (ципрофлоксацин 0,5 г через 12 часов или цефалексин 0,5 г каждые 8 часов – 14 дней).

Имплантация ПФП и однокомпонентных ГФУР осуществлялась через инфрапубикальный, субкоронный или продольный пениоскротальный доступы, имплантация ГФУР – через продольный или поперечный пениоскротальный доступы (рисунок 1). Операции неосложненного ФП осуществлялись в соответствии с ранее описанными общепринятыми методиками. При этом имплантация трехкомпонентных ГФУР во всех случаях выполнялась через один пениоскротальный разрез по методике S. Wilson (15).

При ФП на фоне кавернозного фиброза, недостаточном диаметре кавернозного пространства и невозможности закрытия белочной оболочки кавернозных тел над цилиндром фаллопротеза вначале предпринималась попытка имплантации фаллопротеза более узкого диаметра, если таковые имелись в наличии. Так, ПФП узкого диаметра AMS-600M были имплантированы 5 больным, ГФУР узкого диаметра Mentor Alpha NB – 2 и AMS-700 CXM – одному пациенту. Имплантацию фаллопротезов узкого диаметра при



**Рисунок 1. Доступы для имплантации фаллопротезов: А – инфрапубикальный, Б – субкоронный, В – продольный пениоскротальный, Г – поперечный пениоскротальный**

кавернозном фиброзе мы считаем во всех случаях более предпочтительной, чем осуществление пластики белочной оболочки в случае невозможности ее закрытия над имплантированным стандартным фаллопротезом. При невозможности ввиду выраженного кавернозного фиброза закрыть белочную оболочку над цилиндрами фаллопротезов даже узкого диаметра или при отсутствии таких моделей фаллопротезов, использовали различные варианты корпоропластики. При закрытии дефектов белочной оболочки в 10 случаях мы применяли предложенный нами вариант корпоропластики кожей крайней плоти на питающей ножке (3). В 3 случаях мы применяли для корпоропластики заплатки и трубчатые сосудистые протезы из тетрафторэтилена (аналог материала GoreTex, США) производства фирмы «Экофлон» (Санкт-Петербург). В случае ФП на фоне протезной инфекции и ятрогенных олеогранулем к стандартным этапам операции добавлялись:

- 1) обширные кавернозотомии;
- 2) тщательное удаление геля с помощью лопаточек и тампонов;

**Таблица 2. Результаты тестирования (анкета EDITS, вариант 1) больных ЭД после различных вариантов фаллопротезирования в процессе наблюдения (M±m)**

Вариант фаллопротезирования (число пациентов)		Период обследования. Показатели теста (%)									
		Через 6 мес. после операции					Через 1 год после операции				
		1-й домен	2-й домен	3-й домен	4-й домен	Средняя оценка	1-й домен	2-й домен	3-й домен	4-й домен	Средняя оценка
ПФП	Неосложненное ФП (n=40)	80,0±2,4	80,9±2,4	83,2±2,3	77,4±2,4	80,4±2,2	81,4±2,1	81,0±2,1	84,2±2,0	79,9±1,9	81,6±2,0
	Осложненное ФП (n=23)	74,8±2,3 +	76,1±2,0 +	78,1±1,9 +	73,3±2,1	75,4±2,1 +	80,0±2,0 *	79,8±2,1 *	82,2±2,0 *	77,1±1,8	79,7±1,9 *
ГФУР	Неосложненное ФП (n=24)	82,9±2,3	83,6±2,4	87,4±1,7 x	82,4±2,0 x	84,0±2,0 x	83,4±1,5	84,6±1,6	88,0±1,7 x	84,3±1,7 x	84,9±1,6 x
	Осложненное ФП (n=5)	78,0±2,0	80,5±1,9 +	81,9±1,5 +x	76,9±2,0 +	79,4±1,9 +x	82,5±1,5	83,0±1,7 x	87,3±1,6 *x	83,4±1,6 *x	84,0±1,6 *x

Примечание 1. Достоверность различий соответствующих показателей ( $p < 0,05$ ): \* - между этапами исследования; + - между осложненным и неосложненным ФП; x - между соответствующими группами пациентов, у которых использованы разные варианты фаллопротезов.

Примечание 2. В случае проведения повторной операции или лечения осложнений ФП (см. выше) первичное обследование проводили через 6 мес. после окончания этих манипуляций.

3) иссечение рубцовых тканей и тканей, содержащих гель;

4) обильное промывание мест локализации инородных тел (компоненты фаллопротеза, гель) антибактериальными растворами;

5) полное удаление олеогранулемы, включая кожу ствола полового члена с последующей двухэтапной пластикой кожных покровов пениса по Cecil (3).

Удовлетворенность пациентов и их партнерш результатами ФП оценивалась как с помощью известного вопросника EDITS (16), так и с помощью оригинальных, описанных нами ранее психометрических методик (3). Статистический анализ и обработка полученного материала производили с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA for Windows», версия 7.0; «Microsoft Excel 2003».

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 40 простых имплантаций ПФП у 34 пациентов и их партнерш (85%) отмечалась высокая удовлетворенность результатами операции. Только у 1 (2,5%) из оперированных (мужчина 73 лет) возникло желание прекратить половую жизнь через 14 месяцев после операции в связи со значительным снижением либидо на фоне развития опухоли гипофиза (гиперпролактинома). Партнерши 3 пациентов (7,5%) жаловались на неестественность ощущения полового члена партнера («холодный половой член»), но считали эти проблемы несущественными. Ревизий и замен фаллопротезов не было. Из 25 осложненных имплантаций ПФП у 16 больных и их партнерш (64%) отмечалась

высокая удовлетворенность результатами лечения, находившаяся практически на том же уровне, как и после успешных неосложненных имплантаций. У 1 (4%) пациента (имплантация на фоне олеогранулемы полового члена) развилось нагноение раны с тканевой деструкцией в раннем послеоперационном периоде. Протез был удален через 2 недели после имплантации, и повторная имплантация не осуществлялась в связи с отсутствием желания у пациента продолжать половую жизнь. У 1 больного на фоне кавернозного фиброза и корпоропластики тетрафторэтиленом, имевшего в анамнезе эрозию через уретру отечественного фаллопротеза в виде силиконового стержня, наступило инфицирование установленного нами фаллопротеза AMS-650 через 3 месяца после имплантации. Протез и синтетические заплатки были удалены. Еще у 1 пациента наступило инфицирование фаллопротеза через 1 год после имплантации на фоне тяжелого врожденного кавернозного фиброза. У 1 пациента после имплантации ПФП на фоне тяжелого тотального врожденного кавернозного фиброза после операции развился некроз головки пениса. Это потребовало удаления фаллопротеза через 12 дней после операции и последующей реконструктивно-восстановительной операции микрохирургической пластики дистальной части полового члена кожно-подкожно-фасциальным лоскутом предплечья на питающей ножке с последующим повторным ФП. У 1 пациента имела место перфорация межкавернозной перего-

родки белочной оболочки кавернозных тел полового члена и уретры. После ушивания перфораций осуществили успешную имплантацию фаллопротеза с высоким результатом. У 4 больных (16%) после имплантации на фоне кавернозного фиброза развилась протезная инфекция в сроки от 1 до 16 месяцев после имплантации ПФП (AMS-650 – 2; Mentor AcuForm – 2). Все случаи вызваны *Staph. Epidermidis*. После предварительной антибактериальной терапии ванкомицином была осуществлена успешная одномоментная замена фаллопротезов (по описанной выше методике) на аналогичные с хорошим результатом.

Из 24 неосложненных имплантаций ГФУР 20 (83,3%) были успешными, то есть не сопровождались осложнениями и нормализовали половую жизнь пациентов. У 1 больного (4%) развилась протезная инфекция в связи с тем, что он скрыл факт хирургического лечения гнойного периодонтита, которое провел за 5 дней до операции. Ему была выполнена успешная одномоментная замена двухкомпонентного ГФУР Ambicor (AMS, США) на однокомпонентный ГФУР Dynaflex этой же фирмы. Еще у 2 больных (8%) была субклиническая протезная инфекция, которая выражалась в нарастающих болях в сроки от 1 до 6 месяцев после операции фиксации кожи мошонки к имплантированной в мошонку помпе фаллопротеза. В результате 2-недельной внутривенной терапии ванкомицином по 1,0 г 2 раза в сутки субклиническая инфекция купирована. Пациенты продолжают нормальную половую жизнь. У 1 пациента произошло

инфицирование помпы трехкомпонентного ГФУР AMS-700 CX. Была выполнена эксплантация помпы и ее успешная замена через 4 месяца, после чего пациент восстановил свою сексуальную активность. Из 5 осложненных имплантаций ГФУР лишь у 1 пациента развилась субклиническая протезная инфекция, которая выражалась в нарастающих болях в сроки от 1 до 6 месяцев после операции фиксации кожи мошонки к имплантированной в мошонку помпе фаллопротеза. В результате 2-недельной внутривенной терапии ванкомицином по 1,0 г 2 раза в сутки субклиническая инфекция была также купирована. Пациент продолжает нормальную половую жизнь.

Иллюстрацией к представленным статистическим данным и клиническим случаям могут служить данные лонгитюдного обследования наших пациентов с использованием теста EDITS (таблица 2). Как видно из представленной таблицы, у большинства пациентов всех рассмотренных групп уже через 6 месяцев после проведенной операции отмечалось существенная оптимизация качества половой жизни. Средние самооценки удовлетворенности от проведенного лечения в этот период наблюдения находились в пределах 75-80% от максимально возможных, что оказалось существенно большим, чем в случае использования различных вариантов консервативного лечения.

Аналогичные показатели удовлетворенности результатами ле-

чения были зафиксированы и при обследовании половых партнеров пациентов. Характерно, что с течением времени показатели удовлетворенности пациентов результатом лечения росли, что было особенно характерно для тех, кто перенес осложненные операции (более значимое различие по сравнению с исходным уровнем). При сравнительном анализе данных, полученных у обследованных, оказалось, что более успешным с точки зрения сексуальной удовлетворенности половых партнеров было ФП с использованием ГФУР, что позволяет рассматривать данный вариант операции как наиболее эффективный.

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ВЫВОДЫ

Несмотря на широкое распространение доступных и простых в применении консервативных методов лечения ЭД таблетированными препаратами группы ФДЭ-5 ингибиторов, хирургическое лечение ЭД и ФП, как наиболее его эффективная форма, сохраняют свою актуальность в настоящее время. Более того, урологам все чаще придется сталкиваться с больными, для которых консервативная терапия оказалась неэффективной, а ФП будет единственной возможностью их сексуальной реабилитации. Наши исследования подтвердили, что ФП является наиболее эффективным способом лечения тяжелых форм ЭД, сопровождаясь существенно большим, чем консервативная терапия любой стадии ЭД, пози-

тивным влиянием на качество половой жизни таких пациентов, их психофизиологический статус. При осложненном ФП указанные тенденции проявляются практически в том же объеме, как и при использовании неосложненного ФП, однако достигают максимального развития в несколько более поздние сроки с момента операции, что следует учитывать при прогнозировании и оценке эффективности проведенного лечения и восприятия этой эффективности самим пациентом. Весьма с положительной стороны показали себя методы осложненного ФП, которые были использованы нами для корпоропластики при кавернозном фиброзе, а также при протезной инфекции и олеогранулемах полового члена. Было показано, что использование данных методик позволяет добиваться показателей удовлетворенности пациентов, аналогичных таковым после неосложненного фаллопротезирования. Это дает нам возможность рекомендовать данные методики к широкому применению, что позволит оперирующим урологам успешно выполнять операции имплантации фаллопротезов в осложненных условиях. С развитием клеточных технологий появится новый метод хирургического лечения ЭД – имплантация вновь выращенной в лабораторных условиях кавернозной ткани. Однако это дело будущего, а на сегодня ФП, особенно с использованием ГФУР, остается весьма эффективным методом хирургического лечения ЭД. 

### Литература

- De Boer B.J., Bots M.L., Lycklama A. et al. Erectile dysfunction in primary care: prevalence and patient characteristics. The ENIGMA study. *Int. J. Impot. Res.*, 2004, Vol. 16, № 3, pp. 214-219.
- Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.* 1994, Vol. 151, p. 56.
- Живов А.В. Оценка влияния лечения эректильной дисфункции на качество жизни больных. Автореф. Дисс. к.м.н., Москва, 2008, 23 С.
- Верткин А.Л., Тополянский Ю.С., Полупанова Е.В. и соавт. Распространенность и клиническое значение эректильной дисфункции у кардиологических больных. Консилиум медикум, 2005. Том 7, № 7.
- Baldwin K., Ginsberg P., Harkaway R.C. Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. *Int. J. Imp. Res.* 2003, Vol. 15, N 2, P. 87 – 89.
- Sasayama S., Ishii N., Ishikura F. et al. Men's health study: current status of erectile dysfunction of 6,112 ambulatory patients at general practitioners offices in Japan. *J. Cardiol.* 2003. Vol. 42, № 2, p. 57-65.
- Kawanishi Y., Kimura K., Nakanishi R. et al. Penile revascularization surgery for arteriogenic erectile dysfunction: the long-term efficacy rate calculated by survival analysis. *BJU Int.*, Vol. 94, № 3, p. 361-368.
- Wespes E., Amar E., Hatzichristou D.G., Hatzimouratis K. et al. Guidelines on Erectile Dysfunction. *European Association of Urology.* 2006, 27 p.
- AUA Guideline on the Management of Erectile Dysfunction: Diagnosis and Treatment Recommendations. *American Urological Association.* 2005, 253 p.
- Kawanishi Y., Kimura K., Yamaguchi K. et al. Long-term results of venous surgery for cavernous erectile dysfunction. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*, 1999, Vol. 90, № 11, P. 866-871.
- Levine L.A., Estrada C.R., Morgentaler A. Mechanical reliability and safety of, and patient satisfaction with the Ambicor inflatable penile prosthesis: results of a 2 center study. *J. Urol.* 2001, Vol. 166, № 3. P. 932-937.
- Montorsi F., Rigatti P., Carmignani G. et al. AMS three-piece inflatable implants for erectile dysfunction: a long-term multi-institutional study in 200 consecutive patients. *Eur. Urol.*, 2000, Vol. 37, № 1. P. 50-55.
- Chiang H.S., Wu C.C., Wen T.C. 10 years of experience with penile prosthesis implantation in Taiwanese patients. *J. Urol.* 2000, Vol. 163, № 2, p. 476-480.
- Wilson S.K. Inflatable penile implant infection: predisposing factors and treatment suggestions / S.K. Wilson, J.R. Delk // *Management of complex penile implant cases Symposium : AUA Annual Meeting handbook.* Baltimore, 1995, 53 p.
- Wilson S.K. Penile implants / S.K. Wilson, J. Mulcahy // *Male sexual function / ed by J.J. Mulcahy.* Totowa (N. J.): Humana Press Inc., 2006. Chap. 16. P. 331-380.
- Althof S.E. EDITS: Development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction / S.E. Althof, E.W. Corty, S.B. Levine [et al.] // *Urology.* 1999, Vol. 53, № 4. P. 793-799.

Е.И. ВЕЛИЕВ,  
С.В. КОТОВ

РМАПО, Москва

# Радикальные операции в урологии

*Онкоурологические заболевания занимают все большую долю в структуре урологических заболеваний. Неуклонный рост заболеваемости раком предстательной железы, почки, мочевого пузыря за последнее десятилетие диктуют необходимость в проведении более агрессивных и тем самым радикальных методов лечения последних. Внедрение в рутинную практику скрининговых программ, таких как определение уровня сывороточного простатспецифического антигена и выполнение пальцевого ректального исследования предстательной железы позволяет выявлять локализованные формы рака предстательной железы (РПЖ) в более молодой группе пациентов.*

**Н**ет лучшего лечения локализованной формы рака предстательной железы, как полное удаление простаты со злокачественной опухолью. Данная ситуация привела к большему распространению в практике такой операции, как радикальная простатэктомия (РПЖ). Последняя – единственный метод лечения РПЖ, который продемонстрировал уменьшение риска смерти от рака простаты в плацебо-контролируемом исследовании.

Имея более чем столетний опыт применения, радикальная простатэктомия является золотым стандартом в лечении локализованного рака предстательной железы, демонстрируя как лучшие онкологические, так и функциональные результаты.

Технически радикальная простат-

эктомия – одна из наиболее сложных операций в урологии. Наиболее важными тремя факторами, характеризующими положительный результат РПЭ, являются: полное удаление злокачественной опухоли, достижение функции мочевого контроля и сохранение эректильной функции в послеоперационном периоде. Великолепные навыки тазовой хирургии, огромный опыт оперирующего хирурга, применяемые при правильно определенных показаниях во время данной операции, позволяют достичь всех трех вышеперечисленных целей операции.

Детальное описание локализации и техники сохранения сосудисто-нервных пучков для сохранения половой функции P.Walsh в 1982 г. привело к популяризации данной операции во всем мире.

В настоящее время радикальная позадилоная простатэктомия состоит из следующих этапов:

- 1) доступ в позадилоное пространство;
- 2) лимфаденэктомия;
- 3) вскрытие внутритазовой фасции;
- 4) перевязка дорзального венозного комплекса;
- 5) апикальная диссекция;
- 6) пересечение «ножек» простаты с сохранением или широким иссечением сосудисто-нервных пучков;
- 7) выделение семенных пузырьков;
- 8) отсечение простаты от шейки мочевого пузыря;
- 9) формирование шейки мочевого пузыря по типу теннисной ракетки с ее везикализацией;

10) наложение уретровезикального анастомоза;

11) дренирование и ушивание послеоперационной раны.

Активная разработка и внедрение лапароскопической и роботизированной радикальной простатэктомии за последние 10 лет не могли не привести к изменениям, направленным в сторону улучшения открытой позадилоной радикальной простатэктомии. Различные модификации коснулись практически всех этапов операции.

В настоящее время расширились показания к выполнению радикальной простатэктомии. Данная операция стала активно применяться у пациентов, страдающих раком предстательной железы и имеющих высокий риск прогрессии последнего. К данной группе относятся пациенты с местнораспространенными формами РПЖ, высоким (> 20 нг/мл) предоперационным уровнем ПСА, низкодифференцированной опухолью (сумма Глисона 7 (4 + 3) или более). Радикальная простатэктомия позволяет достичь у 60% пациентов безрецидивную 5-летнюю выживаемость, только как монотерапия. Также РПЭ продемонстрировала хорошие результаты как компонент мультимодальной терапии, особенно среди пациентов 50-60-летнего возраста и имеющих высокий риск прогрессии заболевания.

Сегодня доступ в позадилоное пространство от пупочного кольца до лобковой кости ушел в прошлое. В клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО вошел в практику и прочно зарекомендовал

себя позадилоный минидоступ. Последний, также располагаясь по средней линии в надлобковой области, имеет протяженность от 5 до 7 см. Данная длина равняется сумме разрезов под порты при лапароскопической простатэктомии, что делает минидоступ таким же малоинвазивным и малотравматичным. Выполнение операции через минидоступ значительно снижает болевые ощущения в раннем послеоперационном периоде, что позволяет практически отказаться от обезболивающих препаратов со второго-третьего дня после операции, проводить раннюю активизацию больного через 12 часов после операции, что значительно снижает риск развития тромбоэмболических осложнений, в том числе и такого грозного, как тромбоэмболия легочной артерии. Столь малая длина разреза при наличии одного опытного ассистента и применении ретрактора Omni tract абсолютно не ограничивает движения кисти хирурга и позволяет, так же как и при стандартном (12-15 см) доступе, выполнять лимфаденэктомию, в том числе и расширенную, апикальную диссекцию простаты и нервосберегающую технику.

Тазовая лимфаденэктомия также претерпела изменения за последние 10 лет. Связано это с тем, что был доказан лечебный эффект расширенной лимфаденэктомии. Последняя позволяет выявить и удалить большее количество пораженных метастазами лимфатических узлов, а при наличии последних продлить безрецидивную и общую выживаемость пациентов. Сегодня в клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО расширенная лимфаденэктомия является стандартным этапом во время РПЭ у пациентов с высоким риском прогрессии РПЖ.

Наша клиника является пионером в России и одним из двух центров в мире, где разработана и применена в практике лимфаденэктомия из промежностного доступа. Таким образом, промежностная простатэктомия с лимфаденоэктомией лишается своего самого главного недостатка перед позадилоным

доступом – невозможностью удаления лимфатических узлов, и имеет явные преимущества, в том числе и с экономической точки зрения, над комбинацией лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия + промежностная простатэктомия.

Улучшение понимания перипростатической анатомии привело к значительному уменьшению интраоперационных осложнений, особенно такого грозного, как кровотечение. Согласно мировой статистике, значительное кровотечение встречается от 1,1 до 11,5%. Наш самый большой опыт (более 1000 операций) радикальных позадилоных простатэктомий в России привел к появлению новых стандартов интраоперационной кровопотери. Так, в клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО при выполнении нервосберегающей техники, последняя составляет в среднем 150-250 мл, а при широком иссечении СНП средняя кровопотеря равняется всего лишь 50-100 мл. Этот фантастический показатель позволил полностью отказаться от аутозабора крови перед операцией, переливания компонентов крови во время операции, а показатель гемоглобина крови на следующий день после операции не выходит за нижнюю границу нормы.

Тщательная апикальная диссекция – важнейший этап операции, определяющий впоследствии наличие местного рецидива и восстановления мочи. Связано это с тем обстоятельством, что, с одной стороны, апекс простаты прилежит к поперечно-полосатому сфинктеру, ответственному за функцию удержания мочи, а с другой – апекс является наиболее частым местом позитивного хирургического края. Полное понимание анатомии данной области, знание элементов, ответственных за удержание мочи, и большой опыт позволяют клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО гордиться своими показателями сохраненной в послеоперационном периоде континенции. Тяжелая форма недержания мочи встречается менее чем у 1% пациентов и связана обычно с прорастанием сфинктера опухолью или

достижением большего радикализма при местно-распространенном процессе, локализованном в апексе.

Нервосберегающая техника – один из главных этапов операции, определяющий дальнейшее качество жизни пациента. Уже ни у кого не вызывает сомнения, что отказ от коагуляции и применение увеличительных луп является неотъемлемым компонентом данной методики. Расширение представлений о прохождении нервных стволов кавернозных нервов привело к трансформации нервосберегающей техники. Анатомически более обоснованным является вскрытие простатической капсулы по переднелатеральной поверхности предстательной железы. Этот маневр позволяет сохранить мелкие веточки кавернозных нервов, которые могут проходить не по заднелатеральной, а по латеральной поверхности капсулы простаты. Применение профилактики эректильной дисфункции (ночные малые дозы ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа и интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов) позволяют значительно сократить период нейропраксии и избежать формирования кавернозного фиброза в послеоперационном периоде, что является залогом восстановления половой функции после радикальной простатэктомии.

Сегодня радикальная позадилоная простатэктомия – это высокотехнологичная операция, сопровождающаяся минимальным количеством интра- и послеоперационных осложнений, возможностью активизацией больного через 12 часов после операции, необходимостью пребывания в стационаре от 3 до 6 дней после операции и, самое главное, по-прежнему демонстрирующая лучшие онкологические результаты среди остальных методов лечения, тем самым дающая пациентам шанс на излечение от рака предстательной железы и сохраняющая дооперационное качество жизни, а именно: функцию удержания мочи и возможность продолжения половой жизни. 

В.В. БОРИСОВ

ММА им. И.М. Сеченова

# Рациональный подход к медикаментозному лечению эректильной дисфункции

*Больные эректильной дисфункцией (ЭД) составляют подавляющее большинство среди пациентов, страдающих мужскими сексуальными расстройствами. По сводным статистическим данным, в России около 21% мужчин старше 35 лет хотели бы улучшить свои сексуальные способности, что в целом составляет около 7 млн человек.*

**О**днако, в силу ряда причин, к врачу обращаются всего 10% больных. Необходимо отметить, что в этом есть не только субъективные, но и объективные причины. К первым следует отнести следующие факты:

- мужчина длительное время не считает себя больным даже при серьезных сексуальных нарушениях;
- он стыдится признаваться в своих «проблемах» даже врачу;
- он не знает квалификации и реакции врача, абсолютно не уверен, что современная медицина может ему эффективно помочь;
- нередко считает ухудшение сексуальных способностей естественным признаком возраста, проявлением старения;
- мужчина не знает существенных различий между разрекламированными пищевыми добавками, сомнительными средствами и действительно эффективными лекарствами;
- традиционное ироническое отношение окружающих к лечению сексуальной недостаточности, мнение о том, что в определенной мере оно безнадежно;
- мужчина не осознает серьезности взаимосвязи сексуальных

расстройств с другими заболеваниями, прежде всего, сердечно-сосудистыми и сахарным диабетом.

К объективным причинам редко обращения мужчин за лечением относятся определенные дефекты и недостатки специализированной медицинской помощи:

- отсутствие четкой, регламентированной государственным здравоохранением системы андрологической помощи, отсутствие гарантированной бесплатной лечебной помощи при сексуальных расстройствах в системе обязательного медицинского страхования, несмотря на громкие призывы к улучшению демографической ситуации в стране;
- неоднородность квалификации и врачебной порядочности специалистов коммерческих лечебных структур, оказывающих андрологическую помощь, нередко вызывающая трагический конфликт истинно врачебных и коммерческих интересов;
- традиционное, в определенной мере ханжеское отношение общества к сексу вообще и к сексуальным расстройствам в частности;
- отсутствие осязаемых граней и морально-этических оценок естественных сексуальных отношений, эротики, порнографии и сексуальных извращений, которое четко просматривается на страницах печатных изданий, в других средствах массовой информации, в шоу-бизнесе; осознанная или неосознанная пропаганда эротомании, гомосексуализма, трансвестизма и других сексуальных извращений.

В то же время, без всякого сомне-

ния, следует считать, что сексуальное здоровье – это неотъемлемая часть общего состояния здоровья современного мужчины, во многом определяющая качество его жизни. Для ее обеспечения медицина XXI века обладает самыми современными способами коррекции и, прежде всего, высоко эффективными лекарственными препаратами. Их можно в первом приближении подразделить на 3 группы:

- 1) ингибиторы фосфодиэстеразы 5 (ФДЭ-5) – Виагра, Сиалис, Левитра;
- 2) Импаза;
- 3) препараты растительного происхождения разных производителей, разного состава, эффективности и безопасности.

В дальнейшем рассмотрим особенности выбора медикаментозной терапии ЭД, которую целесообразно проводить с наибольшей эффективностью при условии максимальной безопасности.

Ингибиторы ФДЭ-5 сегодня следует считать препаратами выбора в лечении больных ЭД. Появление на фармацевтическом рынке в 1998 году силденафила-цитрата – Виагры, которую по крылатому выражению доктора С. Нэша «мир ждал 4000 лет», сделало лечение ЭД не только по-настоящему эффективным, но и основанным на реальных научных положениях и открытиях. Миф о том, что мужчина должен смириться с прогрессирующими нарушениями эрекции, был успешно развеян. Фактом стало то, что сегодня неизлечимых нарушений эрекции нет. За 10 лет успешного применения этого препарата, а затем и других из этой группы, про-

ведено множество разнообразных клинических, фармакологических, статистических и других исследований, которые перевели знания по «импотенции» из разряда эмпирических, в чем-то традиционно схоластических в разряд четких, научно-обоснованных принципов диагностики и терапии ЭД. Насколько велики общественные потребности в этом, свидетельствуют сроки широкого распространения данного препарата. Клиническое применение Виагры в США было разрешено в марте, ее выход на аптечный рынок – в апреле, а уже к началу июля 1998 года объем продаж превысил 400 млн долларов, в 2005 г. он составил более 5 млрд долларов. По данным 2003 года, Россия занимает 10-е место в мире по продажам Виагры, а доля продаж составляет около 1% всего розничного лекарственного рынка.

Клиническое применение ингибиторов ФДЭ-5 произвело своеобразную научную революцию в наших знаниях о физиологии и патофизиологии эрекции, ее механизмах и регуляции, способах медикаментозной коррекции. Наиболее ярко это можно проследить на примере той же Виагры. Модулированию эрекции, достаточной для осуществления полноценного полового акта у 82% больных ЭД любой тяжести, способствуют:

- ее основной действующий механизм – торможение распада циклического гуанозинмонофосфата в гладкомышечной ткани кавернозных тел;
- увеличение эндотелинзависимой вазодилатации в кавернозных телах;
- усиление кровотока в сосудах и кавернозной ткани с активизацией выделения эндотелиальной NO-синтазы.

Эти процессы позволяют модулировать достаточную эрекцию в соответствующей интимной обстановке под влиянием возбуждения. Вполне понятно, что, помимо органических причин нарушения эрекции, среди которых ведущее место занимают сосудистые факторы, у каждого больного присутствует и пагубный психогенный компонент – «невроз ожидания неудачи». Активизация

процессов реализации эрекции на фоне предварительного приема минимальной дозы Виагры позволяет уменьшить беспокойство и повысить уверенность у 23-64% больных ЭД (плацебо у 7-12%) вне зависимости от степени ее тяжести (5).

Систематическое употребление Виагры в течение 3 месяцев и более дает возможность реального совершенствования ранее утраченной способности к сексуальным отношениям. По данным D.J. Hatzichristou (2005), прием ингибиторов ФДЭ-5 увеличивает желание интимного общения, при этом количество объятий и поцелуев достоверно увеличивается на 27%, а стремление к сексуальной близости – на 48%. Общая сексуальная удовлетворенность при этом увеличивается на 45%. Систематический прием Виагры способен не только обеспечить адекватные эрекцию, оргазм и эякуляцию, но и в 73% (плацебо в 34%) наблюдений значительно повысить удовлетворение полового партнера. По данным D.J. Hatzichristou (2005), 92% партнеров больных, принимающих Виагру, удовлетворены проводимым лечением, 85,4% партнеров отмечают полное или почти полное удовлетворение их ожиданий, 95,4% партнеров крайне заинтересованы в непрерывном продолжении подобного лечения. При применении Виагры на протяжении 3 лет и более 95% больных отмечают удовлетворительную эффективность лечения, 99,6% сообщают о значительном улучшении способности вступать в сексуальный контакт. Частота прекращения приема Виагры из-за нежелательных явлений при этом составляет 2,5% (плацебо 2,3%) (4).

Эффективному лечению ЭД при постоянном длительном приеме Виагры способствуют выявленные в ходе клинического применения такие свойства, как:

- усиление кровотока в сосудах полового члена и кавернозной ткани, активизация выделения эндотелиальной NO-синтазы;
- стабилизация параметров клеточного энергообмена;
- нивелирование дисбаланса про- и антиоксидантных систем ор-

ганизма;

- препятствие стрессорным и ишемическим изменениям гладкомышечных структур.

Антистрессорный эффект (препятствие для изменений параметров клеточного энергообмена) Виагры позволяет предотвращать адренергические феномены во время полового акта.

На фоне ежедневного приема 50 мг Виагры на ночь в течение 1 года вне зависимости от половой активности после отмены препарата наблюдается нормализация индекса МИЭФ у 58,8% больных, в 1,5 с лишним раза увеличивается пиковая систолическая скорость кровотока в артериях полового члена, 80% больных сообщают о нормализации половой функции (6). Эти данные позволяют рассматривать Виагру не только как эффективный модулятор эрекции, обладающий «одноразовым» действием, а как достойное лекарственное средство, позволяющее излечивать больных от эректильной дисфункции.

О том, насколько в самом деле широк диапазон применения Виагры в современной клинической практике, свидетельствует далеко не полный список заболеваний, не связанных с ЭД, при которых этот препарат способен оказать свое эффективное лечебное действие:

- высотная («горная») болезнь;
- легочная гипертензия;
- болезнь Рейно;
- последствия инфаркта миокарда и мозгового инсульта;
- ирритативные симптомы вследствие ишемических изменений органов таза (гиперактивный мочевого пузыря, аденома простаты, интерстициальный цистит);
- почечная колика;
- нарушения эякуляции;
- профилактика грубых рубцовых последствий операций по поводу болезни Ла Пейрони;
- нарушения маточно-плацентарного кровообращения при угрозе преждевременных родов и неуспехе экстракорпорального оплодотворения у женщин.

Особое место в терапии ЭД занимает оценка риска активизации половой жизни с позиций усугубления имеющихся соматических за-



болеваний. Этот вопрос всегда был и остается ключевым у пациентов зрелого, пожилого и старческого возраста. Достаточно вспомнить, что 84% больных ЭД – это больные терапевтического профиля с неблагоприятным фоном сопутствующих заболеваний. На первом месте среди них стоят сердечно-сосудистые. У больных артериальной гипертензией, принимающих гипотензивные средства, следует проявлять осторожность в связи с возможностью развития гемодинамических нарушений. Особо это касается альфа-1-адреноблокаторов, которые, согласно инструкциям, нежелательно сочетать с Сиалисом и Левитрой, принимать с осторожностью в сочетании с Виагрой, особое внимание уделяя титрованию дозы адреноблокатора. Кроме больных артериальной гипертензией аналогичные ограничения приобретают пациенты, принимающие альфа-1-адреноблокаторы по поводу аденомы простаты.

У больных ишемической болезнью сердца, не принимающих постоянно органические нитраты, Виагра способна улучшать коронарное кровообращение. Она увеличивает время предположительного возникновения болевого приступа в 2 раза, время до приступа загрудинной боли, заставляющего ограничить физическую нагрузку почти в 4 раза, а при возникшем приступе на 30% увеличивает время до снижения сегмента ST электрокардиограммы, являющегося признаком ишемии миокарда. Тем не менее оценка кардиального риска активизации сексуальной жизни остается одним из ключевых вопросов выбора рациональной терапии ЭД. Если риск низкий (хорошо компенсированная АГ, легкая стабильная стенокардия, состояние после успешной реваскуляризации миокарда, неосложненный инфаркт миокарда в анамнезе давностью 1,5-2 месяца, легкий компенсированный порок сердца, дисфункция левого желудочка, хроническая сердечная недостаточность 1-го функционального класса по NYHA), пациенту может быть рекомендовано лечение ингибиторами ФДЭ-5 под наблюдением врача. Высокий

риск (нестабильная или рефрактерная к терапии стенокардия, некомпенсированная АГ, среднетяжелый или тяжелый клапанный порок сердца, инфаркт миокарда, перенесенный ранее 2 недели, гипертрофическая обструктивная и другие виды кардиомиопатий, дисфункция левого желудочка, хроническая сердечная недостаточность III-IV функционального класса по NYHA) исключает повышение сексуальной активности во избежание тяжелых осложнений вплоть до летального исхода. Больные промежуточного риска нуждаются в комплексном обследовании, при необходимости в лечении кардиологом для перехода в группу низкого риска, когда лечение ЭД ингибиторами ФДЭ-5 является безопасным.

При всех перечисленных преимуществах и «заслугах» Виагры и других ингибиторов ФДЭ-5, они не могут считаться универсальными для всех больных ЭД. Окись азота NO, будучи одним из универсальных медиаторов организма, играет двоякую роль. Связываясь с гемопroteинами и, в частности, с гемсодержащим ферментом гуанилатциклазой, она обуславливает клеточные эффекты – расслабление гладкомышечных клеток сосудов и кавернозных тел, способствуя эрекции. Избыток NO, вступая в реакцию с супероксиданионом, образует оксиданты, пероксиданты и гидроксил-радикалы, которые обладают повреждающим действием на липиды, белки и нуклеиновые кислоты. Ингибиторы ФДЭ-5 предотвращают распад цГМФ, при их одновременном приеме с органическими нитратами возможно повышение уровня цГМФ, достаточное для развития тяжелых и, прежде всего, гемодинамических осложнений. Поэтому постоянный прием органических нитратов, как самого частого компонента антиангинальной терапии ИБС, является абсолютным противопоказанием для применения ингибиторов ФДЭ-5. Поэтому разработка и внедрение лекарственных средств, которые могут безопасно сочетаться с донаторами NO, стало перспективным направлением патофизиологии, биохимии и фармакологии.

К таким средствам относится Импаза – антитела к человеческой NO-синтазе в сверхмалых дозах, которая активизирует эндотелиальную NO-синтазу организма и способствует адекватной выработке окиси азота и цГМФ. Будучи антигеном, она также вызывает выработку вторичных антител к антителам к NO-синтазе, которые инактивируют собственные первичные антитела к ней, вырабатываемые организмом, что также активизирует NO-синтазу. Наш опыт применения Импазы у больных ЭД (1) показал улучшение эректильной функции у 92,6% больных. В основном, это были пациенты с легкой и среднетяжелой ЭД, когда ингибиторы ФДЭ-5 противопоказаны. Увеличение индекса в разделе эректильной функции от +1 до +5 наблюдали у 66%, от +6 до +10 у 34% больных. Улучшение оргазма отметили 51,8% больных, прирост индекса в этом разделе +1+3 наблюдали у 64%, +4+5 у 36% больных. Повышение либидо имело место у 48% больных, преобладало небольшое увеличение индекса (+1+2) в 75% наблюдений, +3+4 – в 25%. Улучшение удовлетворенности половым актом отметили 82% больных: прирост индекса +1+4 имел место в 77%, +5+9 – в 23% наблюдений. Улучшение общей сексуальной удовлетворенности отметили 74% больных. Следует отметить, что улучшение сексуальной функции не зависело от возраста и в большей степени касалось больных начальными и среднетяжелыми формами ЭД (1).

И.И. Гарпинченко и Я.О. Миросников изучили катамнестическую эффективность Импазы через 6 месяцев после отмены препарата. В своих исследованиях они показали, что у 75% больных наблюдается стабильная эректильная функция с регулярной половой жизнью без необходимости приема препаратов и колебаниями суммарного индекса МИЭФ +/- 10%. Частично стабильная эректильная функция с необходимостью иногда прибегать к приему препаратов имела место у 12,5% больных. Остальные 12,5% оценивали эректильную функцию как нестабильную со снижением индекса МИЭФ на 10-30% (2). ➡

# ИМПАЗА

## ЕСТЕСТВЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МУЖСКОЙ СИЛЫ

содержит сверхмалые дозы  
антител к эндотелиальной NO-синтазе

способствует:

- ВОССТАНОВЛЕНИЮ  
ПОТЕНЦИИ
- ПОВЫШЕНИЮ ЛИБИДО
- РЕГУЛЯЦИИ  
ТОНУСА СОСУДОВ
- ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ  
ВО ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ  
ГРУППАХ
- ПОВЫШАЕТ  
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ



Таким образом, оценка катамнестической эффективности Импазы показала стабильный пролонгированный эффект в уверенности возникновения, достижения эрекции, достаточной для осуществления coitus, удовлетворенности половым актом. Способность поддержания эрекции была менее стабильной. Положительным фактом было подтвержденное ультразвуковыми доплеровскими исследованиями улучшение кавернозного кровообращения. Еще одним положительным эффектом Импазы, отмеченным в ходе исследований, было умеренное повышение уровня сывороточного тестостерона в ходе терапии, что, бесспорно, важно у пациентов с развитием ЭД на фоне андрогенного дефицита.

Таким образом, у больных ЭД на фоне постоянного приема органических нитратов, когда ингибиторы ФДЭ-5 противопоказаны, наиболее рационально применение Импазы. Она обладает лечебным действием, улучшающим функцию эндотелия сосудов, в терапии ЭД может сочетаться с постоянным приемом органических нитратов, эффективна во всех возрастных группах больных без каких-либо побочных эффектов и привыкания, обладает достаточной катамнестической эффективностью и для улучшения эффекта может сочетаться с другими лекарственными препаратами.

Андрогенный дефицит, развивающийся с возрастом, несомненно, откладывает негативный отпечаток на эффективность лекарственной терапии ЭД, в том числе и ингибиторами ФДЭ-5. Недостаток тестостерона резко снижает libido, лишая больного сексуальной мотивации на фоне повышенной утом-

ляемости, бессонницы, депрессии с потерей интереса к жизни, способностей и стремления к познанию, значительного снижения качества жизни. Предварительное (до начала приема ингибиторов ФДЭ-5) 3-месячное лечение препаратами тестостерона способно нивелировать эти отрицательные явления и повысить эффективность дальнейшей продолженной сочетанной терапии на 50% (3).

Неоднозначное отношение врачей и пациентов к третьей группе препаратов для терапии ЭД – лекарствам растительного происхождения. Интерес к ним в современном обществе достаточно велик по ряду причин:

1) Низкое материальное благосостояние большинства больных не позволяет приобретать дорогостоящие лекарства химической природы.

2) Близость растительных препаратов к средствам «традиционной» народной медицины.

3) Стремление общества компенсировать недостатки медицинской помощи безудержной пропагандой самолечения народными средствами, которая отчетливо прослеживается в большинстве средств массовой информации.

4) Мнение большинства больных, что растительное сырье не обладает «токсичностью» лекарств химического происхождения.

5) Рекламируемое многогранное действие растительных средств.

6) Относительно невысокая цена препаратов растительного происхождения.

7) Возможность относительно простого проникновения этих средств на фармацевтический рынок в виде биологически активных

пищевых добавок (БАД), для регистрации и разрешения на торговлю которыми не требуется заключения специалистов фармакологического комитета и высоко квалифицированных врачей, достаточно разрешения от специалистов пищевой промышленности.

8) Агрессивная и далеко не всегда добросовестная рекламная политика производителей и распространителей.

9) Продажа препаратов, якобы недоступных простым смертным, в аптечной сети, структурами сетевого маркетинга.

Наибольшей эффективностью в лечении ЭД, бесспорно, обладают ингибиторы ФДЭ-5, суммарно ее можно оценить более чем 80% при любой степени тяжести ЭД. Следом за ними Импаза, ее суммарная эффективность в зависимости от тяжести ЭД 50-70%. Последнее место по эффективности занимают растительные препараты, положительный эффект которых менее 50%. Это эффективность на деле. На словах – в рекламе все с точностью до наоборот. Если компании, выпускающие ингибиторы ФДЭ-5 и Импазу, в своей рекламной политике основное внимание уделяют образовательным программам, направленным на повышение квалификации широкого круга урологов, практических врачей смежных специальностей и провизоров, организуют горячие телефонные линии, иногда демонстрируют видеоролики на телевидении, то производители растительных средств поступают по-другому. Их реклама обращена не к врачам-специалистам, которые в большинстве знают цену их продукции, а к больным, не ориентированным в сущности и истории вопроса. Для этого появляются многочисленные тенденциозные публикации в Интернете, низкопробные, порой продолжительные телепередачи с участием относительно грамотных менеджеров, суть которых в максимальном привлечении покупателей своего «чудо-продукта», реализация которого только через фирму-распространителя.

Особо следует подчеркнуть, что среди растительных препаратов практически ничего нового по

**У больных ЭД на фоне постоянного приема органических нитратов, когда ингибиторы ФДЭ-5 противопоказаны, наиболее рационально применение Импазы. Она обладает лечебным действием, улучшающим функцию эндотелия сосудов, в терапии ЭД может сочетаться с постоянным приемом органических нитратов, эффективна во всех возрастных группах больных без каких-либо побочных эффектов и привыкания, обладает достаточной катамнестической эффективностью и для улучшения эффекта может сочетаться с другими лекарственными препаратами.**

сравнению с XX веком, когда не было ингибиторов ФДЭ-5, не предложено. Главными компонентами растительных и других подобных препаратов являются корень женьшеня, китайский лимонник, кора йохимбе, грибы Кордицепс и Линджи, листья гинкго билоба, панты оленя и многое, многое другое. Именно ими (а распространители это скрывают или не учитывают этого) издавна лечили больных ЭД, не получая в большинстве случаев ощутимых результатов. Именно их назначали для терапии ЭД до появления Виагры и говорили, что болезнь в большинстве случаев неизлечима. Более того, прием таких средств может привести к нежелательным побочным эффектам: ухудшению течения артериальной гипертензии, состоянию повышенного возбуждения, бессоннице, усугублению сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний вплоть до инфаркта миокарда и мозгового инсульта, аллергическим реакциям в связи с непереносимостью какого-либо из компонентов препарата. Самым основным отрицательным действием таких средств является отсутствие или недостаточность столь ожидаемого благотворного восстановления сексуальной функции.

Особенностью такого рода препаратов, помимо слабого действия, является необходимость длительного постоянного или курсового приема, значительное количество нежелательных побочных эффектов, иногда тщательно скрываемых производителями, реализация препаратов без предварительного врачебного осмотра и обследования на основе телефонных консультаций и, бесспорно, полное отсутствие врачебного контроля за ходом и эффективностью лечения. Ни для кого не секрет, что за рубежом для повышения эффективности подоб-

ных БАДов в них добавляют силденафил цитрат (Виагру), что опасно у кардиальных больных, принимающих нитраты.

Не хотелось бы создать впечатление огульной критики растительных препаратов для терапии ЭД. Среди них, бесспорно, есть эффективные и достойные внимания специалиста. Как правило, это средства, позитивный эффект от применения которых оценили в ведущих лечебных учреждениях нашей страны. Примером такого эффективного и безопасного средства может служить «Золотой конек». Его успешно применили в ведущих урологических учреждениях Москвы, Башкортостана, Чувашии, Удмуртии и других регионов. По оценке специалистов, он является эффективным и безопасным средством терапии ЭД у больных с сопутствующей аденомой простаты и хроническим простатитом, у пациентов с последствиями радиационного облучения, воздействием неблагоприятных экологических факторов, у лиц пожилого и старческого возраста при легкой и средней степени выраженности ЭД.

Наши последние исследования позволили положительно оценить недавно появившийся препарат «Ликопрофит потенциал формула», который, обладая достаточно мягким действием при постоянном приеме как добавки к пище, позволяет у 75% больных, которым другое лечение противопоказано, добиться улучшения эрекции на основе активизации кавернозного кровообращения, повысить libido, добиться улучшения сексуального удовлетворения и улучшения качества жизни при отсутствии нежелательных побочных эффектов.

Подводя итоги возможностей лекарственной терапии ЭД, следует подчеркнуть, что сегодня препаратами основного выбора в лечении,

бесспорно, являются ингибиторы ФДЭ-5, единственным препятствием для применения которых являются повышенный кардиальный риск активизации сексуальной функции и постоянный вынужденный прием органических нитратов. В этих случаях более мягким и безопасным действием обладает Импаза, сравнимая по эффективности с Виагрой, Сиалисом и Левитрой. Она может применяться с ними совместно в особо тяжелых случаях для взаимного усиления эффекта. При длительном приеме эти средства способны у ряда больных привести к восстановлению и нормализации сексуальной функции.

Растительные препараты следует считать менее эффективными, но, безусловно, требующими внимания для пристального изучения, компетентной оценки их эффективности и безопасности, выделения группы средств, постоянное применение которых возможно у соматически ослабленных больных, в пожилом и старческом возрасте, а также для усиления эффекта средств общепринятой терапии ЭД.

Следует категорически осудить наблюдаемые сегодня пагубные тенденции к самолечению, как опасные развитием тяжелых осложнений. Каждый эффективный лекарственный препарат, будь то лекарство химического природы, средство, близкое к гомеопатическим препаратам, растительный лечебный комплекс на основе знания широким кругом врачей-специалистов должен найти свое заслуженное место в арсенале средств терапии ЭД. Только тогда на основе повышения эффективности и безопасности медикаментозного лечения может быть сделан реальный вклад в повышение качества жизни наших больных – решение одной из задач медицины XXI века. 

## Литература

1. Борисов В.В., Демерза Ю.А., Трапиров Э.В. Особенности лечения больных эректильной дисфункцией // Вестник семейной медицины. 2006; 7: 42.
2. Гарпинченко И.И., Мирошников Я.О. Препарат Импаза в терапии эректильной дисфункции: 6-месячный катанез. // Здоровье мужчины. 2003; 34.
3. Руденко Б.П. Комбинированная терапия эректильной дисфункции. Диссертация канд. мед. наук. 2006.
4. Hatzichristou D, Vardi I., Papp G, Basson B., Koprnicki V. Effect of Tadalafil on sexual timing behaviour patterns in men with erectile dysfunction: integrated analysis of randomized placebo controlled trials. European // Urology Supplements. 2005; 4, 3, 138.
5. Levinson I. Effective treatment with Viagra (sildenafil citrate) is associated with reduced bother in men with erectile dysfunction, European // Urology Supplements. 2005; 4, 3, 139.
6. Sommer F., Engelman U., Theodor G. Improved spontaneous erectile function in men with mild-to-moderate arteriogenic erectile dysfunction treated with a nightly dose of sildenafil for one year: a randomized trial. Asian J. // Andrology, 2007; 9(1); 134.

Л.А. СИНЯКОВА,  
д.м.н., профессор,

И.В. КОСОВА  
РМАПО, Москва

# Терапия гиперактивного мочевого пузыря у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

*Нарушение акта мочеиспускания – одна из наиболее частых жалоб, являющихся основанием для обращения к урологу. Следует отметить, что распространенность расстройств мочеиспускания прямо пропорциональна возрасту больных, причем наиболее подвержены подобным расстройствам пациенты старше 50 лет. Симптомы гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) встречаются у большинства пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), и зачастую являются основной причиной ухудшения качества жизни данной категории больных (1).*

**Г**иперактивный мочевой пузырь – это симптомокомплекс «наполнения», включающий ургентное мочеиспускание с или без ургентного недержания мочи, сопровождающийся учащенным мочеиспусканием и ноктурией (таблица 1) (2).

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Исследование EPIC – популяционное, мультицентровое исследование по изучению распространенности СНМП и ГАМП с использованием ICS дефиниций от 2002 г., в основном было посвящено изучению встречаемости симптомов нижних мочевых путей, гиперактивного мочевого пузыря и различных видов недержания мочи. Исследование проводилось с апреля по декабрь 2005 г., с участием 5 стран, всего было включено 19165 пациентов в возрасте старше 18 лет. Это самое большое на сегодняшний день по-

пуляционное исследование (3).

В исследовании было продемонстрировано, что встречаемость симптомов ГАМП была примерно одинаковая у мужчин и женщин: 10,8 и 12,8% соответственно, причем с возрастом отмечается нарастание симптоматики; проявления ГАМП у пациентов в возрасте старше 40 лет выявлены уже у 13,9%: 13,1% у мужчин и 14,6% у женщин (рисунок 1).

Учащенное мочеиспускание, ургентность, недержание мочи значительно ухудшают качество жизни пациентов, что было подтверждено и в этом популяционном исследовании: у пациентов, имеющих ГАМП, депрессивные состояния встречались гораздо чаще по сравнению с контрольной группой.

В целом один или более симптомов, характерных для СНМП, выявлены у 64,3% пациентов: 62,5% мужчин и 66,6% женщин. Симптомы «наполнения» встречались более часто как у мужчин (51,3%), так и у женщин (59,2%). Ноктурия была наиболее частым симптомом в обеих группах (рисунок 2). У мужчин, при исключении ноктурии из симптомов «наполнения», процентное соотношение симптомов «наполнения» и симптомов «опорожнения» становится примерно одинаковым: 26,9% и 25,7%.

Инконтиненция у мужчин с симптомами ГАМП имела место в 28,7% случаев, в большинстве случаев являлась ургентной (рисунок 3).

Таким образом, исследование EPIC показало, что симптомы ГАМП встречаются одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Однако

распространенность ГАМП увеличивается с возрастом, при этом у женщин чаще встречается в возрасте до 60 лет, у мужчин после 60 лет. Полученные данные подтверждают более ранние эпидемиологические исследования – SIFO и NOBEL (4,5). Распространенность симптомов ГАМП в EPIC исследовании (11,8%) была несколько ниже, чем в SIFO (16,6%) и NOBEL (16,5%). Это объясняется разными методологическими подходами во всех 3 исследованиях.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА РАЗВИТИЯ ГАМП НА ФОНЕ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Симптомы ГАМП у мужчин встречаются достаточно часто (11-16%) (5) и влияют не только на качество сна (ноктурия), но и на социальную и личную жизнь пациента (6). Примерно 83% больных считают симптом ноктурии доминантным фактором, значительно снижающим качество жизни (25). Кроме того, симптомы ГАМП зачастую сочетаются с имеющейся у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, что значительно усложняет лечение этой категории больных. Дисфункция детрузора и заболевания предстательной железы в большинстве случаев имеют сходную клиническую симптоматику, проявляющуюся ургентностью, ургентной инконтиненцией, учащенным мочеиспусканием (25).

Как было сказано выше, к СНМП относятся симптомы «наполнения», «опорожнения» и постмикционные

Таблица 1. Клинические проявления СНМП и симптомов «наполнения» при ГАМП

Симптомы «наполнения»	Симптомы «опорожнения»	Постмикционные симптомы
Ургентность	Слабая струя мочи	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря
Учащенное мочеиспускание	Расщепление или разбрызгивание струи мочи	Дриблинг после мочеиспускания
Ноктурия	Прерывистость мочеиспускания	
Ургентное недержание мочи	Напряжение при мочеиспускании	
Другие типы недержания мочи		

СНМП – симптомы нижних мочевых путей; ГАМП – гиперактивный мочевой пузырь

симптомы (таблица 1). К симптомам ГАМП относятся только симптомы «наполнения».

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы приводит к развитию инфравезикальной обструкции, что характеризуется повышением детрузорного давления и снижением потока мочи (2). Инфравезикальная обструкция может быть обусловлена двумя компонентами: статическим (увеличением объема железы) и динамическим (повышением тонуса гладкой мускулатуры), на каждый из которых можно воздействовать медикаментозно (7).

Инфравезикальная обструкция в конечном итоге приводит к ишемии детрузора (8) или холинергической денервации детрузора (9), что в свою очередь обуславливает его гиперактивность.

Гиперактивность детрузора – это уродинамически подтвержденное состояние, характеризующееся наличием произвольных сокращений детрузора (спонтанных или спровоцированных) в фазу наполнения (2), что зачастую является симптомом ГАМП (10). Таким образом, инфравезикальная обструкция и детрузорная гиперактивность могут как сопутствовать друг другу, так и существовать при отсутствии причинно-следственной связи между собой, так что мужчины с симптомами ГАМП могут не иметь инфравезикальной обструкции (11).

### ЛЕЧЕНИЕ

Основным вопросом в определении лечебной тактики больных при сочетании инфравезикальной обструкции, обусловленной ДГПЖ, и ГАМП является эффективность и безопасность применения антихолинергических препаратов.

В настоящее время антагонисты селективных  $\alpha_1$ -адренорецепторов (доксазозин, terazозин, альфузозин, тамсулозин) являются препаратами первой линии лечения СНМП у мужчин. Эти препараты расслабляют гладкую мускулатуру шейки мочевого пузыря и таким образом снижают резистентность детрузора (12). Эффективность использования  $\alpha$ -адреноблокаторов для лечения расстройств функции нижних мочевых путей не может объясняться только вышеуказанным механизмом. Е.Л. Вишневский доказал в своей работе, что воздействие  $\alpha$ -адреноблокаторов (в частности, препарата альфузозин) на детрузор проявляется также в прямом антигипоксическом эффекте препарата на мочевой пузырь, что приводит к улучшению его адаптационных возможностей. Изучив патогенез различных расстройств мочеиспускания, автор убедительно показал, что у больных ДГПЖ выявляются наслаивающиеся на уретральную обструкцию изменения, которые схематически можно представить в виде следующей цепи взаимосвязанных процессов: общие нарушения микроциркуляции (МКЦ), в т. ч. в мочевом пузыре → циркуля-

торная гипоксия мочевого пузыря → торможение процесса расслабления детрузора с уменьшением резервуарной функции мочевого пузыря → ирритативный компонент расстройств мочеиспускания. Запуск указанной цепи осуществляется на уровне микроциркуляторного русла (17, 18).

Для лечения ноктурии у больных СНМП на фоне ДГПЖ в настоящее время единственным  $\alpha$ -блокатором с доказанной эффективностью в отношении ночных мочеиспусканий является Омник ОСАС – тамсулозин с замедленной формой высвобождения, препарат рекомендуется к применению европейскими экспертами (26).

Следует отметить, что  $\alpha$ -блокаторы продемонстрировали весьма скромные результаты в лечении больных ГАМП (13).

**Ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы** (финастерид, дутастерид) ингибируют трансформацию тестостерона в 5 $\alpha$ -дегидротестостерон и также применяются в лечении СНМП у мужчин. Снижение уровня дегидротестостерона индуцирует клеточный апоптоз и атрофию клеток железы, что приводит к уменьшению размеров железы (12). Ингиби-

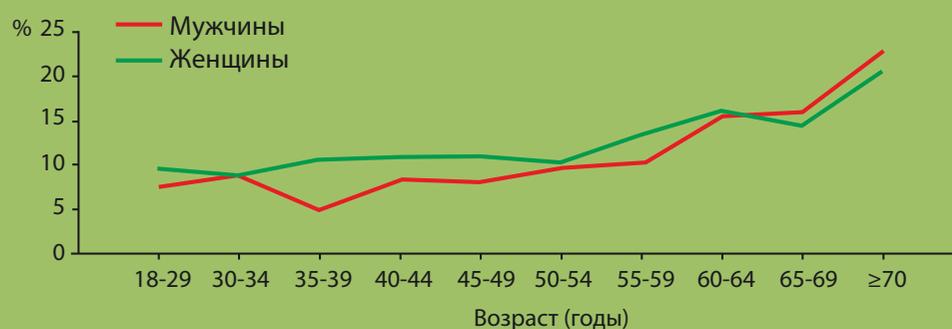


Рисунок 1. Распространенность симптомов ГАМП по возрастным группам

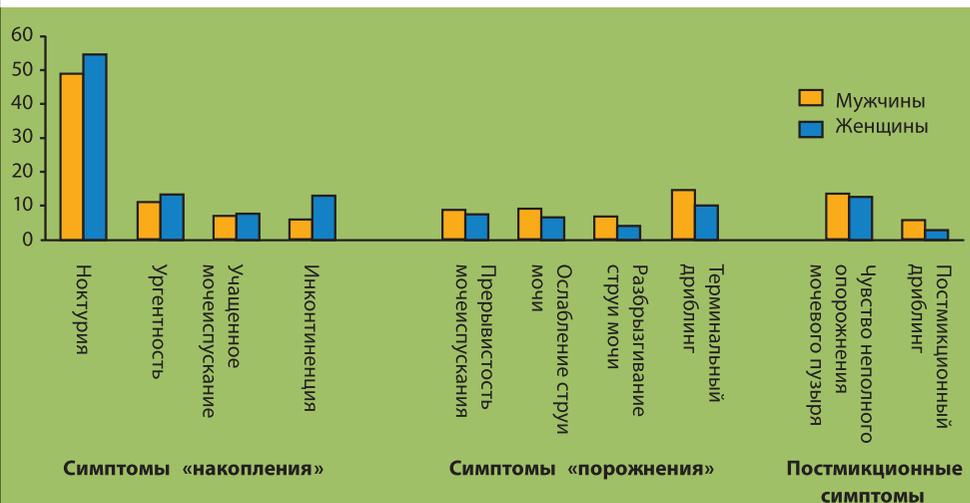


Рисунок 2. Распространенность симптомов ГАМП в обеих группах

торы 5 $\alpha$ -редуктазы в меньшей степени, чем  $\alpha$ -блокаторы уменьшают симптомы гиперактивности у этой категории больных.

Альфа-блокаторы в сочетании с ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы являются эффективными препаратами в лечении симптомов «опорожнения» СНМП, однако в большинстве случаев не эффективны в лечении симптомов «наполнения». Ряд исследований показывает, что применение  $\alpha$ -блокаторов в сочетании с ТУР простаты не приводят к избавлению больного от ургентности, учащенного мочеиспускания и ургентного недержания мочи (13, 14). Среди пациентов, страдающих СНМП и уродинамически подтвержденной инфравезикальной обструкцией и детрузорной гиперактивностью, только 35% от-

метили улучшение после 3 месяцев лечения доксазозином (13). Кроме того, у 87% больных с детрузорной гиперактивностью и инфравезикальной обструкцией сохраняются симптомы ГАМП в течение длительного времени после выполнения оперативного вмешательства (ТУР) (15).

В настоящее время, как показали многочисленные исследования, при наличии ГАМП урологи чаще всего назначают препараты для лечения СНМП, т.е.  $\alpha$ -блокаторы и ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы. Так пациентам с ГАМП без симптомов инфравезикальной обструкции в 61% случаев урологи не назначают лечения вообще, в 22% назначают только  $\alpha$ -блокаторы или только ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы, в 11% пациенты получают только антиму斯卡ри-

новые препараты, и 6% пациентов принимают как антиму斯卡риновые препараты, так и  $\alpha$ -блокаторы и ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы (16). Основная причина такого ограниченного применения антиму斯卡риновых препаратов у больных с сочетанием симптомов обструкции и гиперактивности является снижение тонуса и контрактильной способности детрузора на фоне применения антихолинергических препаратов и сопутствующей инфравезикальной обструкции, что может привести к задержке мочеиспускания. Однако полученные результаты проведенных исследований по применению толтероидина, оксибутина и т.д. у данной категории больных диктуют необходимость пересмотра этих положений.

Плацебо-контролируемые и сравнительные исследования показали, что добавление антихолинергических препаратов к традиционной терапии пациентов с сопутствующей инфравезикальной обструкцией (при небольшой и умеренной степени обструкции) безопасно и вероятность острой задержки мочеиспускания низка (19-21).

Abrams и соавт. в многоцентровом слепом двойном плацебо-контролируемом исследовании применения толтероидина немедленного высвобождения 2 мг два раза в день для лечения 221 мужчин в возрасте старше 40 лет, страдающих ГАМП в сочетании с подтвержденными уродинамически инфравезикальной обструкцией и гиперактивностью детрузора, показали, что за время наблюдения (12 недель) не было выявлено статистически значимых изменений скорости потока мочи, давления детрузора или объема остаточной мочи. Кроме того, ни у одного пациента не наступило острой задержки мочеиспускания (22).

Сходные результаты у аналогичной группы больных получили Kaplan и соавт. при применении толтероидина с замедленным высвобождением в течение 6 месяцев лечения, при этом частота мочеиспусканий уменьшилась с 9,8 до 6,3 раз в день, ноктурия – с 4,1 до 2,9 эпизодов за ночь, увеличение скорости потока мочи – с 9,8 до 11,2 мл/с., снижение

**Ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы в меньшей степени, чем  $\alpha$ -блокаторы уменьшают симптомы гиперактивности у этой категории больных.**

**ГАМП является достаточно часто встречаемым симптомокомплексом, проявления которого значительно снижают качество жизни больных, особенно при наличии сопутствующей инфравезикальной обструкции. Проведенные исследования показали, что применение антиму斯卡риновых препаратов для лечения симптомов ГАМП на фоне инфравезикальной обструкции не увеличивает риск развития острой задержки мочеиспускания.**

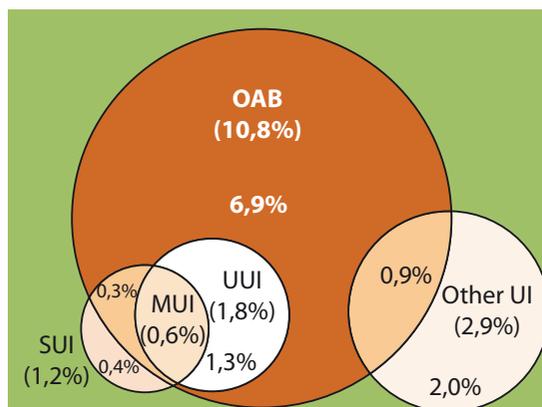
объема остаточной мочи – с 97 до 75 мл, ни у одного пациента не развилась острая задержка мочеиспускания (23).

Значительное снижение количества мочеиспусканий и urgencyности было достигнуто у пациентов с симптомами ГАМП и ноктурией в другом исследовании, и также ни у одного больного не наступило задержки мочеиспускания (24).

Д.Ю. Пушкарем и соавторами представлены данные исследования, включавшего 123 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с клиническими проявлениями гиперактивного мочевого пузыря. Комбинированная терапия  $\alpha$ -адреноблокатором альфузозином (Дальфаз-СР, 10 мг/сут.) и холинолитиком оксбутинином (Дриптан, 15 мг/сут.), проводившаяся в течение 8-12 месяцев, значительно уменьшала у указанной категории больных проявления императивных расстройств мочеиспускания, что приводило к существенному улучшению качества их жизни. По-

лученные данные свидетельствуют, что при отсутствии выраженных признаков инфравезикальной обструкции у пациентов с ДГПЖ и клиническими проявлениями ГАМП может с успехом применяться комбинированная терапия  $\alpha$ -адреноблокаторами и антихолинергическими препаратами (1).

Таким образом, ГАМП является достаточно часто встречаемым симптомокомплексом, проявления которого значительно снижают качество жизни больных, особенно при наличии сопутствующей инфравезикальной обструкции. Проведенные исследования показали, что применение антимускариновых препаратов для лечения симптомов ГАМП на фоне инфравезикальной обструкции не увеличивает риск развития острой задержки мочеиспускания. Однако требуется проведение многоцентровых рандомизированных исследований с более длительным сроком лечения и использованием других антимускариновых препаратов (оксибутинина, дарифенацина, солифенаци-



**Рисунок 3. Распространенность симптомов ГАМП и различных видов инконтиненции у мужчин**

OAB – гиперактивный мочевой пузырь;  
UUI – ургентная инконтиненция;  
MUI – смешанная форма инконтиненции;  
SUI – стрессовое недержание мочи;  
Other UI – другие виды инконтиненции.

на), которые позволяют нам сделать окончательные выводы об эффективности и безопасности антимускариновых препаратов для лечения этой категории больных (25).

## Литература

- Тевлин К.П., Пушкарь Д.Ю. Комбинированное лечение пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с клиническими симптомами гиперактивного мочевого пузыря: альфа-адреноблокаторы и антихолинергические препараты. Фарматека. 2007; № 10. С.125
- Abrams P, Cardozo L, Fall M. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society, Urology, 2003; 61: 37-49.
- Milsom J, Irwin D.E. A cross-sectional, population-based, multinational study of the prevalence of overactive bladder and lower urinary tract symptoms: results from the EPIC study. European Urology Suppl 6 (2007) 4-9.
- Milsom J, Abrams P, Cardozo L. et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. BJU Int 2001; 87: 760-6.
- Stewart W.F., Van Rooyen J.B., Cundiff G.W. et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. World J Urol 2003; 20: 327-36.
- Coyne K.S., Payne C., Bhattacharya S.K. et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. Value Health. 2004; 7: 455-63.
- Ziada A., Rosenblum M., Crawford E.D. Benign prostatic hyperplasia: an overview. Urology 1999; 53 (3 suppl 3a): 1-6.
- Greenland J.E., Brading A.F. The effect of bladder outflow obstruction on detrusor blood flow changes during the voiding cycle in conscious pigs. J Urol. 2001; 165: 245-8.
- Harrison S.C., Hunnam G.R., Farman P. et al. Bladder instability and denervation in patients with bladder outflow obstruction. Br J Urol. 1987; 60: 519-22.
- Hyman M.J., Groutz A., Blavis J.G. Detrusor instability in men: correlation of lower urinary tract symptoms with urodynamic findings. J Urol. 2001; 166: 550-2
- Fusco F., Groutz A., Blavis J.G. et al. Videourodynamic studies in men with lower urinary tract symptoms: a comparison of community based versus referral urological practices. J Urol. 2001; 166: 910-3.
- Chapple C.R. Pharmacological therapy of benign prostatic hyperplasia/lower urinary tract symptoms: an overview for the practising clinician, BJU Int. 2004; 94: 738-44.
- Lee J.Y., Kim H.W., Lee S.J. et al. Comparison of doxazosin with or without tolterodine in men with symptomatic bladder outlet obstruction and overactive bladder. BJU Int. 2004; 94: 817-20.
- Ignjatovic I. Symptoms and urodynamics after unsuccessful transurethral prostatectomy. Int Urol Nephrol. 2001; 32: 655-8.
- Thomas A.W., Cannon A., Bartlett E., Ellis-Jones J., Abrams P. Long-term urodynamic follow-up of TURP: a study of the prevalence of detrusor instability, J Urol. 1999; 161:257.
- Jumadilova Z., Harris H., del Aguila M. et al. Agent selection for overactive bladder patients with and without documented comorbid benign prostatic hyperplasia (read by title). Paper presented at: International Continence Society; 28 August-2 September 2005; Montreal Q.C., Canada.
- Лоран О.Б., Вишневецкий Е.Л., Вишневецкий А.Е. Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты  $\alpha$ -адреноблокаторами. Монография. М., 1998.
- Вишневецкий Е.Л., Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Петров С.Б. Обструктивная ноктурия. Москва, АНМИ, 2007.
- Staskin D.R. Overactive bladder in the elderly: a guide to pharmacological management. Drugs Aging 2005; 22 (12): 1013-28.
- Siddiqui M.A., Perry C.M., Scott L.J. Oxybutynin extended-release: a review of its use in the management of overactive bladder. Drugs 2004; 64 (8): 885-912.
- Athanasopoulos A., Gyftopoulos K., Giannitsas K. et al. Combination treatment with an alpha-blocker plus an anticholinergic for bladder outlet obstruction: a prospective, randomized, controlled study. J Urol. 2003; 169 (6): 2253-56.
- Abrams P., Kaplan S.A., De Koning Gan H.J., Millard R. Safety and tolerability of tolterodine for the treatment of overactive bladder in men with bladder outlet obstruction. J Urol. 2006; 175: 999-1004.
- Kaplan S.A., Walmsley K., Te A.E. Tolterodine extended release attenuates lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2005; 174: 2273-6.
- Kaplan S., Roehrborn G., Dmochowski R. et al. Tolterodine extended release improves overactive bladder symptoms in men with overactive bladder and nocturia. Urology. 2006; 68: 328-32.
- Kaplan S.A. New data on tolterodine: do recent findings dispel questions about treating overactive bladder in men? European urology suppl. 6 (2007) 10-16.
- Chapple C.R., Batista J.E., Berges R. et al. The impact of nocturia in patients with LUTS/BPH need for new recommendations. European urology suppl. 5 (2006) 12-18.

Е.В. КУЛЬЧАВЕНЯ,  
Е.В. БРИЖАТЮК,  
А.А. БРЕУСОВ

Новосибирский  
НИИ туберкулеза  
Росмедтехнологий,

Медицинский центр  
«БИОВЭР», Новосибирск

# Новые возможности консервативной терапии больных доброкачественной гиперплазией простаты

*В Российской Федерации в 2000 г. было зарегистрировано 317,9 заболеваний предстательной железы на 100 тыс. мужского населения, подавляющая часть пришла на доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ). По данным Н.А. Лопаткина (1), наблюдается постепенное нарастание частоты ДГПЖ с 11,3% в возрасте 40-49 лет до 81,4% в возрасте 80 лет. До 30% мужчин 40-летнего возраста, доживающих до 80 лет, переносят оперативное лечение по поводу ДГПЖ.*

**С**имптомы нижних мочевых путей при ДГПЖ обусловлены не только экзoфитным ростом аденоматозных узлов и созданием механического препятствия току мочи, но и так называемым «старением» мочевого пузыря. Параллельно процессу гиперплазии ткани простаты развивается расстройство кровообращения в шейке мочевого пузыря. Возникающее состояние гипоксии приводит к снижению уровня тканевого метаболизма, которое, в свою очередь, ведет к уменьшению сократительной способности детрузора (2, 3).

В настоящее время достоверно не известна причина развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы и, следовательно, этиотропное лечение невозможно. В арсенале терапевтических препаратов остаются средства симптоматического действия – это альфа-адреноблокаторы (тамсулозин, альфузозин, доксазозин и теразозин) и патогенетические

препараты. К последним относятся ингибиторы 5- $\alpha$ -редуктазы, гормонопатические и фитопрепараты. Эта группа лекарственных средств не только снимает симптомы обструкции нижних мочевых путей, обусловленные ДГПЖ, но и способствует регрессу патологических изменений простаты. Как правило, все эти препараты требуют длительного приема, некоторые из них, в частности ингибиторы 5- $\alpha$ -редуктазы, не лишены серьезных побочных эффектов.

Недавно на фармацевтическом рынке России появился новый препарат, созданный на основе растительных экстрактов – Индигал. Капсула Индигала содержит индол-3-карбинол (I3C) 90 мг и эпигаллокатехин-3-галлат (EGCG) 15 мг, которые способны блокировать цитокин-зависимые пути стимуляции избыточной клеточной пролиферации. Основным индуктором цитокинового пути регуляции клеточного роста является фактор некроза опухоли TNF- $\alpha$ . Известно, что в больших концентрациях этот цитокин активирует проапоптотические рецептор-опосредованные сигнальные каскады, т.е. останавливает процессы клеточного деления и вызывает физиологическую гибель клеток. Однако в малых дозах он же действует как фактор выживания и пролиферации клеток. Ключевым эффектором этого сигнального пути является ядерный фактор транскрипции NF- $\kappa$ B.

В многочисленную группу генов, экспрессия которых повышается в результате активации данного каскада, входит ген, кодирующий ци-

клоксогеназу-2 (COX-2) – фермент, участвующий в биосинтезе простагландинов (PG) PGE<sub>2</sub> и PGF<sub>2 $\alpha$</sub>  – основных медиаторов воспаления. Этот фермент в нормальных (нетрансформированных) клетках почти никогда не обнаруживается. Однако, подобно другим продуктам экспрессии генов раннего ответа, быстро и транзиторно активируется в ответ на действие провоспалительных медиаторов и митогенных стимуляторов: цитокинов, эндотоксинов, факторов роста, канцерогенов, форболовых эфиров.

В экспериментальных и клинических исследованиях было установлено, что аномально высокий уровень COX-2 сопряжен с канцерогенными процессами в молочной железе, желудочно-кишечном тракте, урогенитальной системе, легких, коже. И, напротив, снижение рецидивов многих опухолей отмечалось при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов – ингибиторов COX-2 (4, 5).

На эпителиальных опухолевых клетках различного происхождения показано, что EGCG в физиологических концентрациях эффективно ингибирует экспрессию COX-2, стимулируемую действием митогенных форболовых эфиров. При этом наблюдалось также ингибирование активности вышестоящих в данном сигнальном каскаде митоген-активируемых протеинкиназ (6, 7).

Согласно современным представлениям, одним из пусковых механизмов апоптоза опухолевых клеток, вызываемого EGCG, является его прооксидантная активность. В то же время с момента

своего открытия и по настоящее время полифенолы зеленого чая и эпигаллокатехин-3-галлат, как самый активный из них, позиционировались, в первую очередь, как сильнейшие антиоксидантные соединения. Известно, что как антиоксидант EGCG в 100 раз более эффективен, чем витамин С, и в 25 раз более эффективен, чем витамин Е ( $\alpha$ -токоферол). Антиоксидантная природа катехинов обусловлена самой их химической структурой, а именно обилием в их составе гидроксильных групп, превращающих данные соединения в молекулярные “ловушки” повреждающих клетки свободных радикалов.

Экспериментально установлено, что индол-3-карбинол индуцирует экспрессию рецепторов гамма-интерферона (IFN $\gamma$ ) и, таким образом, существенно повышает чувствительность клеток к противовирусному и противоопухолевому действию эндогенного интерферона (8).

Снижение активности андрогеновых рецепторов и ростовых факторов, модификация маркеров воспаления и ингибирование сигнальных каскадов приводят к торможению клеточной пролиферации и индукции апоптоза и составляют биохимический базис для объяснения противоопухолевых свойств эпигаллокатехин-3-галлата, нетоксичного для организма, проявляющегося при раке предстательной железы (9).

Таким образом, Индигал способен оказывать патогенетическое действие на аденому простаты, восстанавливая нарушенные процессы апоптоза, предотвращая избыточную пролиферацию клеток, одновременно защищая здоровые клетки от оксидативного стресса и купируя воспаление, неизбежно сопутствующее в той или иной степени ДГПЖ, хотя бы в силу нарушения микроциркуляции.

**Целью нашего исследования** было оценить эффективность и безопасность Индигала у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

### ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Оценить влияние препарата на динамику симптомов нарушения

функции мочевых путей (СНМП) и качество жизни у пациентов с ДГПЖ.

2. Оценить влияние Индигала на основные уродинамические показатели: максимальную скорость потока мочи (Q $_{max}$ ), среднюю скорость потока мочи (Q $_{ave}$ ), функциональную емкость мочевого пузыря (V $_{comp}$ ), объем остаточной мочи (V $_{res}$ ).

3. Оценить безопасность Индигала на основании анализа частоты нежелательных явлений, побочных эффектов, величин колебаний АД и ЧСС, динамики основных биохимических параметров сыворотки крови.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование был включен 31 пациент с ДГПЖ, сопровождающейся симптомами нижних мочевых путей. Все они ежедневно в течение 4 месяцев принимали Индигал по 2 капсулы по 400 мг дважды в день (всего 1600 мг), запивая стаканом воды.

Пациентам проводилось следующее обследование: сбор анамнеза, клинический осмотр, включая пальцевое ректальное исследование предстательной железы, оценка симптомов заболевания в баллах по шкале I-PSS; оценка по шкале качества жизни (QoL); урофлоуметрия; трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы с определением ее объема и количества остаточной мочи. Также выполнялись общий и биохимический анализы крови (креатинин, билирубин, холестерин, АСТ, АЛТ, ГГТ, глюкоза); определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови.

Основными критериями эффективности лечения были урофлоуметрические параметры, результаты трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) и данные международного опросника I-PSS.

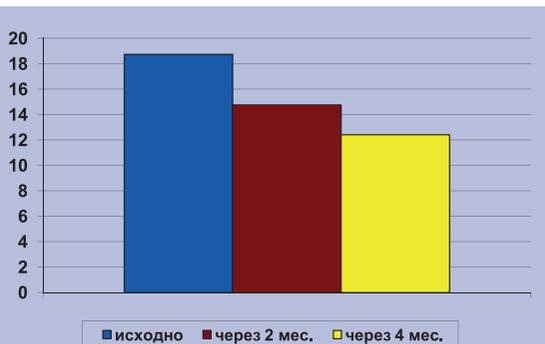
### РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование был включен 31 пациент с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в возрасте от 51 до 75 лет, в среднем – 60,9  $\pm$  6,1. Исходно анализы мочи и крови были в пределах нормальных величин у всех больных,

за исключением нескольких случаев незначительного повышения уровня холестерина. Артериальное давление или было нормальным самостоятельно, или, в случае сопутствующей гипертонической болезни, адекватно корригировалось гипотензивными препаратами. Уровень ПСА колебался от 0,3 до 3,6 нг/мл, в среднем составляя 2,1  $\pm$  0,9 нг/мл. Предстательная железа, по данным ТРУЗИ, была увеличена умеренно, максимально – 56,2 см $^3$ , в среднем – 42,6  $\pm$  6,3 см $^3$ . При этом объем остаточной мочи составлял в среднем 18,2  $\pm$  13,1 мл. Ректально обнаруживалось увеличение предстательной железы, сглаженность бороздки, бугристость. Таким образом, ни пальпаторно, ни лабораторно признаков рака простаты выявлено не было.

Функциональная емкость мочевого пузыря исходно была в пределах нормальных величин (291,3  $\pm$  64,2 мл). Все больные отмечали нарушение мочеиспускания. Средняя скорость потока мочи Q $_{ave}$  составляла в среднем 6,4  $\pm$  0,7 мл/сек., а максимальная Q $_{max}$  – 10,3  $\pm$  1,9 мл/сек. Средний индекс баллов по шкале симптомов I-PSS равнялся 18,7  $\pm$  2,9, а показатель качества жизни пациентов был снижен до 4,8  $\pm$  0,7 баллов.

Как известно, шкала I-PSS подразумевает самооценку симптома от 0 при его отсутствии до 5 в крайней степени выраженности. Анализ анкет показал, что 1 пункт («В течение последнего месяца как часто у вас возникало ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?») получил среднюю оценку 2,8  $\pm$  0,9 баллов. Второй пункт («В течение последнего месяца как часто у вас была потребность помочиться ранее, чем через два часа после последнего мочеиспускания?») также был оценен в 2,8  $\pm$  0,9 баллов. Ответ на вопрос «Как часто в течение последнего месяца мочеиспускание было с перерывами?» оценивался в среднем в 3,1  $\pm$  0,8 балла; на вопрос «В течение последнего месяца как часто вы находили трудным временно воздержаться от мочеиспускания?» – 2,8  $\pm$  0,8 баллов. ➡



**Рисунок 1. Динамика выраженности совокупных симптомов по шкале I-PSS**

Пятый пункт, содержащий вопрос «В течение последнего месяца как часто вы ощущали слабый напор мочевой струи?», показал наиболее выраженное нарушение уродинамики – на  $3,8 \pm 0,5$  баллов. Напротив, шестой пункт – «В течение последнего месяца как часто вам приходилось прилагать усилия, чтобы начать мочеиспускание?» – был оценен мягко, всего  $0,9 \pm 0,9$  баллов. Седьмой пункт – «В течение последнего месяца как часто в среднем вам приходилось вставать, чтобы помочиться, начиная со времени, когда вы ложились спать, и кончая временем, когда вы вставали утром?», получил среднюю оценку  $2,5 \pm 0,7$  баллов.

Таким образом, исходно все пациенты имели диагноз доброкачественная гиперплазия предстательной железы I степени, проявляющаяся симптомами обструкции, не имели противопоказаний

к терапии, не имели показаний к хирургическому вмешательству и были включены в исследование.

Все пациенты получали монотерапию Индигалом ежедневно *per os* по 2 капсулы на прием дважды в день (всего 1600 мг), запивая стаканом воды.

Через 2 и 4 месяца пациенты были обследованы повторно. В динамике отмечалось проградIENTное ослабление симптоматики и улучшение качества жизни. Через 2 мес. количество баллов по шкале I-PSS в среднем уменьшилось на 21,2%, через 4 мес. – на 33,7%, что представлено на рисунке 1. Качество жизни улучшилось соответственно на 25,4% и 42,8%.

При детальном анализе установлено, что ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания (первый пункт) уменьшилось на 16,2% через 2 мес., и на 29,9% – через 4 мес.

Потребность помочиться ранее чем через два часа после последнего мочеиспускания (второй пункт) уменьшилась через 2 мес. на 17,2%, а к окончанию курса терапии – на 31,7%. Функциональная емкость мочевого пузыря увеличилась с  $291,3 \pm 64,18$  мл через 2 месяца до  $311,4 \pm 48,22$  мл, а через 4 – до  $340,2 \pm 52,21$  мл.

Мочеиспускание с перерывами (третий пункт) соответственно изменилось на 18,7% и 37,4%, а трудность временно воздержаться от мочеиспускания (четвертый пункт) – на 23,1% и 40,2%.

Показатель «слабый напор мочевой струи» (пятый пункт) изменился через 2 и 4 месяца соответственно на 16,3% и 28,1%. Выраженность шестого пункта, отражающего усилия, чтобы начать мочеиспускание, уменьшилась соответственно на 13,8% и 55,3%. Ноктурия (седьмой пункт) уменьшилась на 22,7% и 29,0%. Наглядно полученные данные представлены на рисунке 2.

Что касается объективных показателей, таких, как скорость потока мочи и объем предстательной железы, то они отреагировали не столь демонстративно. Средняя скорость потока мочи через 2 месяца в среднем возросла на 11,2%, через 4 месяца – на 20,8%. Максимальная скорость потока мочи увеличилась соответственно на 12,4% и 21,3%, что показано на рисунке 3.

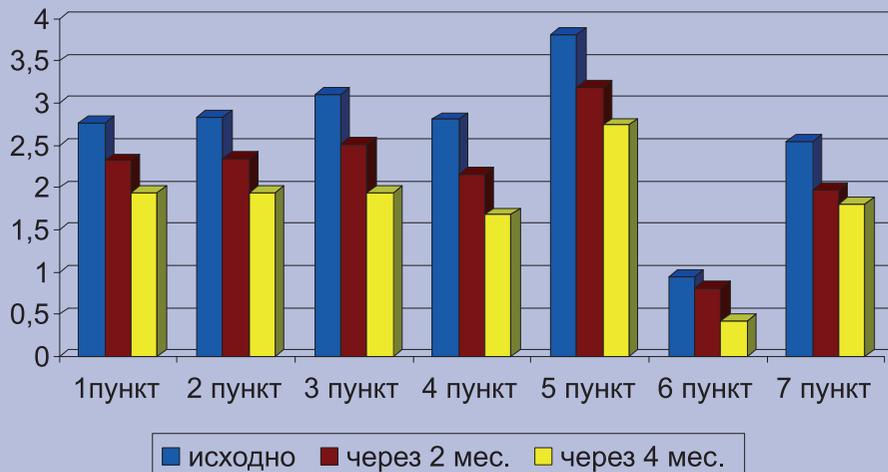
Объем предстательной железы изменился с  $42,6 \pm 6,3$  см<sup>3</sup> до  $41,5 \pm 6,0$  см<sup>3</sup> через 2 месяца приема Индигала и до  $39,5 \pm 5,9$  см<sup>3</sup> к окончанию четырехмесячного курса лечения, то есть на 7,0%.

Совокупная эффективность монотерапии Индигалом больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы представлена в таблице.

Таким образом, как следует из таблицы, четырехмесячный курс терапии Индигалом продемонстрировал отчетливую положительную тенденцию по всем изучаемым параметрам, хотя достоверно значимые изменения отмечены только по качеству жизни. Вероятно, более длительный курс лечения, а также сочетание с альфа-адреноблокаторами позволят достичь более существенных результатов.

Уровень ПСА исходно составил  $2,1 \pm 0,9$  нг/мл, через 2 месяца несколько снизился – до  $1,9 \pm 0,8$ ; к окончанию лечения равнялся  $1,6 \pm 0,5$ . Таким образом, за все время наблюдения ни у одного пациента и в когорте в среднем не было превышения сывороточного ПСА выше нормы.

Следует отметить хорошую переносимость Индигала – лишь в единичных случаях в первые дни приема возникали диспепсические явления, которые купировались



**Рисунок 2. Динамика симптомов по шкале I-PSS**

# Индигал®



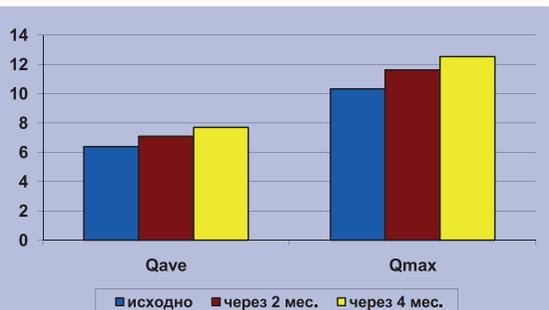
- Блокирует гормон-зависимые и гормон-независимые пролиферативные процессы в ткани предстательной железы при ДГПЖ
- Стимулирует апоптоз в ткани предстательной железы
- Тормозит патологический неоангиогенез
- Предупреждает развитие рака предстательной железы

Не является лекарственным средством.  
Номер регистрационного удостоверения: № 77.99.23.3.1.1553.3.01 от 03.02.2007 г.

**Телефон горячей линии 8-800-555-05-03**



**ЗАО «МираксФарма»**  
121059, Москва, ул. Брянская, д. 5  
Тел.: +7 (495) 721 20 58  
[www.mirax-pharma.ru](http://www.mirax-pharma.ru)  
[www.indigal.ru](http://www.indigal.ru)  
E-mail: [hotline-mirax-ph@mail.ru](mailto:hotline-mirax-ph@mail.ru)



**Рисунок 3. Динамика показателей урофлоуметрии**

Более выраженная динамика субъективных показателей объясняется энтузиазмом больных, которым было доходчиво объяснено, что они получают лечение одним из самых современных препаратов патогенетического действия, они были позитивно настроены на эффект терапии и получили его. Тем не менее зафиксирована отчетливая положительная динамика и объективных показателей по данным ТРУЗИ и урофлоуметрии, и ее степень (около 20%) позво-

сочетания Индигала с альфа-адреноблокаторами, оптимально – с тамсулозином.

Закономерный вопрос возникает при сравнении динамики размеров простаты и урофлоуметрических показателей. На первый взгляд, отсутствие достоверного регресса гипертрофии предстательной железы вступает в противоречие с заметным улучшением качества мочеиспускания и снижением объема остаточной мочи. Мы полагаем, причина кроется в нормализации структуры ткани простаты, восстановлении ее функционального потенциала и функционального потенциала детрузора. Для подтверждения этой гипотезы необходимо дополнительное исследование с повторными биопсиями железы и мочевого пузыря с патоморфологической верификацией. Кроме того, динамика и симптомов, и размеров предстательной железы имеет временно зависимый характер, и у нас есть все основания полагать, что процесс продолжится при удлинении сроков терапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, апробация нового патогенетического препарата для лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы продемонстрировала его эффективность и безопасность. Четырехмесячный курс позволил на 20% улучшить параметры мочеиспускания. Вероятно, продолжение терапии более длительное время позволит устойчиво сохранить и даже улучшить достигнутые результаты; можно предположить повышение эффективности лечения в случае одновременного приема альфа-адреноблокаторов.

**Таблица. Эффективность четырехмесячного курса монотерапии Индигалом больных ДГПЖ I степени (n = 31)**

Признак	Исходное значение	Значение через 4 месяца	Динамика в %
Объем простаты	42,65 ± 6,28	39,55 ± 5,91	-7,3
Индекс симптомов	18,74 ± 2,91	12,42 ± 2,58	-33,7
1 пункт шкалы I-PSS	2,77 ± 0,92	1,94 ± 0,68	-29,9
2 пункт шкалы I-PSS	2,84 ± 0,93	1,94 ± 0,73	-31,7
3 пункт шкалы I-PSS	3,10 ± 0,79	1,94 ± 0,68	-37,4
4 пункт шкалы I-PSS	2,81 ± 0,83	1,68 ± 0,65	-40,2
5 пункт шкалы I-PSS	3,81 ± 0,48	2,74 ± 0,63	-28,1
6 пункт шкалы I-PSS	0,94 ± 0,96	0,42 ± 0,50	-55,3
7 пункт шкалы I-PSS	2,55 ± 0,72	1,81 ± 0,60	-29,0
Качество жизни	4,84 ± 0,69	2,77 ± 0,56	-42,8
Qave	6,38 ± 0,74	7,71 ± 0,83	+20,8
Qmax	10,32 ± 1,91	12,51 ± 2,07	+21,2
Функциональная емкость мочевого пузыря	291,26 ± 64,18	340,16 ± 52,21	+16,8
Количество остаточной мочи	18,16 ± 13,09	0,97 ± 3,75	-94,6

самостоятельно, не требовали снижения дозы, отмены препарата или назначения симптоматической терапии. На фоне приема Индигала не отмечено достоверных изменений гемограммы и биохимических показателей крови, артериального давления и пульса; ни в одном случае не зафиксировано отрицательное влияние на течение сопутствующих заболеваний. Также ни в коей мере не страдала половая функция мужчин, принимавших Индигал.

ляет с уверенностью рекомендовать Индигал в качестве базового средства терапии больных доброкачественной гиперплазией I степени. Результаты исследования позволяют предполагать, что длительный курс (8-10 месяцев) окажет более выраженное действие, а также складывается впечатление, подкрепленное небольшим количеством собственных наблюдений, о существенном повышении эффективности лечения в случае

## Литература

- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. Н.А. Лопаткина, М., 1999.
- Лоран О.Б., Вишневский Е.Л., Вишневский А.Е. Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты альфа-адреноблокаторами. М., 1998. 124 с.
- Вишневский А.Е. Роль гипоксии детрузора в патогенезе расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и обоснование методов их консервативного лечения: автореф. дис. к.м.н. М., 1998. 22 с.
- DuBois R.N., Smalley W.E. Cyclooxygenase NSAIDs and colorectal cancer. *J. Gastroenterol.*, 1996, 31, 898-906.
- Ishikawa H. Chemoprevention of carcinogenesis in familial tumors. *Int. J. Clin. Oncol.*, 2004, 9, 299-303.
- Hong J., Smith T.J., Ho C.T., August D.A., Yang C.S. Effects of purified green and black tea polyphenols on cyclooxygenase and lipoxygenase-dependent metabolism of arachidonic acid in human colon mucosa and colon tumor tissues. *Biochem. Pharmacol.*, 2001, 62(9), 1175-1183.
- Kundu J.K., Na H.K., Chun K.S., Kim Y.K., Lee S.J., Lee S.S., Lee O.S., Sim Y.C., Surh Y.J. Inhibition of phorbol ester-induced COX-2 expression by epigallocatechin gallate in mouse skin and cultured human mammary epithelial cells. *J. Nutr.*, 2003, 133(11 Supl.1), 3805S-3810S.
- Chatterji U., Riby J.E. et al. Indole-3-carbinol stimulates transcription of the interferon gamma receptor 1 gene and augments interferon responsiveness in human breast cancer cell. *Carcinogenesis*, 2004, 25(7), 1119-1128.
- Saverio Bettuzzi, Chemoprevention of Human Prostate Cancer by Oral Administration of Green Tea Catechins in Volunteers with High-Grade Prostate Intraepithelial Neoplasia: A Preliminary Report from a One-Year Proof-of-Principle Study. *Cancer Res* 2006; 66(2), 1233-1240.

# Календарь мероприятий на I полугодие 2009 года

ГМУ УД Президента РФ, Романов пер., д. 2

28 АПРЕЛЯ

## **Современные аспекты аллергических заболеваний**

Руководитель: профессор **Л.А. Горячкина**, главный аллерголог ГМУ УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии РМАПО Росздрава

12 МАЯ

## **Заболевания органов малого таза – международная проблема (видеоконференция)**

Руководитель: профессор **С.П. Даренков**, главный уролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой урологии РГМУ; профессор **Д.Ю. Пушкарь**, главный уролог МЗиСР РФ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ

20 МАЯ

## **Эпилепсия у детей: дифференциальная диагностика**

Руководитель: профессор **А.С. Петрухин**, заведующий кафедрой нервных болезней педиатрического факультета РГМУ

27 МАЯ

## **Сердечная недостаточность (Школа ВНОК)**

Руководитель: профессор **С.Н. Терещенко**, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи ФПДО МГМСУ; профессор **Б.А. Сидоренко**, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

3 ИЮНЯ

## **Современные проблемы эндокринологии в гинекологии**

Руководитель: профессор **В.Н. Прилепская**, заместитель директора по научной работе НЦАГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий; профессор **В.П. Сметник**, руководитель отделения эндокринологической гинекологии НЦАГиП им. В.И. Кулакова; профессор **А.М. Мкртумян**, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ

17 ИЮНЯ

## **Химиотерапия: современный взгляд на проблему**

Руководитель: профессор **В.Е. Ноников**, главный пульмонолог ГМУ УД Президента РФ, заведующий пульмонологическим отделением ФГУ ЦКБП УД Президента РФ

Организаторы: ФГУ УНМЦ УД ПРЕЗИДЕНТА РФ, 8-903-563-33-60

Фирма «МЕДЗНАНИЯ», сайт: [www.medQ.ru](http://www.medQ.ru), тел.: 614-40-61, 614-43-63, [medicinet@mail.ru](mailto:medicinet@mail.ru)

Руководитель научно-информационного отдела: Людмила Анатольевна Полунова

# III ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ «РАЦИОНАЛЬНАЯ

12-13 февраля 2009 г. в Центральном доме ученых РАН была проведена III Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии». Организаторами конференции выступили Российское общество урологов и НИИ Урологии Росмедтехнологий. В работе конференции приняли участие свыше 590 делегатов из 41 города России – от Санкт-Петербурга до Владивостока, а также делегаты из Украины, Белоруссии и Узбекистана. 19 отечественных и иностранных фармацевтических фирм представили свою продукцию на стендах выставочной экспозиции.



Открывая работу конференции с приветствиями к участникам обратились академик РАН **Н.А. Лопаткин** и профессор **О.И. Аполухин**.

В первый день конференции обсуждались вопросы, связанные с трудностями лечения неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. Доклад на тему «Инфекции мочевых путей и бактериальные биопленки» сделала заведующая отделом воспалительных заболеваний с группами клинической фармакологии и эфферентных методов лечения НИИ урологии Росмедтехнологий, д.м.н. **Т.С. Перепанова**. В своем докладе она показала роль биопленочных сообществ микроорганизмов в природе вообще и при урологической инфекции в частности. В докладе были приведены данные российских и международных исследований по экспериментальному моделированию биофильм-инфекции, этиопатогенетической роли биопленок (биофильмов) при рецидивирующей, персистирующей инфекции мочевых путей, катетер-ассоциированной инфекции мочевых путей, инфекции инородного тела. Показаны трудности ведения больных с биофильм-инфекцией, механизмы устойчивости микроорганизмов в биопленочных сообществах к антимикробным препаратам и к механизмам защиты хозяина. Отмечены антибиотики, проникающие внутрь биопленок, а также даны перспективы для дальнейших разработок – ингибиторы «quorum sensing», покрытие катетеров антиадгезивными, антимикробными препаратами, схемы

антимикробной терапии. В докладе **Т.С. Перепанова** привела ключевые моменты Евро-Азиатского руководства по ведению больных с катетер-ассоциированной инфекцией мочевых путей, которые переведены на русский язык и опубликованы в материалах конференции. Особое значение уделялось требованиям к ведению больных с катетер-ассоциированной ИМП, имеющим высшую степень доказательств А. В докладе профессора **С.В. Сидоренко** (Национальное агентство по клинической фармакологии, Москва) «Перспективы микробиологической диагностики инфекционных заболеваний» было отмечено, что в настоящее время традиционными микробиологическими методами культивируются только 0,1%-1,0% бактерий. Перспективным методом диагностики является метагеномика – технология, позволяющая выявлять всю совокупность генов бактерий в определенной экологической нише. Характеристика микробных сообществ осуществляется по составу генов – геном; по иРНК – транскриптом; по спектру белков – протеом; по продуктам метаболизма – метаболом. Метагеномные исследования предстательной железы показали, что если традиционными методами культивируются 7 микроорганизмов, то метагеномными методами выявлены 24 микроорганизма. При метагеномном исследовании простаты у больных с ДГПЖ или раком простаты, или хроническим простатитом выделено 52 микроорганизма различных семейств, наиболее

постоянными были *Actinomyces sp*, *Corinebacterium sp*, *Escherichia sp*, *Pseudomonas sp*, *Streptococcus sp*. Интересные данные ПЦР – диагностики возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в разных отделах простаты. Не выявлено диагностически значимой роли хламидий, трихомонад и вирусов: HPV, CMV, EBV, XMRV в 200 образцах простаты. Методом амплификации нуклеиновых кислот бактерии с неясной этиологической значимостью определены гарднереллы и микоплазмы. Однако докладчик отметил, что разработка молекулярных методов детекции новых механизмов устойчивости неизбежно отстает от их появления и распространения, и новый механизм будет обнаружен только тогда, когда появятся массовые случаи неудач лечения. Перспективным методом является идентификация бактерий из биологического образца – секвенирование, масс-спектрометрия – идентификация на основании белковых спектров на основе Matrix-assisted laser desorption ionization-time-of-flight (MALDI-TOF), времяпролетная масс-спектрометрия с лазерной десорбцией/ионизацией в матрице значительно уменьшает время идентификации микроорганизмов, однако не решает вопрос их клинической значимости. Необходимо промышленное производство тест-систем для оценки антибиотикочувствительности, основанных на методе серийных разведений и изучение кинетики роста бактерий. Доклады профессора **Л.А. Сняжко**

# КОНФЕРЕНЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ 2009»

**вой** и **Л.А. Ходыревой** были посвящены проблемным вопросам диагностики и лечения острого гнойного пиелонефрита. Предложены алгоритмы обследования больных, указана важность этапного обследования. В докладе Ходыревой Л.А. отмечена диагностическая значимость энергетической доплерографии и компьютерной томографии в диагностике абсцесса почки. При развитии септических осложнений акцентирована эффективность экстракорпоральных методов очищения крови, особенно плазмафереза, имеющих жизненно важное значение у этой тяжелой категории пациентов.

В докладе профессора **С.В. Яковлева** «Клинико-фармакологические аспекты антибактериальной терапии урогенитальных инфекций» подробно рассматривались возбудители мочевой инфекции, уровень их резистентности. Даны рекомендации по резистентности и клинической эффективности разных групп антибиотиков при неосложненной и осложненной урологической инфекции. Доклад «Растительные препараты и хроническая инфекция при МКБ» **М.Ф. Трапезниковой** и **Н.В. Бычковой** посвящен истории фитотерапии в урологии, преимуществам и недостаткам растительных препаратов, а также продемонстрированы результаты клинического исследования растительного препарата Канефрон при хронической инфекции мочевых путей на фоне мочекаменной болезни. Достигнут клинико-бактериологический и камнеизгоняющий эффект лечения Канефроном у 75% пациентов. Эффективность применения препарата Марены красильной экстракт достигнута в 71-86% случаев, однако отмечены нежелательные побочные действия препарата в отличие от Канефрона в 10,7% случаев (тошнота – 10,7%, жидкий стул – 7,1%, аллергическая реакция – 3,6%).

Комбинированные растительные препараты, созданные путем современной технологии изготовления,

имеют высокую эффективность и практическую ценность.

На следующем заседании под председательством член-корр. РАМН **О.Б. Лорана** и профессора **М.И. Когана** рассматривались вопросы лечения урологической инфекции у беременных. Доклад профессора **Р.С. Козлова** – директора НИИ антимикробной химиотерапии (г. Смоленск) – был посвящен эпидемиологии инфекции мочевых путей. Показана распространенность ИМП у женщин: симптомы – у 19%, рецидивы ИМП – у 48% опрошенных женщин (исследование SONAR 2005-2006 гг.). Отмечена важность диагностики и лечения бессимптомной бактериурии у беременных, которая может привести к преждевременным родам, отставанию развития плода, привести к острому пиелонефриту в 20-65%. Адекватная антимикробная терапия позволяет предупредить до 75% всех случаев острого пиелонефрита и уменьшить риск перинатальной смертности. Докладчик привел данные российских исследований по возбудителям неосложненной и осложненной ИМП у беременных, уровень резистентных штаммов возбудителей. Показан крайне низкий уровень резистентных штаммов кишечной палочки – основного возбудителя ИМП как у беременных, так и у остальных групп пациентов к фосфомицину трометамолу, который является препаратом выбора для лечения неосложненной ИМП. Доклад профессора **Е.А. Ушкаловой** – руководителя научно-аналитического отдела Федерального центра мониторинга безопасности лекарственных средств показал, что интенсивная терапия антибиотиками в период зачатия и в начале I триместра беременности ассоциируется с повышенным риском синдрома Дауна. Прием беременными таких групп антибиотиков, как макролиды – 14,4%, пенициллины – 7,6%, нитрофураны – 4,1%, нитроимидазолы – 3,1%, привели к осложнениям гестационного периода в 94,3% случаев: анемия – 72,7%;

угроза прерывания беременности – 49,9% (I и II триместры) и 25,4% (III триместр); гестоз – 12%; фетоплацентарная недостаточность – 13,8%, что было доказано в многоцентровом ретроспективном исследовании. Применение антибиотиков во время беременности повышает риск развития аллергических заболеваний у новорожденных.

Риск развития бронхиальной астмы, сенной лихорадки и экземы у детей, матери которых во время беременности принимали антибактериальные препараты, был выше на 68%, 56% и 17% соответственно, причем риск не зависел от класса антимикробных препаратов, но зависел от дозы принимаемого препарата. К категории «В», т.е. нет доказательств риска, относят: пенициллины, цефалоспорины, меропенем, монобактамы, макролиды, клиндамицин, ванкомицин, спектиномицин, нитрофураны, полимиксины, метронидазол, сульфаниламиды, фосфомицина трометамол (FDA USA). В поздние сроки беременности не рекомендуют применять: сульфаниламиды, нитрофураны, рифамипицин, хлорамфеникол, налидиксовую кислоту, метронидазол. Запрещены во время беременности следующие антимикробные препараты: гризеофульвин, доксициклин, кларитромицин, ломефлоксацин, миноциклин, налидиксовая к-та, норфлоксацин, офлоксацин, тетрациклин, цiproфлоксацин, эноксацин, эритромицина эстолат. У цефалексина и цефтриаксона из цефалоспоринов наиболее выражено токсическое влияние на плод. Профессор Е.А. Ушкалова подробно представила доказательные данные по нежелательным побочным действиям или токсическому влиянию отдельных классов антимикробных препаратов у беременных и их влиянию на плод. Наиболее эффективным и безопасным препаратом выбора для лечения острого цистита и бессимптомной бактериурии у беременных является фосфомицина трометамол.

В целом же по возможности реко-





Профессор А.А. Камалов, НИИ урологии

мендовано избегать применения антимикробных препаратов у беременных, тщательно взвешивать соотношение польза/риск и польза для матери должна превышать риск для плода.

На симпозиуме «Инфекции, передаваемые половым путем» с докладом «Стандартизация ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем» выступила профессор **В.И. Кисина**. Она подчеркнула, что в связи с возрастанием стоимости медицинской помощи при ограничении возможности удовлетворения ее потребности, разработка и внедрение в медицинскую практику стандартных унифицированных процедур (алгоритмов), позволяющих определить необходимость различных видов медицинских услуг, способствует рациональному расходованию ресурсов. Также частое использование различных процедур без наличия показаний может быть не по злему умыслу, а вследствие перестраховки, добросовестного заблуждения, осознанной практики, в то время как объем медицинской помощи определенный стандартом, исключает неэффективные технологии и регулирует применение дорогостоящих услуг. Включение определенной технологии в научно обоснованный стандарт фактически означает признание целесообразности ее применения и освобождает врача от трудоемкого поиска доказательств ее эффективности и безопасности. Профессор В.И. Кисина подробно рассказала историю стандартизации в дерматовенерологии, привела образцы национальных стандартов (клинико-экономических матриц), утвержденных Федераль-

ным агентством по техническому регулированию и метрологии РФ: «Хламидийная инфекция, неосложненная форма», «Гонококковая инфекция, неосложненная форма», «Кандидоз вульвы и вагины. Кандидоз других урогенитальных локализаций», «Уретрит или цервицит, ассоциированный с другими генитальными микоплазмами» и «Урогенитальный трихомоноз, неосложненная форма». В докладе было показано сравнение рекомендаций, в частности, по антибактериальной терапии, данных международными организациями и национальным российским стандартом.

Медицинские стандарты, будучи изложением алгоритма (технологии) медицинского вмешательства, могут заменить экспертные заключения, поскольку содержат типовые (обычные) требования не только к последовательности действий медицинского персонала, но и к эффективности и безопасности вмешательства.

В то же время необходимо отметить, что в настоящее время в России не принято ни одного стандарта по ведению больных с заболеванием, т.к. стандарт является обязательным к исполнению, а в докладе профессора В.И. Кисиной говорилось о медико-экономических стандартах или матрицах, которые создавались больше для экономического расчета стоимости медицинских услуг и лекарственных препаратов по тому или иному заболеванию.

Следующий докладчик, **Ю.В. Анохина** из отдела стандартизации НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, ММА им. И.М. Сеченова, осветила вопросы принципов разработки стандартов технологий выполнения простых медицинских услуг. В настоящее время разработано свыше 100 проектов национальных стандартов технологий выполнения услуг (сестринский процесс, физиотерапевтические процедуры, клиническая лабораторная диагностика). Подробно изложены требования к написанию стандарта технологии выполнения простых медицинских услуг, включая требования и к безопасности труда медицинского работника, условия выполнения ПМУ на разных уровнях, материальные

ресурсы, необходимые приборы, инструменты, изделия медицинского назначения, лекарственные препараты, иммунобиологические и прочие. Характеристика методики выполнения ПМУ, которая и есть пошаговый алгоритм выполнения процедуры. Достижимые результаты и их оценка, форма информированного согласия пациента при выполнении ПМУ, параметры оценки и контроля качества выполнения данной методики. В разделе «Стоимостные характеристики технологий выполнения ПМУ» содержатся сведения о необходимом количестве времени врача, лаборанта и др. (УЕТ) на выполнение данной услуги. При рецензировании технологий применения ПМУ получено 18 рецензий из разных городов России, замечания которых были учтены при окончательной версии. При апробации технологий выполнения простых медицинских услуг будет проведена оценка возможности выполнения технологий и оценка ресурсного обеспечения медицинских организаций в различных субъектах РФ.

В докладе профессора **А.П. Никонова** «Современные аспекты диагностики терапии вульвовагинальной инфекции» показана этиология вульвовагинитов – кандидозный, трихомонадный и бактериальный вагиноз (полимикробная, в основном анаэробная микрофлора, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Mobiluncus spp.* – у 60-75%, *Gardnerella vaginalis* – у 95%, *Mycoplasma hominis* – у 60-75%), клинические формы. Отмечена нормальная микрофлора влагалища: *Lactobacillus spp.* – 90-95%, степень колонизации –  $10^7$  КОЕ/мл, pH – 3,8-4,2, отношение анаэробов к аэробам – 2-5 : 1, *Gardnerella vaginalis* – у 5-60%, *Mobiluncus spp.* – до 5%, *Mycoplasma hominis* – у 15-30%, *Candida spp.* – у 10-20% ( $\leq 10^3$  КОЕ/мл). Даны различные схемы лечения вульвовагинитов. Лечение рецидивирующего (4 эпизода симптоматического вульвовагинального кандидоза в год, ~ 5%) включает супрессивную терапию. Клотримазол – 500 мг интравагинально ежедневно или Флюконазол – 100 мг *per os* – ежедневно. Длительность терапии – до 6 месяцев. При канди-

дозном баланите – лечение полового партнера: Клотримазол или Миконазол крем 2 р./сут. – 7 дней. Даны трудности диагностики, включающие необоснованность скрининговых программ, диагностику несуществующих заболеваний (микоз, уреоплазмоз); неадекватные методы диагностики (гипердиагностика); неправильную интерпретацию результатов; несертифицированные лаборатории. К неадекватной терапии докладчик (терапия несуществующих заболеваний, лечение анализов) отнес необоснованный выбор препаратов, их дозировок, схем и путей введения; поливалентную неспецифическую терапию; ситуационно неоправданную терапию (БВ); неоправданную терапию половых партнеров. Докладчик привел выписки из амбулаторных карт и консультаций с рекомендациями лечения несуществующих заболеваний, отличающиеся полиморфизмом. Пути решения проблемы рационального применения антибактериальной терапии в акушерстве и гинекологии докладчик считает создание государственных стандартов и строгое их соблюдение; создание экспертного совета по пересмотру стандартов и осознание врачами принципов доказательной медицины.

В докладе профессора **Ю.В. Кудрявцева** «Клинико-морфологические характеристики внутриклеточной инфекции, передающейся половым путем» отражены дистрофические изменения слизистой оболочки влагалища при внутриклеточной инфекции (хламидией и уреоплазмой), дистрофия и некроз эпителия при внутриклеточном заражении эпителия мочевого пузыря, различия в экссудативной реакции при уреоплазменной и хламидийной инфекции, динамика нарастания продуктивных процессов при внутриклеточной инфекции. Приведены варианты конституциональных особенностей строения слизистых оболочек мочевого пузыря и влагалища, нарушения регенерации слизистой оболочки – плоскостная метаплазия уретеры или нарушение регуляции со стороны АСОЛТ (ассоциированной со слизистой оболочкой лимфоидной ткани) или носительство. Морфоло-

гическую основу (предсуществующие факторы, способствующие развитию урогенитальной инфекции) составляют:

- предсуществующие изменения строения слизистой оболочки: избыточное количество или резкое увеличение объема лимфатиков (лимфангиоматоз) гемангиоматоз, избыточное количество лимфоидных образований, кистозная трансформация слизистой оболочки;
- клеточные реакции в стенке мочевого системы;
- гуморальные (нейроиммуноэндокринные) нарушения (цитокиновые реакции).

Дана стадийность развития хламидийной инфекции, по мере развития хламидийного инфекционного процесса формируются морфологические изменения эпителия, которые можно охарактеризовать как дисрегенераторные, способствующие более легкому развитию воспалительного процесса вызванного нехламидийной флорой. Также приведены отличительные особенности развития уреоплазменной инфекции от хламидийной, заключающиеся в том, что уреоплазма повреждает мембраны клеток, в воспалительном инфильтрате мало лейкоцитов, уреоплазменная инфекция является своеобразным проводником, облегчающим проникновение банальной флоры во внутреннюю среду организма. Очевидна значимость исследований факторов местного (мукузального) иммунитета при заболеваниях урогенитального тракта.

Доклад «Микоплазмы и их повреждающее действие на клетки предстательной железы человека» от группы авторов доложил профессор **А.З. Винаров**. В докладе

акцентируется возможное влияние вирусов на онкогенез, показано разрушающее действие на клетку человека микоплазм, в частности на функцию p53 и NF-kB. Уменьшение функции p53 является одним из наиболее сильных факторов опухолевой прогрессии, а NF-kB – главный фактор, стимулирующий канцерогенез. Авторы исследовали ткань простаты, взятой при полифокальной биопсии на ДНК микоплазм, выявлено увеличение количества положительных проб (20,5%) на *Mycoplasma hominis* у больных аденокарциномой простаты с высоким ПИН, в отличие от группы больных с хроническим простатитом и ДГПЖ и низким ПИН (6,5%). Частота ПИН ВС и РПЖ у пациентов с выделенной ДНК *Mycoplasma hominis* выше, чем в группе пациентов без нее ( $p = 0,033$ ). Возможно, что эрадикация микоплазм будет способствовать уменьшению риска развития рака простаты у этих пациентов. Необходимы дальнейшие исследования.

Последний симпозиум, 12 февраля, был посвящен эректильной дисфункции и новому ингибитору фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ5И) – уденафилу или Зидене (компания «Валента»). С докладом «Эректильная функция как показатель здоровья мужчин» выступил профессор **А.А. Камалов**. В своем докладе он привел статистические данные о частоте ЭД у мужчин в разных странах. Показаны причины развития ЭД, отмечена связь эректильной дисфункции и эндотелиальной функции и кардиальных патологических состояний. Продемонстрированы связь ЭД с сахарным диабетом, влияние разных лекарственных препаратов



на ЭД. Патологические состояния, обуславливающие поражение головного, спинного мозга, а также нарушение проводимости по периферическим нервным волокнам могут быть причиной нейрогенной эректильной дисфункции. ЭД может быть симптомом других серьезных заболеваний, в частности: ИБС, атеросклероза, гипогонадизма, сахарного диабета, метаболического синдрома, рассеянного склероза, ХПН, маниакально-депрессивного синдрома, заболевания простаты и органов дыхания. Поэтому для решения вопросов мужского здоровья необходима мультидисциплинарный подход.

Доклад профессора **В.В. Борисова** «Патогенетические механизмы эректильной дисфункции» посвящен факторам, лежащим в основе развития ЭД: психогенным, нервным, эндокринным, сосудистым, артериальным, венозным, эндотелиальным, обусловленным изменениями кавернозной ткани, соматическими заболеваниями, прием лекарственных средств. Подчеркнута роль эндотелия: барьерная; регуляция сосудистого тонуса и роста сосудов; участие в процессах адгезии лейкоцитов, в балансе профибринолитической и протромбогенной активности; синтез вазоактивных веществ, в том числе вазодилаторов (NO, простагландин), вазоконстрикторов (эндотелин-1, ангиотензин II, серотонин, простагландин и тромбоксан), гепарина, активаторов плазминогена, брадикинина и факторов роста, играющих важную роль в процессах микроциркуля-

ции и гемостаза. При дисбалансе между вазодилатацией и вазоконстрикцией (сосудорасширяющими и сосудосуживающими факторами), вызванном уменьшением выработки одних и увеличением синтеза других, возникает эндотелиальная дисфункция. Указана роль одного из важных медиаторов организма NO и NO-синтазы в генезе ЭД. Оксидантный стресс в результате действия свободных кислородных радикалов и других реактивных форм кислорода, м. б. основным фактором, ухудшающим функцию кавернозной ткани при ЭД. Увеличение инактивации NO кислородными радикалами приводит к нарушению расслабления гладкой мускулатуры. Показана роль оксигенации тканей полового члена для улучшения эрекции.

Докладчик показал последовательность физиологических процессов при эрекции и роль ФДЭ5 и в модулировании, сохранении эрекции, и лечении ЭД.

В докладе **Т.С. Перепановой** «Безопасность ингибиторов ФДЭ5. Новый лекарственный препарат ФДЭ5И – Зидена (уденафил)» показана эффективность и безопасность ФДЭ5И – силденафила, тадалафила, варденафила. Безопасность и нежелательные побочные действия этих препаратов обусловлены их основным вазодилатирующим действием: головная боль, покраснение, головокружение, диспепсия и заложенность носа – 10-15-22%; зрительные цветовые аномалии < 2% пациентов (силденафил и варденафил); боли в спине, миалгия – у 6% пациентов (тадалафил). В целом НПР слабые, самопроходящие при продолжительном применении и уровень отказа от приема из-за НПД = плацебо. Даны рекомендации потенциального риска осложнений сексуальной активности ФДЭ5И, регулирование доз при совместном приеме с другими лекарственными препаратами. Представлены данные доказательной медицины по новому ФДЭ5И-уденафилу (Зидене). Уденафил в 10000 раз оказывает более мощное ингибирование в отношении ФДЭ5, чем в отношении ФДЭ1, ФДЭ2, ФДЭ3, ФДЭ4, которые локализируются в сердце, головном мозге, кровеносных сосудах, пе-

чени и других органах. В 700 раз активнее в отношении ФДЭ5, чем в отношении ФДЭ6, обнаруженной в сетчатке глаза и ответственной за цветовосприятие. Уденафил не ингибирует ФДЭ11, что обуславливает отсутствие случаев миалгии, более в поясничной области и проявлений тестикулярной токсичности. Длительное действие с блестящей продолжительностью до 24 часов. В результате проведенных исследований рекомендуемая доза уденафила составляет 100 мг, внутрь за 30-90 минут (в среднем за 60 минут) до предполагаемой сексуальной активности, независимо от приема пищи. Доза может быть увеличена до 200 мг, с учетом индивидуальной эффективности. Кратность применения – один раз в сутки. В докладе представлены данные исследований в США, Великобритании и Корею, подтверждающие блестящий эффект на эрекцию и на степень удовлетворения пациентов половым актом.

Уденафил дает значительное улучшение эректильной функции: до 88% попыток полового акта завершились успешной пенетрацией и 69% попыток завершились удовлетворением. 50% пациентов, получивших 150 мг уденафила, достигли нормальной эрекции по сравнению с 14% в группе плацебо и до 80% мужчин, получивших уденафил, сообщили об улучшении эрекции (GAQ) по сравнению с 38% пациентов, леченных плацебо. В настоящее время уденафил под торговым названием Зидена зарегистрирован в России для лечения эректильной дисфункции.

На следующий день, 13 февраля, была прочитана лекция профессора **А.А. Новик** на тему: «Оценка результатов лечения в урологии с учетом показателей качества жизни больного. Теоретические и практические аспекты».

На пленарном заседании «Организация лечебной помощи у урологических больных» с докладом «Стандартизация диагностики и лечения ДГПЖ» выступил заместитель директора НИИ урологии **А.В. Сувков**. В этом выступлении были отражены трудности стандартизации ведения больных с ДГПЖ из за:

- большого разнообразия клини-



Профессор А.З. Винаров, ММА им. И.М. Сеченова

ческих вариантов;

- отсутствия общепризнанной классификации;
  - отсутствия взаимосвязи между основными клиническими параметрами;
  - трудной прогнозируемости результатов лечения;
  - большой вариабельности результатов субъективных и объективных тестов;
  - большого «груза» сопутствующих заболеваний у пожилых пациентов с отягощенным анамнезом, принимающих различные лекарственные препараты;
  - отсутствия корреляции клинических симптомов и объективных показателей.
- К достоинствам и противоречиям алгоритма ведения больных докладчик отнес следующие пункты:
- основное достоинство – наличие стандартизированного подхода;
  - упрощенное описание клинической ситуации и последовательности действий;
  - необходимость пространственных комментариев;
  - требование одновременного учета большого числа разнообразных факторов;
  - необходимость применения «сложных» методов диагностики для оценки степени ИВО (КУДИ);
  - трудность прогнозирования результатов лечения, учет «факторов прогрессии» ДГПЖ (Vprost, ПСА);
  - методологические неточности.

Предложенный алгоритм ведения больных с ДГПЖ отвечает современным требованиям диагностики и лечения, долгосрочным прогнозам. Факторы, влияющие на выбор лечения: возраст, сопутствующие заболевания, качество жизни, сексуальное здоровье, риск прогрессии заболевания, срок предстоящего лечения, желаемое время наступления эффекта, выбор пациента, стоимость и доступность (приемлемость) лечения. Подробно рассмотрен алгоритм выбора метода лечения ДГПЖ, определены факторы, влияющие на выбор, а также алгоритм ведения больных с острой задержкой мочеиспускания, вследствие ДГПЖ.

С докладом «Перспективы разработки стандартов медицинских

технологий в урологической практике» выступила **Д.В. Лукьянцева** (зав. лабораторией проблем стандартизации, лицензирования и аккредитации НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова). В докладе подробно представлены данные по системе стандартизации здравоохранения в медицине, приведены приказы. Показаны направления работы по написанию новых стандартов, по оценке уже написанных и утвержденных медицинских технологий, в частности по простым медицинским услугам. Показаны уровни применения стандартов, методические рекомендации по внедрению стандартов на уровне региона и медицинской организации (Проект), отличительные особенности стандартов от СОПов. Важное условие – адаптация стандартов на уровне регионов и лечебного учреждения.

В докладе заместителя директора НИИ урологии д.м.н. **А.Ю. Павлова** «Практическое внедрение стандартов высокотехнологичной медицинской помощи в урологической практике» показано, что в настоящее время уровень обеспеченности по разным видам высокотехнологичной медицинской помощи составляет не более 20% от потребностей. Даны плановые объемы оказания ВМП, данные руководителями здравоохранения разным лечебным учреждениям, и методические рекомендации юридическим лицам при осуществлении работ (услуг) в части высокотехнологичной помощи по урологии/детской урологии-андрологии. Продемонстрированы конкретные истории болезней пациентов, пролеченных по стандартам ВМП. Даны пути совершенствования и развития высокотехнологичной медицинской помощи в урологии:

1. Подготовка, утверждение и внедрение детализированных стандартов лечения пациентов с урологическими заболеваниями в рамках регламентированных видов ВМП с учетом категорий сложности клинических ситуаций.

2. Подготовка и регистрация в Росздравнадзоре методик, используемых при оказании высокотехнологичной медицинской помощи



Т.С. Перепанова, д.м.н., НИИ урологии

пациентам с урологическими заболеваниями.

3. Постдипломная подготовка урологов, обеспечивающих оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

4. Формирование и организация работы постоянно действующей комиссии по оценке качества оказания ВМП и эффективности использования денежных средств федерального бюджета, выделяемых на оказание ВМП.

Также с докладом выступил главный уролог Москвы **В.А. Максимов**. В его выступлении был показан стандартизированный подход к управлению урологической помощью в Москве, где по данным переписи 2002 г. проживает 10,5 млн взрослого населения. На I этапе урологическую помощь оказывают 230 поликлиник, 12 поликлинических отделений городских больниц, 26 МСЧ, 6 КДЦ. На II этапе – окружные урологические отделения. Показана этапность оказания медицинской помощи на примере неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. На амбулаторном и госпитальном уровне руководствуются методическими рекомендациями МЗ РФ от 2002 г. Представлена этапность обследования и ведения больных с доброкачественной гиперплазией простаты. На госпитальном этапе руководствуются медико-экономическими стандартами оказания стационарной помощи взрослому населению (1998 г.) и формулярным перечнем



лекарственных средств – основным документом, регламентирующим лекарственное обеспечение. Оптимальная организация медицинской помощи и ее экономическое обеспечение достижимы только на основе стандартизации диагностических и лечебных подходов. Выполнение стандартов позволяет улучшить качество оказания помощи и рационально использовать выделяемые средства. Стандарты лечения льготных категорий позволили создать предпосылки для нормативно-юридической базы для работы в рамках ОМС.

На следующем заседании «Хронический простатит и синдром хронической тазовой боли» рассматривались вопросы оптимального подхода к ведению больных с хроническим простатитом. С докладом выступил заместитель директора НИИ урологии **А.В. Сивков**. Докладчик представил эпидемиологические данные по распространенности и диагностике простатита. Даны современные классификации и признаки простатита, этиологические факторы. Приведены собственные данные по мультифокальной биопсии простаты, где в 83,3% – не выявлено воспаления. Обсуждались противоречивые вопросы простатита и синдрома хронической тазовой боли, нарушения копулятивной и генеративной функции при простатите. Дан алгоритм дифференциальной диагностики простатита. Представлены данные НИИ урологии по уродинамическому обследованию больных с ХАБ IIIB – у 57% выявлена псевдодиссинергия наружного сфинктера уретры: уве-

личение максимального внутриуретрального давления до 137 см H<sub>2</sub>O (+23%), увеличение давления закрытия уретры до 158 см H<sub>2</sub>O (+17,7%); повышение амплитуды электромиографического потенциала мышц тазового дна в фазе опорожнения до 40 мВ (+75%); у 64% при МРТ выявлены различные изменения позвоночного столба в нижнепоясничной или крестцовой области. Показана роль нейрогенной дисфункции органов тазового дна. Дан алгоритм лечебной тактики.

В докладе «Функциональные исследования при хронической тазовой боли» **В.В. Ромих** дана стандартизованная терминология уродинамических симптомов, болевого синдрома. Так как таз и тазовые органы являются единым функциональным блоком организма человека, ухудшение функционирования одной части может вызывать дисфункцию других. Подробно рассмотрены методы обследования и аппаратура для исследования функционального состояния органов таза, нейрофизиологические исследования. Даны спорные вопросы лечения тазовой боли и меры, при которых лечение выявленного нарушения приводит к снижению/ликвидации боли:

- прецизионное воздействие (инъекции токсина в наружный сфинктер);
- медикаментозное лечение;
- БОС, мануальная терапия, игло-рефлексотерапия.

Уродинамическое исследование, позволяющее объективизировать и описать нарушение функции мочевых путей – базовое КУДИ – определяет нарушение, показания и противопоказания к лечению.

Следующие доклады были посвящены перспективам использования альфа1-адреноблокаторов в комплексном лечении больных хроническим простатитом (**П.И. Раснер**), применению нейростимуляции в лечении хронической тазовой боли (**Э.Д. Исагулян**), обсуждалась этиология абактериального простатита. В докладе **К.Л. Локшина** приведены данные по открытому рандомизированному сравнительному исследованию эффективности и безопасности комбинированной

терапии доксазолином (Камиреном XL) + ципрофлоксацином (Ципринолом) и монотерапии ципрофлоксацином (Ципринолом) в лечении больных хроническим простатитом. У больных хроническим простатитом комбинированная терапия (Ципринолом + Камирен XL) имеет преимущества перед монотерапией (Ципринолом):

- раньше и в большей степени ↓ балл NIH-CPSI;
- ↓% больных с изменениями в секрете простаты;
- раньше и в большей степени ↑ Qmax;
- не сопряжена с большим риском неблагоприятных явлений.

Доклад по эффективности и безопасности экстракта пыльцы разнovidных растений Цернилтон® у пациентов с хроническим абактериальным простатитом представил **Н.Г. Кеушев** (НИИ урологии), а в докладе на тему «Клинико-иммунологические аспекты хронического бактериального простатита на фоне проведения иммуномодулирующей терапии» представлены данные по комбинированному препарату Генферон (интерферон альфа-2), который оказывает противовирусное, противомикробное и иммуномодулирующее действие. Под воздействием интерферона альфа-2 в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, фагоцитов, а также интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Активизация лейкоцитов, содержащихся во всех слоях слизистой оболочки, обеспечивает их активное участие в ликвидации первичных патологических очагов и обеспечивает восстановление продукции секреторного иммуноглобулина А. Показано, что Генферон эффективен и безопасен при хроническом бактериальном простатите, так как:

- оказывает положительное влияние на выраженность клинических симптомов хронического бактериального простатита;
- выраженность воспалительных явлений в предстательной железе уменьшается;
- активизируются звенья иммунной системы организма с тенденцией к нормализации иммунологических показателей;



Профессор А.А. Козлов,  
НИИ антимикробной химиотерапии, Смоленск

• при применении препарата Генферон нежелательных явлений зарегистрировано не было.

На последнем заседании, посвященном интерстициальному циститу и синдрому хронической тазовой боли у женщин, обсуждались вопросы облегчения болевого синдрома у женщин, трудно поддающегося терапии. В докладе **Т.С. Перепановой** представлена современная классификация урологического болевого синдрома. Указано, что современные классификации рекомендуют называть не интерстициальный цистит, а мочепузырный болевой синдром, который отражает многообразие причин для боли. Представлены морфологические изменения слизистой мочевого пузыря по данным НИИ урологии, обуславливающие болевой синдром. Показана эффективность внутривагинального применения геля Катеджель с лидокаином фирмы «Монтавит», Австрия, как эффективного и безопасного средства для купирования болевого синдрома при BPS/IC (цисталгии), уретральном болевом синдроме, хроническом бактериальном цистите.

Доклад «Современные обезболивающие лекарственные средства. Место и роль НПВП» прочитал доцент кафедры клинической фармакологии СПбМУ **М.В. Пчелинцев**. В даны определения ноцицептивной боли – типичная, адекватная физиологическая реакция на болевые раздражители; нейропатическая – боль, вызванная первичным повреждением или дисфункцией периферической или центральной нервной системы при отсутствии прямого раздражения ноцицепторов, психогенная боль, возникающая на индивидуально значимое эмоциональное воздействие. Приведены современные препараты для лечения боли. Особое внимание было уделено опасности применения метамизола (Анальгина). Следует помнить, что метамизол является основным анальгетическим компонентом таких популярных в России препаратов, как: Баралгин, Брал, Спазган, Спазмалгон, Баралган, Триган, Максиган и т.д. Таблетка этих препаратов содержит 500 мг метамизола, а ампула – 5 мл 50% раствора метамизола, т.е. 2,5 г! Ба-



ралгин не применяется в Германии с 1987 г. Имеются четкие причинно-следственные отношения между приемом метамизола и возможностью развития агранулоцитоза.

Представлены данные по печеночной недостаточности после применения парацетамола. Проанализированы случаи острой печеночной недостаточности у пациентов в 22 центрах в США за 6-летний период.

• острая печеночная недостаточность, вызванная парацетамолом, составила 22% в 1998 г. и 51% в 2003 г.;

• 81% пациентов принимали парацетамол в связи с хронической болью;

• из 275 пациентов 178 – выжили; 74 – умерло;

• 23 пациентам осуществлена трансплантация печени.

Сравнение Кетонала и Кеторолака показало, что Кеторолак удален с рынков Франции и Германии в связи с повышенной частотой побочных эффектов. Кетонал ретард (1-2 табл. 150 мг 1 раз в сутки) и Кетонал свечи (1 св. 100 мг 1-2 раза в сутки) рекомендован для лечения хронической тазовой боли. Кетонал (кетопрофен) является одним из наиболее эффективных и безопасных препаратов из группы НПВП, выпускаемый в разнообразных лекарственных формах и сочетающий выраженное анальгетическое и противовоспалительное действие при острой и хронической боли

В докладе профессора **А.В. Зайцева** по хронической тазовой боли у женщин продемонстрированы

видеоматериалы цистоскопии у больных с хронической тазовой болью, интерстициальным циститом, эндометриозом гениталий и мочевого пузыря. Показана ликвидация болей после оперативного лечения эндометриоза.

**Г.Г. Кривобородов** в своем докладе показал эффективность применения ботулинического токсина типа А в лечении больных с синдромом хронической тазовой боли. Доклад **О.С. Стрельцовой** (Нижегородская государственная медицинская академия) был посвящен диагностической значимости оптической когерентной томографии (ОКТ) и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при хроническом цистите, показана роль иммуномодулирующих препаратов и улучшающих микроциркуляцию – препараты Лавомакс (индуктор интерферона), биорегуляторы – цитомедины и растительный препарат Канефрон.

Конференция показала, что с каждым годом растет интерес урологов и врачей других специальностей к вопросам рациональной фармакотерапии урологических заболеваний, вопросам стандартизации ведения лечебно-диагностического процесса, вопросам доказательной медицины по эффективности и безопасности лекарственных препаратов, нежелательных побочных действий лекарственных средств и к диагностике, лечению и ведению больных с инфекционно-воспалительными урологическими заболеваниями. 

## Ринат Галеев: «Будущее за высокими»

Главный уролог Министерства здравоохранения Татарстана, Заслуженный врач РТ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и нефрологии Казанской государственной медицинской академии Ринат Харисович Галеев в этом году стал лауреатом премии «Лучший врач года в Республике Татарстан». В интервью региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в урологии» в Казани Георгию Бармину он рассказал о своей научной и практической деятельности, организации урологической службы в Республике Татарстан.

**Главный уролог и член аттестационной комиссии МЗ РТ, с 1998 года член Европейской ассоциации урологов и председатель научного общества урологов Закамского региона Татарстана, член правления Российского общества урологов с 2002 года. С 2004 года возглавляет отделение пересадки почки РКБ. Член редакционной коллегии журнала «Онкоурология». Опубликовано 102 работы, получено 15 авторских свидетельств, сделано 9 рационализаторских предложений. С 25 октября нынешнего года – член Всероссийской ассоциации трансплантологов. Это все о вас. А учеников у вас много?**

Мои ученики выполнили и защитили восемь кандидатских и две докторские диссертации. В работе еще шесть, в том числе и выполняемые сотрудниками кафедры. Диссертанты – врачи из городов Волго-Вятского региона.

**А себя вы чьим учеником считаете?**

Я в медицине с 1971 года. Тогда, после окончания Казанского государственного медицинского института (КГМИ), начал работать врачом урологического отделения в Йошкар-



Оле. Пройдя в 1974 году курс первичной специализации на кафедре урологии Казанского ГИДУВа, окончательно определился в выборе клинической специальности – уролога. Затем окончил ординатуру на кафедре урологии КГМИ. Был заведующим урологическим отделением РКБ, одновременно работал на кафедре урологии КГМИ в должности ассистента. С 1980 года перешел на работу в должности ассистента кафедры урологии и нефрологии Казанского ГИДУВа. В 1985 году защитил кандидат-

скую диссертацию «Реконструктивные операции при вариантных формах почечной артерии». Затем там трудился в должности доцента кафедры...

В 1993 году защитил докторскую: «Цистэктомия и илеоцистопластика у больных раком мочевого пузыря». Я считаю себя учеником выдающегося представителя казанской медицинской школы Ивана Федоровича Харитоновича. Прекрасный знаток топографической анатомии, он в совершенстве владел техникой операций на органах мочеполовой системы,

# технологиями, но классическая хирургия никогда не потеряет своего значения»

в том числе и у детей. Он автор монографии «Анатомия мочеточников», получившей высокую оценку ведущих урологов страны. Иван Федорович был к тому же и великолепным человеком, который никогда ни гнушался общаться с начинающим врачом. В клинике находился с семи утра до позднего вечера, такое же ответственное отношение к работе и передал своим ученикам.

Харитонов был одним из лучших учеников знаменитого хирурга Александра Васильевича Вишневецкого, который еще в самом начале прошлого века опубликовал свои первые работы, посвященные вопросам, в то время новой, выделяющейся из хирургии специальности – урологии. Его метод лечения масляно-бальзамическими тампонами до сих пор с успехом применяют при паранефрите, орхоэпидимите, абсцессе простаты и других гнойных процессах. Поскольку Харитонов был учеником Александра Васильевича, можно сказать, что и я являюсь учеником Вишневецкого. Мы – продолжатели традиций Казанской школы урологи, которую отличает в большей степени направленность в отношении хирургических вмешательств.

## То есть так же как и много лет назад, ваши коллеги «пускают» пациентов под хирургический нож?

По этому поводу могу привести любопытный пример из своей жизни. Когда я молодым парнем в медицинском институте выбирал специализацию, помню, один из профессоров предупреждал: в хирургию, урологию идти не перспективно. В скором времени необходимость в хирургических вмешательствах будет минимальной. Будущее – за предупре-

ждением болезней. С той поры прошло немало лет, я уже тридцать семь лет в урологии и до сих пор делаю по четыре-пять операций в неделю.

Можно сказать, здесь ситуация, подобная попытке найти границу горизонта: появляются новые технологии и одновременно развиваются методы классической хирургии. Например, при раке мочевого пузыря, если раньше часть его удаляли, то сейчас делаем цистэктомия. Или при аденоме предстательной железы, при ее увеличении до определенных размеров, традиционный хирургический способ лечения ничем не хуже, а может быть, в иных случаях и лучше. Ведь к каждой проблеме нужно подходить индивидуально: смотреть, что лучше, какой способ применить при лечении того или иного больного. Хотя все самые современные методы лечения этой болезни нам сейчас доступны. То же самое можно сказать и о мочекаменной болезни. Оборудование мы освоили самое современное, но практика показала, что не только современный метод дробления всегда бывает наиболее эффективным. Иногда нужно сделать операцию и удалить камень. Здоровый разумный консерватизм в нашем деле необходим. Ведь и при применении самых современных и прогрессивных форм лечения летальные исходы случаются. Конечно, будущее за высокими технологиями, но я лично считаю, что классическая хирургия никогда не потеряет своего значения.

## Проблемы урологии находят отражение в национальном проекте «Здоровье»?

Одной из задач цивилизованного общества является создание максимально благоприятных

условий для сохранения здоровья своих граждан. Поэтому прогресс отечественной медицинской науки и практики имеет большое значение. Органо-замещающие и реконструктивные операции человеческого организма, в том числе на органах мочеполовой системы, являются одним из достижений современной медицины и хирургической дисциплины в частности, получившей мощный толчок в своем развитии на рубеже XX и XXI веков.

При реализации национального проекта «Здоровье» урология занимает важное место, так как заболевания органов мочеполовой системы являются одной из ведущих причин снижения качества жизни, инвалидизации и смертности, создают целый ряд проблем социального и экономического характера. В то же время лечение урологических заболеваний в большинстве случаев требует выполнения операций с использованием новейших технологий и современного оборудования. Обеспечивая радикальное излечение пациентов, страдающих тяжелыми урологическими заболеваниями, такими, как опухоли мочевого пузыря, рубцово-сморщенный мочевой пузырь туберкулезной этиологии, мионейрогенными дисфункциями мочевого пузыря, пузырно-влагалищными свищами, стриктурами мочеиспускательного канала на большом протяжении, заболеваниями почечных артерий и терминальными заболеваниями почек, данные методы лечения создают условия для оздоровления активных членов общества и сохранения нации. Помимо гуманитарного значения данного вида помощи, позволяющего сохранять жизнь и здоровье гражданам, очевидна



и социально-экономическая эффективность органозамещающих и реконструктивных оперативных вмешательств по сравнению с длительным, дорогостоящим и малоперспективным традиционным лечением больных с тяжелыми заболеваниями. В результате применения новых означенных методов лечения в общество возвращаются его полноценные члены с сохраненной трудоспособностью, возможностью создания семьи и рождения детей.

**В этом году на юбилей Казанской Государственной медицинской академии вы выступили с актовой речью, что является признанием вашей научной и практической деятельности. Это была торжественная речь-приветствие?**

Речь о практических вопросах урологии была посвящена органозамещающим и реконструктивным операциям на органах мочеполовой системы. Слово было предоставлено кафедре

урологии и нефрологии Казанской государственной медицинской академии.

**Ринат Харисович, вы заведуете этой кафедрой с 1996 года. Помните первые успехи в должности администратора?**

У кафедры появилось несколько новых клинических баз: отделение «Неотложной урологии» 6-й городской больницы, «Уроонкологии» Республиканского онкологического диспансера, андрологической базой кафедры является отделение РКБ №2. Подготовлены и внедрены в учебный процесс циклы тематического усовершенствования: «Андрология», «Вопросы уронефрологии», «Внепочечные методы очищения», «Вопросы трансплантологии».

**Каковы основные направления научной и практической деятельности кафедры в наши дни?**

Увеличился объем эндоскопических и малоинвазивных вмешательств. Следуя требованиям

времени к повышению уровня социальной реабилитации пациентов, разработаны и внедрены в практику здравоохранения новые методы оперативного лечения андрологических и урогинекологических больных. Это, в частности, органозамещающие и реконструктивные операции на органах мочеполовой системы. На сегодняшний день в урологической практике созданы все условия для полного замещения органов: почки, мочеточника и мочевого пузыря. Актуальной остается проблема полного или частичного замещения мочеиспускательного канала. Для замещения мочеиспускательного канала применяют кожу, оболочки яичка, аппендикс и т.д. За последние двадцать лет сотрудниками кафедры урологии и нефрологии была проведена большая работа по разработке и внедрению органозамещающих и реконструктивных операций, таких, как пересадка трупной почки, пересадка от живого донора, пересадка собственной почки, замещение мочеточника и мочевого пузыря, замещение мочеиспускательного канала. Многие операции носят уникальный характер, некоторые выполнены впервые в России и Поволжском регионе. Какие операции наиболее распространены? Самые распространенные операции – полное или частичное замещение мочевого пузыря и мочеточника. В современной урологии очень часто возникает необходимость в таких операциях. Лучшим пластическим материалом для этой цели на сегодняшний день является сегмент кишечника. В онкологической практике в последние двадцать лет широко внедрена операция удаления мочевого пузыря по поводу рака. Качество жизни таких больных, их социальная адаптация зависят от возможности адекватного отведения мочи. Подобные же проблемы возникают и у больных с туберкулезным сморщиванием мочевого пузыря, хроническим интерстици-



Солдат в полном здравии после двух уникальных операций



Медицинская семья и династия:  
с супругой Галией (рентген-лаборант)  
и сыном Шамилем (к.м.н., ассистент  
кафедры урологии КГМА)

альным циститом и при мионейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Разработанный на кафедре способ замещения мочевого пузыря изолированным сегментом подвздошной кишки отличается от мировых аналогов максимальным сохранением кровоснабжения сегмента кишки, взятого для формирования мочевого пузыря, особенностями анастомоза между кишечным сегментом и уретрой, позволяющим сохранить естественность мочеиспускания и удержания мочи у пациента.

В урологической клинике Казанской государственной медицинской академии и в других лечебных заведениях за период с 1981 по 2007 годы мне пришлось провести более 350 операций полного или частичного замещения мочевого пузыря и мочеточника сегментом подвздошной кишки. Данная методика операции внедрена в клиническую практику урологического отделения Российского онкологического научного центра, в клиники Москвы, Самары, Екатеринбурга, Уфы, Тольятти, Пензы, Стерлитамака и других российских городов.

#### **В каких случаях замещают мочевой пузырь и мочеточник?**

Основная масса операций была выполнена по поводу рака мочевого пузыря, после перенесенной радикальной цистэктомии. Другими показаниями для проведения опе-

рации были состояние после цистпростатэктомии по поводу рака предстательной железы, мионейрогенная дисфункция мочевого пузыря, туберкулез мочевого пузыря, интерстициальный цистит и мочеточниково-пузырно-влагалищный свищ. При последних заболеваниях илеоцистопластика проведена по поводу сморщивания мочевого пузыря без цистэктомии. Возраст прооперированных больных варьировался от 8 до 72 лет.

#### **Ринат Харисович, в прессе было много коротких сообщений о сложных операциях, которые вы сделали молодому солдату, – он получил тяжелые увечья. Расскажите подробнее, что это были за операции и в чем их уникальность?**

Это были органозамещающие и реконструктивные операции на органах мочеполовой системы. Сложность заключалась в том, что на момент проведения операции в научных медицинских публикациях были сообщения о возможности замещения уретры слизистой щеки. В доступной нам литературе мы не обнаружили сообщения об одномоментном замещении мочевого пузыря и уретры на большом протяжении. И потому на тот момент, да и сейчас эта операция остается уникальной.

Пациент – молодой человек, получивший тяжелую травму во время прохождения срочной военной службы. Из анамнеза заболевания было установлено следующее. Политравма с переломом костей таза и бедра, разрывами мочевого пузыря, сигмовидной кишки и уретры при ДТП во время службы в вооруженных силах РФ в 2002 году. Получал лечения в госпиталях Владикавказ, Ростова-на-Дону, Подмоскovie и лечебных учреждениях Казани. За четыре года перенес восемь операций по поводу перенесенной травмы, ее последствий и осложнений.

В ноябре 2006 г. он поступил в урологическое отделение Республиканской клинической

больницы МЗ РТ с диагнозом стриктура перепончатого, луковичного и промежностного отделов уретры протяженностью 5,5 см. Эпицистостома, микроцистис. Двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, вторичный двусторонний уретерогидронефроз первой стадии. Вторичные камни мочевого пузыря и задней уретры. Двусторонний пиелонефрит, цистит и простатит в фазе латентного воспаления.

После тщательной подготовки больного, заключающейся в удалении камней из мочевого пузыря и задней уретры, а также консервативной терапии, направленной на ликвидацию воспалительных процессов мочевой системы, пациенту сначала был сформирован новый мочевой пузырь из участка подвздошной кишки. Операция прошла успешно, однако из-за имеющейся стриктуры уретры большой был обречен на необходимость опорожнения мочевого пузыря через эпицистостомическую трубку.

Из-за тяжелого и протяженного повреждения мочепускающего канала проведение типичных операций, выполняемых при травмах уретры, оказалось невозможным, а результат был бы неудовлетворительным. В связи с этим больному была выполнена операция по формированию мочепускающего канала из свободного лоскута слизистой нижней губы.

На уретрограммах больного после формирования мочепускающего канала определялась хорошая проходимость уретры. 12 марта 2007 г. после двух сложнейших высокотехнологичных реконструктивных операций: формирования искусственного мочевого пузыря и уретры – больной был выписан в удовлетворительном состоянии с полностью восстановленным мочеиспусканием, а наблюдение за пациентом в последующий год продемонстрировало очень хорошие результаты проведенного лечения. 



## ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1. Компания «Медфорум-ПР»:** организация PR-мероприятий, акций, специализированных премий, шоу, лончей препаратов, корпоративных праздников. Event-менеджмент в сфере медицины, фармации, космецевтики.
- 2. Компания «Медфорум-ЕХРО»:** организация выставок, международных конференций, симпозиумов, научных школ в России и странах СНГ для врачей различных специальностей, провизоров и фармацевтов.

**3. Туристическое агентство, деловой туризм** – организация программ делового туризма с посещением международных выставок в страны ЕС, Азии, Африки. Проведение акций, конкурсов с производителями, дистрибьюторами, аптечными сетями.

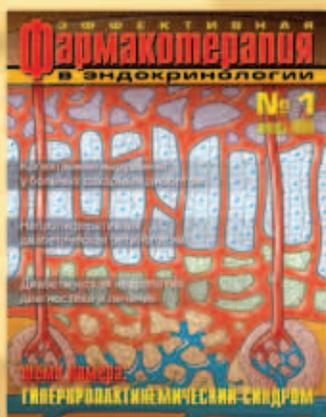
**4. Центр корпоративного обучения и консалтинга:** проведение бизнес-тренингов, мастер-классов для сотрудников аптек, косметических центров, фармацевтических компаний в Москве, Санкт-Петербурге, регионах России. Учебные центры в Краснодаре, Екатеринбурге, Ростове-на-Дону, Нижнем Новгороде.

**5. Партнерские программы** по проведению аналитических, социологических и маркетинговых исследований фармацевтического, косметологического и медицинского рынков. Партнерские программы по созданию программ лояльности с участием аптечных сетей в регионах России.



**6. Издательский дом «Медфорум»** выпускает 3 категории журналов:

- серия **«Эффективная фармакотерапия»** – для врачей узких специальностей – акушеров и гинекологов, кардиологов, гастроэнтерологов, неврологов, урологов, онкологов, эндокринологов;
- журнал **«Вестник семейной медицины»** – издание Всероссийской ассоциации врачей общей практики для врачей первичного звена здравоохранения;
- ежемесячный журнал **«Аптечный бизнес»** для аптек и аптечных сетей с ежемесячным электронным приложением на CD «ФАРМ-ИНФОРМ».



# “Я хочу жить полной жизнью, не опасаясь развития осложнений ДГПЖ ни сегодня, ни завтра”



## КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ:

пожалуйста, перед назначением препарата ознакомьтесь с полной версией инструкции по применению

Регистрационный номер: ЛС-000052.

Международное непатентованное название: дутастерид.

Лекарственная форма: капсулы.

Состав: действующее вещество – дутастерид 0,5 мг.

Фармакологическая группа: двойной ингибитор 5 $\alpha$ -редуктазы.

### ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

#### Фармакодинамика

Дутастерид – двойной ингибитор 5 $\alpha$ -редуктазы. Он подавляет активность изоферментов 5 $\alpha$ -редуктазы 1-го и 2-го типа, которые ответственны за превращение тестостерона в 5 $\alpha$ -дигидротестостерон (ДГТ).

Дигидротестостерон является основным андрогеном, ответственным за гиперплазию железистой ткани предстательной железы.

#### Влияние на концентрацию дигидротестостерона и тестостерона

Максимальное влияние дутастерида на снижение концентраций дигидротестостерона является дозозависимым и наблюдается через 1–2 недели после начала лечения. Через 1 и 2 недели приема дутастерида в дозе 0,5 мг в сутки медианные значения концентраций дигидротестостерона в сыворотке крови снижаются на 85 и 90%.

### ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Лечение и предотвращение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (уменьшает ее размеры, улучшает мочеиспускание и снижает риск возникновения острой задержки мочи и потребности в хирургическом лечении).

#### ПРОТИВПОКАЗАНИЯ

- Дутастерид противопоказан пациентам с гиперчувствительностью к нему, другим ингибиторам 5 $\alpha$ -редуктазы или к любому ингредиенту этого препарата.
- Дутастерид противопоказан женщинам и детям.

#### ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Дутастерид подвергается интенсивному метаболизму, а его период полувыведения составляет 3–5 недель, и поэтому необходимо соблюдать осторожность при лечении дутастеридом пациентов с нарушениями функции печени. При интерпретации уровня ПСА у пациента, получающего Аводарт в течение 6 месяцев и более, полученный уровень ПСА необходимо увеличить вдвое, а затем сравнить его с нормальными уровнями для данной возрастной категории.

### СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

#### Взрослые мужчины (включая пожилых)

Рекомендуемая доза дутастерида составляет одну капсулу (0,5 мг) один раз в сутки перорально. Капсулы следует принимать целиком.

Дутастерид можно принимать независимо от еды.

Эффект наступает довольно быстро, но лечение следует продолжать не менее 6 месяцев для того, чтобы объективно оценить действие препарата.

#### ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

• Изменени (снижение) либидо, нарушение эякуляции, гинекомастия (включая болезненность и увеличение грудных желез), зрительная дисфункция.

• Аллергическая реакция (сыпь, зуд, крапивница, локализованный отек).

ФОРМА ВЫПУСКА: по 10 капсул в блистере. По 3 или 9 блистеров вместе с инструкцией по применению в картонной пачке.

  
**Аводарт**<sup>®</sup>  
Дутастерид



**Аводарт меняет представление о ДГПЖ!**

«ГлаксоСмитКляйн», 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр. 3., тел.: (495) 777-8900, факс: (495) 777-8901



Когда другие макролиды бессильны...

# Вильпрафен®

джозамицин

- Доказанная эффективность в отношении хламидийных, микоплазменных и смешанных инфекций урогенитального тракта
- Благоприятный профиль безопасности: отсутствие патологического влияния на моторику и микрофлору кишечника, минимальный риск лекарственных взаимодействий
- Препарат выбора для лечения хламидийной и микоплазменной инфекции у беременных
- Заслуженное доверие ведущих российских экспертов в области диагностики и лечения урогенитальных инфекций

ЗАО Астеллас Фарма

Московское Представительство,  
109147 Москва, Марксистская ул. 16  
телефон: (095) 737 07 55; факс (095) 737 07 57



Свет, ведущий к жизни  
Создана слиянием Yamanouchi и Fujisawa