

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

**№ 3**  
октябрь 2007

Рецидивирующие инфекции  
нижних мочевых путей

Эректильная дисфункция

Гиперактивный мочевой пузырь

**ТЕМА НОМЕРА:**

**Бактериальный простатит**

ВСЕ 15 ЛЕТ...

# Ципринол®

ципрофлоксацин

таблетки, 250 мг, 500 мг, 750 мг  
раствор для инфузий (концентрат), 100 мг/10 мл  
раствор для инфузий, 200 мг/100 мл

«Золотой стандарт»  
среди фторхинолонов

ОПРАВДЫВАЕТ  
ОЖИДАНИЯ

**Состав:** 1 таблетка содержит 250 мг, 500 мг или 750 мг ципрофлоксацина в виде хлорида моногидрата, 10 мл (1 ампула) концентрата содержит 100 мг ципрофлоксацина в виде лактата, 100 мл (1 флакон) раствора содержит 200 мг ципрофлоксацина в виде лактата. **Показания:** Бактериальные инфекции мочевыводящих и нижних отделов дыхательных путей, уха, горла и носа, костей и суставов, кожи, мягких тканей, половых органов. Абдоминальные и гепатобилиарные инфекции. Тяжелые системные инфекции. Инфекции у больных с нейтропенией. Лечение сальмонеллёзных бактерионосителей. Бактериальная диарея. Профилактика инфекций при хирургических вмешательствах. **Дозировка:** Обычно от 250 мг до 750 мг дважды в день внутрь или от 200 мг до 400 мг дважды в день внутривенно в зависимости от тяжести состояния. Таблетки принимаются целиком с небольшим количеством жидкости. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к препарату или другим хинолонам. Беременность и кормление грудью. Не рекомендуется применение ципрофлоксацина у детей и подростков в период роста. Применение препарата в данном возрасте до-

пускается только в случае, если преимущества его применения превышает возможный риск развития нежелательных реакций. **Нежелательные реакции:** Расстройства ЖКТ, тошнота, головокружение, головная боль, реакции гиперчувствительности, локальные реакции в месте инъекции и другие. Очень редко тендовагиниты. **Взаимодействие:** Антациды (содержащие алюминий, магний или кальций), сукральфат, препараты, содержащие железо и цинк, снижают всасывание ципрофлоксацина. Одновременный прием ципрофлоксацина и теофиллина (кофеина), может вызвать нежелательное повышение концентрации теофиллина (кофеина) в сыворотке и продлить время их выведения. При одновременном приеме ципрофлоксацина и антикоагулянтов может увеличиться время кровотечения, поэтому рекомендуется чаще контролировать протромбиновое время. Одновременный прием ципрофлоксацина и циклоспорина увеличивает нефротоксичность последнего.

**Упаковка:** 10 таблеток по 250 мг, 500 мг или 750 мг, 5 ампул по 100 мг в 10 мл, 1 флакон раствор для инфузий 200 мг в 100 мл.

За более подробной информацией обращайтесь в представительство.

Представительство в РФ

123022, г. Москва, ул. 2-я Звенигородская, д. 13, стр. 41, эт. 5  
Тел. (495) 739 66 00. Факс (495) 739 66 01. E-mail: info@krka.ru www.krka.ru

KRKA



**7-8 ФЕВРАЛЯ 2008 ГОДА**

**Вторая Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием**

# **Рациональная фармакотерапия в урологии-2008**

Всероссийская междисциплинарная школа для урологов, терапевтов, семейных врачей, гинекологов, дерматовенерологов, заместителей главных врачей ЛПУ, микробиологов, иммунологов, специалистов по антимикробной химиотерапии и клинических фармакологов России

**Организаторы конференции:**

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий
- Российское общество урологов

**Организатор выставочной экспозиции:**



## **В программе конференции**

**Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов:**

- бактериологическая диагностика возбудителей инфекции мочевых путей
- управление неосложненной и осложненной инфекцией мочевых путей
- катетер-ассоциированная инфекция мочевых путей
- госпитальные инфекции мочевых путей
- мочекаменная болезнь и мочевиная инфекция
- пиелонефрит беременных
- инфекции мочевых путей у детей
- инфекции мочевых путей у больных с нейтропенией
- грибковая инфекция мочевых путей
- современная фармакотерапия и улучшение качества жизни больных с урологической инфекцией
- заболевания, передающиеся половым путем: современные методы диагностики и лечения
- простатит: новые подходы к комплексной терапии
- уросепсис современные стандарты лечения
- антибиотикорезистентность возбудителей инфекции мочевых путей
- антибактериальная профилактика перед урологическими операциями
- современные антимикробные и антимикотические средства
- побочные действия антибактериальных препаратов
- антисептические и дезинфицирующие средства в госпитальной урологической практике

**Медикаментозная терапия урологических заболеваний:**

- профилактика и лечение ДГПЖ
- эффективная фармакотерапия эректильной дисфункции
- андрогендефицитное состояние у мужчин
- недержание мочи (гиперактивный мочевой пузырь)
- метаболический синдром как причина урологических заболеваний
- противоопухолевая химиотерапия в урологии (секция онкоурологов)
- вопросы фармакоэкономических исследований в урологии
- оценка качества жизни урологических пациентов
- средства ухода за пожилыми больными
- новые технологии, медицинская техника и диагностическое оборудование в госпитальном секторе

**Проводится конкурс молодых ученых: принимаются научные работы по рациональной фармакотерапии урологических заболеваний от ученых до 35 лет до 1 декабря 2007 г. по адресу: [imp2006@bk.ru](mailto:imp2006@bk.ru)  
Информация на сайте ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий: [www.uro.ru](http://www.uro.ru)**

**Место проведения: Москва, Дом ученых РАН, ул. Пречистенка, д.16**

**Оргкомитет:** ФГУ НИИ Урологии Росмедтехнологий: 105425, Москва, 3-я Парковая ул., д.51,  
тел.: **(495) 367-17-17; 165-88-55; 165-09-11; 234-07-34**

Прием тезисов до 1 декабря 2007 г. по адресу: [imp2006@bk.ru](mailto:imp2006@bk.ru)

**По вопросам участия в выставочной экспозиции и спонсорской поддержки  
обращаться в компанию «Медфорум». Телефон: (495) 234-07-34**

**Генеральный информационный спонсор:**

**Информационные спонсоры:**



**ВЕСТНИК  
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**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: sinprof@webmed.ru)

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

выпускающий редактор **О. Дмитриева**  
(e-mail: olga\_dmitrieva@mail.ru)

ответственный секретарь **Е. Матеузова**  
арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Н. Кононова**

набор **Е. Виноградова**

подписка и распространение **Т. Кудрешова**  
(e-mail: podpiska@webmed.ru)

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

менеджер по организации конференций **Н. Моисеева**  
(e-mail: expo@webmed.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.

№3 октябрь 2007

## СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

### здравоохранение сегодня

Маргарита Трапезникова: «Мы живем в век новых технологий» **6**

### тема номера: бактериальный простатит

**А.А. Камалов, Е.А. Ефремов, С.Д. Дорофеев, Д.А. Охоботов,  
Я.И. Мельник, Д.А. Бедретдинова**

Клинико-иммунологические аспекты хронического бактериального простатита  
на фоне проведения иммуномодулирующей терапии **10**

### клиническая эффективность

**Л.А. Синякова**

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей: проблемы и пути решения **18**

### вопросы эпидемиологии

**М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов, А.А. Подойницын**

Гиперактивный мочевой пузырь: факторы риска, клиника, диагностика **24**

### лекции для врачей

**В.В. Борисов, С.Ю. Калининко**

Эректильная дисфункция при соматических заболеваниях **28**

### клинические исследования

**М. С. Евдокимов**

Результаты применения препарата Простамол® Уно у больных хроническим  
абактериальным простатитом **34**

**В.Н. Павлов, Р.И. Сафиуллин, А.А. Казихинуров, Р.Р. Ишемгулов,  
А.Т. Мустафин, А.Р. Махмутов**

Ликопрофит в реабилитации пациентов после трансуретральной резекции  
по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы II стадии **38**

### фармакоэкономика

**Т.С. Перепанова**

Фармакоэкономические преимущества применения Ципринола  
после трансуретральных операций **44**

## Шоковая волновая терапия – метод лечения хронической тазовой боли

**С**индром хронической тазовой боли (СХТБ) является симптомокомплексом, включающим различные расстройства мочеиспускания, а также болевые ощущения в промежности, яичках, мочевом пузыре и спине. Эффективной терапии данного состояния еще не разработано. Авторы исследовали наружную шоковую волновую терапию (НШВТ) в режиме 2000 импульсов, 3 Гц, плотность энергии 0,25 мДж/мм<sup>2</sup> в лечении 20 мужчин с СХТБ. Средняя продолжительность жалоб у пациентов составила 7,7 месяцев. Лечение проводилось раз в неделю на протяжении 4 недель с помощью электромагнитного устройства промежностным доступом. Каждый сеанс длился 15 минут. Весь курс терапии хорошо переносился пациентами без применения анестезии. Побочных эффектов отмечено не было. Симптомы мочеиспускания по IPSS снизились сра-

зу после лечения и сохранялись в таком состоянии на протяжении 4 недель. Боль по визуальной аналоговой шкале уменьшилась на 30,2% к 12-й неделе после лечения, снижение симптомов хронического простатита по CPSI достигло 27,6% на 12-й неделе после курса терапии. Таким образом, в связи с отсутствием альтернативных методов лечения, физиотерапия, такая как НШВТ, является достаточно эффективной в лечении СХТБ. Уменьшение болевых симптомов ведет к улучшению качества жизни, что является важным аспектом для большинства пациентов с СХТБ. Данный вид терапии не исключает применение других методов и может проводиться в амбулаторных условиях с минимальными временными и финансовыми затратами.

Источник: vienna-doctor.com

## Рак простаты и препарат финастерид

**Б**ыли получены данные о том, что мужчины, получающие финастерид для лечения СНМП, реже болеют раком простаты, но стадия выявляемого рака при этом выше. Авторы проанализировали данные анализов 1760 мужчин, находившихся на лечении в урологическом центре по поводу СНМП. Из них 93 пациента получали финастерид, и в последствии им была проведена биопсия простаты. Среднее время приема финастерида – 3,2 года. Рак простаты был диагностирован у 14 пациентов (15,1%), при этом средняя сумма баллов по шкале Глисона равнялась 7. Концентрация ПСА у пациентов с диагностированным в последствии раком оказалась равной 12,5 нг/мл, при отсутствии рака – 8 нг/мл. Средний возраст развития рака был сопоставим в группе, принимавшей финастерид (73 года), и не принимавшей данный препарат (71 год). Средняя заболееваемость в аналогичной возрастной группе, не принимающей финастерид, также была сопоставима – 18,9%, при этом стадия рака была такая же (7 баллов по Глисон). Таким образом, пациенты, получающие финастерид для лечения СНМП, оказываются в той же группе риска по развитию рака простаты, что и остальная популяция.

Источник: solvay-pharma.ru

## Прием витаминов может привести к раку простаты

**К**ак сообщает сайт americaru.com, по данным прошедшего недавно исследования, которое было осуществлено американскими учеными, употребление большого количества витаминов существенно повышает риск развития рака простаты. В пятилетних исследованиях были задействованы порядка 300 тыс. мужчин. В результате ученые смогли констатировать, что у тех, кто употреблял витамины чаще, чем 7 раз в неделю, возможность развития рака простаты с метастазами в другие органы возрастала на 30 % по сравнению с теми, кто витамины не употреблял. Это касалось в первую очередь мужчин, наделенных от природы наследственной предрасположенностью к данному заболеванию.

Источник: medplaneta.ru

## Холодовая проба в качестве диагностического теста

**Х**олодовая проба может быть использована у пациентов с нейрогенной гиперактивностью детрузора. Холодовой рефлекс мочевого пузыря проявляется сокращением детрузора в ответ на внутрипузырное введение холодной жидкости. Данный рефлекс является спинальным, вызывается стимуляцией определенных холодовых рецепторов и передается по чувствительным немиелинизированным С-волокам. В соответствии с литературными данными, с помощью холодной пробы можно отличить нейрогенную форму от ненейрогенной формы гиперактивности детрузора. Авторы исследовали зависимость между нарастанием максимального давления во время холодной пробы и во время цистометрии.

Ретроспективно оценивались данные уродинамического исследования 48 пациентов с нейрогенной гиперактивностью детрузора. Холодовой

тест проводился введением 4-80С физраствора со скоростью 100 мл/мин. Оказалось, что максимальное давление детрузора во время проведения холодного теста равнялось 78,44 см водного столба (30-150 см), а во время цистометрии наполнения – 69,98 см H<sub>2</sub>O водного столба (20-133 см). Была выявлена достоверная положительная корреляция между этими показателями (коэффициент корреляции – 0,76). Скорость нарастания давления (определявшаяся как отношение максимального давления ко времени его достижения) при холодном тесте и цистометрии наполнения также достоверно коррелировали (коэффициент корреляции 0,75). Приведенные данные позволяют использовать холодную тест в качестве диагностической процедуры у пациентов с нейрогенной гиперактивностью детрузора.

Источник: vienna-doctor.com

## КТР-лазерная вапоризация простаты

**С**редний возраст пациентов равнялся 71,1 года, средний объем простаты – 43,9, среднее время оперативного вмешательства – 53 минуты. В зависимости от дооперационной эректильной функции, оцененной по МИЭФ, все пациенты были разделены на 4 группы: сумма баллов от 1 до 7 была зарегистрирована у 57,4% пациентов (тяжелая ЭД, группа 1), баллы от 8 до 16 у 14,9% (умеренная ЭД, группа 2), от 17 до 21 – у 12,8% (легкая ЭД, группа 3) и от 22 до 25 – у 14,9% (отсутствие ЭД, группа 4). Через год после операции распределение пациентов по группам оказалось следующим: 70%, 3,3%, 6,7% и 20%. До операции антероградную эякуляцию отмечали 37,3% пациентов, на ретроградную эякуляцию предъявляли жалобы 2,1%, сексуальная активность отсутствовала у 60,6% испытуемых. К году после операции количество мужчин с антероградной эякуляцией снизилось до

6,7%, а с ретроградной эякуляцией – повысилось до 23,3%. Сексуальную активность не отмечали 70% пациентов. Общая сумма баллов по МИЭФ снизилась от 9,2 до 7,8 через год после вмешательства, в то же время среди мужчин, не отмечающих ЭД, она осталась практически неизменной. Хотя до вмешательства 84,7% сексуально активных мужчин жаловались на антероградную эякуляцию, после проведения ФВП 77,7% пациентов отмечали ретроградную эякуляцию. Таким образом, после ФВП отмечается улучшение эректильной функции у пациентов, хотя более 70% отмечают отсутствие сексуальной активности. Наиболее распространенным побочным эффектом является ретроградная эякуляция, отмечающаяся у более чем 75% пациентов.

Источник: allmedicina.ru

## Обрезание и сексуальная жизнь мужчин

**С**ексологи ведут споры по поводу того, как влияет и влияет ли обрезание на сексуальную чувствительность пениса, однако подробных научных исследований, посвященных данной проблематике, довольно мало. На сегодняшний день Южная Корея лидирует по количеству обрезанных мужчин, большая часть из которых подверглась этой процедуре в зрелом возрасте. Эта статистика предоставляет корейским ученым Университета Gyungki-Do широкое поле для исследований. В эксперименте было задействовано 373 сексуально активных мужчин разных возрастных групп, от 30 до 57 лет, известно, что 255 из них подверглись обрезанию (средний возраст – 37,1 лет), а 118 – нет (38,2 года). В результате исследования ученые смогли выяснить, в действительности нет ли существенного различия в сексуальном возбуждении, эрекции, эякуляции и длительности секса до эякуляции между обрезанными и необрезанными мужчинами.

Источник: medichelp.ru

## Влияние ожирения на концентрацию ПСА

**И**звестно, что ожирение ассоциируется с более высокой стадией и степенью злокачественности выявляемого рака простаты, а также с более высокой смертностью от данного заболевания. Из-за повышенной ароматизации тестостерона в эстрогены, которая происходит в связи с избытком жировой ткани, наблюдается более низкий уровень ПСА. Это может привести к более поздней постановке диагноза и, соответственно, худшим результатам лечения. Авторы проанализировали взаимосвязь между ожирением и концентрацией ПСА у мужчин 47-76 лет. Всех пациентов разделили на 4 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): нормальная (ИМТ<25), с превышением веса (25<ИМТ<30), 1-я степень ожирения (30<ИМТ<35), 2-я и 3-я степень ожирения (ИМТ>35). Оказалось, что концентрация ПСА в данных 4 группах снижалась и равнялась 3,7; 3,0; 2,6 и 1,5 соответственно. Между всеми группами определялась достоверная разница ( $p=0,03$ ). Корреляция между ИМТ и значением ПСА также была достоверна ( $r=0,1$ ,  $p=0,01$ ). В связи с полученными данными авторы предлагают ввести коррекцию концентрации ПСА у мужчин с ожирением для назначения им диагностической биопсии.

Источник: solvay-pharma.ru

## Влияние длины уретры на развитие удержания мочи после операции

**В** исследование были включены 20 пациентов с раком простаты, из них ДГПЖ-ассоциированные расстройства мочеиспускания выявлялись до операции у 35%. Эндоректально с помощью МР-метода была определена функциональная длина уретры. Удержание мочи оценивалось через 3-4 недели после операции. Результаты измерений показали, что длина мембранозной части колебалась от 5 до 20 мм (в среднем – 11,6 мм). У 6 пациентов (30%) функция удержания мочи сохранилась через месяц после операции. У 2 пациентов (10%) развилось тяжелое недержание. Была выявлена достоверная корреляция между длиной уретры и последу-

ющим развитием недержания ( $p=0,03$ ). Вместе с тем послеоперационное недержание мочи не зависело от объема простаты до операции ( $p=0,2$ ). Неoadъювантная гормональная терапия, направленная на снижение дооперационного объема простаты, не влияла на последующую континенцию. В связи с этим, авторы пришли к выводу, что наиболее достоверным прогностическим фактором может являться МР-определение функциональной длины мембранозной части уретры.

Источник: vienna-doctor.com

# Маргарита Трапезникова:



О проблемах и достижениях урологической службы Московской области, о новых методах лечения урологических заболеваний шеф-редактору журнала «Эффективная фармакотерапия в урологии» Евгении Стойновой рассказала руководитель урологического отделения МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, академик РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Маргарита Федоровна Трапезникова

**Маргарита Федоровна, расскажите, пожалуйста, какова статистика урологических заболеваний в Московской области?**

Московская область – огромный регион. Статистика заболеваний здесь в основном идентична общероссийской статистике. Как и во всей России, первое место принадлежит сердечно-сосудистым и онкологическим

заболеваниям. В урологии в последние годы спектр заболеваний претерпел трансформацию. Как и во всем мире, у нас в России, на первом месте стоит мочекаменная болезнь. На втором месте, по частоте – воспалительные заболевания. Но речь идет о воспалительных заболеваниях, которые являются вторичными, осложняющими течение основного урологического заболевания. Пациентов с такими заболеваниями, к сожалению очень много. Далее идет аденома предстательной железы или, как ее еще называют, «доброкачественная гиперплазия». Но академик Н.А. Лопаткин категорически говорит, что это аденома, а поскольку для нас Николай Алексеевич безусловный авторитет и учитель, мы прислушиваемся к его мнению. Затем – онкоурология. Но, если говорить о том, где третье, где четвертое место, то это вопрос спорный, т.к., к сожалению, онкология в органах мочеполовой системы встречается сейчас очень часто. Связано это с тем, что в последние годы на более высокий уровень поднялась ранняя диагностика онкозаболеваний.

**Вы хотите сказать, что онкопатология всегда занимала значительное место в структуре урологических заболеваний?**

В том то и дело. Ведь беда многих онкологических заболеваний, в том числе и онкоурологии, в том, что очень длительный процесс идет бессимптомно. И человек, если он не занимается своим здоровьем, может об этом и не подозревать. В Европе каждый человек, когда ему исполняется 50 лет, знает, что он должен пойти к врачу. У нас, к сожалению, этого еще нет. Но сейчас ситуация начинает меняться. Ключевыми моментами Национального проекта «Здоровье» стали диспансеризация, вы-

явление заболеваний на ранних стадиях и профилактика.

**Вероятно, и возможности диагностического оборудования в последние годы изменились?**

Да. Мы живем в век новых технологий. Я очень долго работаю в урологии, и если 20-30 лет назад многие заболевания распознавались уже практически в запущенных стадиях, то теперь появилось много новых возможностей, которые дают шансы врачам диагностировать то или иное заболевание на ранних стадиях. Не случайно сейчас большое количество опухолей выявляется на ранних стадиях. Причем, это не потому, что человек ищет у себя опухоль мочевого пузыря или предстательной железы. Нет, он порой проходит обследование по поводу каких-то болей в животе, его беспокоит желчный пузырь, и он выполняет плановое ультразвуковое обследование. А на ультразвуковом обследовании, совершенно случайно выявляется, что у него есть опухоль почки, которая никак себя не проявляет. И это дает человеку шанс для того, чтобы продлить свою жизнь.

**Что вы можете сказать о современных методах лечения урологических заболеваний?**

Лечебная тактика в урологии за счет внедрения новых технологий – дистанционной и контактной литотрипсии, эндоскопическим методам лечения, малоинвазивным вмешательствам для лечения урологических осложнений после пересадки почки, уродинамическим исследованиям, ультразвуковой диапневтике, молекулярно-биологическим исследованиям при раке предстательной железы – претерпела кардинальные изменения за последние годы. Взять, например, мочекаменную болезнь. 20 лет назад единствен-

# «Мы живем в век новых технологий»

ным методом лечения этого заболевания была открыта операция и наблюдение. Сегодня мы имеем очень много эффективных высокотехнологичных методик, таких, как дистанционная литотрипсия. Появились и методы эндоскопического разрушения камней. Эти методики не только уменьшают страдания больного, сокращают сроки его пребывания в стационаре, но имеют и экономические преимущества – койко-день пребывания больного в стационаре значительно сокращается. Это привело к тому, что в Московской области открытая операция выполняется только в тяжелейших, запущенных случаях, что составляет 10-15%. Все остальные пациенты лечатся более консервативным путем.

## Распространенность мочекаменной болезни примерно одинакова во всех странах мира?

Нет, в развитых европейских странах мочекаменная болезнь встречается реже и не в таких тяжелых формах. А мы часто наблюдаем тяжелейшие формы. В Московской области очень много рецидивов. Мы удаляем камень тем или иным путем, а болезнь остается. Но, тем не менее, когда появилась литотрипсия, прогресс в лечении мочекаменной болезни стал заметен. Необходимо отметить, что примерно 20% пациентам литотрипсия выполняется амбулаторным путем. Это возможно. Тем более что сейчас появилась аппаратура отечественного производства – аппарат «ЛГК-компакт», который проходил клиническое испытание в нашей клинике и в НИИ урологии. Мы апробировали этот аппарат и получили прекрасные результаты. Преимущество «ЛГК-компакт» в том, что он очень мобильный и во много раз дешевле своих импортных аналогов. Это дало нам возможность приобрести «ЛГК-компакт»

для девяти районов Московской области.

«ЛГК-компакт» – российская разработка. За экспериментальные обоснования и клиническое внедрение мы получили премию губернатора Московской области. Сейчас метод работы на этом аппарате представлен на премию правительства России.

## Предприятие, которое производит «ЛГК-компакт» находится в Московской области?

Да. Идея принадлежит ученым-физикам из Лыткарино, а до ума доводили эту аппаратуру в городе Железнодорожном. Все девять аппаратов, которые установлены в Московской области, успешно работают.

## Как организована в Московской области помощь урологическим больным? Что нужно для того, чтобы больной попал на лечение МОНИКИ?

В области 24 урологических отделений. Врач-уролог обязательно должен каждые пять лет проходить обучение на кафедре факультета усовершенствования



врачей на базе нашего института. В клинике есть ординатура и аспирантура. Двухгодичной аспирантуры конечно мало для того, чтобы стать хорошим врачом, но это позволяет приобрести к школе, которую представляет собой урологическая клиника МОНИКИ. У нас были прекрасные учителя. Основположителем школы мы считаем профессора Арама Яковлевича Абрамяна, это мой учитель, который многие годы заведовал клиникой. Он заложил основы правильных взаимоотношений врача и пациента, которые заключались в том, что к пациенту



следует относиться как к своему близкому человеку. Следующим руководителем клиники с 1975 года являюсь я. У нас коллектив молодой, трудоспособный. В клинике пять докторов наук, почти все врачи кандидаты наук. Клиника является обладателем двух Грантов на проведение научных исследований: Грантом Президента РФ «В поддержку ведущих научных школ» (1996-2007 г.г.), которым отмечены достижения клиники в создании уникальной научной и практической школы урологов, и Грантом РФФИ «Молекулярно-биологические механизмы костного метастазирования при раке предстательной железы» (2001-2005 г.г.), присужденному по инициативному проекту, представленному клиникой. Последнее десятилетие клиника работает над следующими основными научными направлениями: проблемы мочекаменной болезни; проблемы уроонкологии; оперативное и консервативное лечение аденомы предстательной железы; лечение стриктур и облитераций мочеиспускательного канала у мужчин;

аномалии мочеполовой системы у детей и взрослых; малоинвазивные методы диагностики и лечения урологических осложнений после пересадки почки; новые технологии в лечении урологических заболеваний. В нашу клинику попадают пациенты с самыми тяжелыми случаями урологических заболеваний.

### **А кто определяет сложность случая?**

Это определяет врач-уролог на месте. У нас есть консультативная поликлиника, куда стекаются больные по направлениям из Московской области.

### **Врачей в клинике хватает, они способны помочь всем пациентам?**

Бывает очередь, к сожалению. В клинике 60 коек – этого мало. Но, тем не менее, наши возможности возросли. С введением новых методик лечения аденомы предстательной железы, мочекаменной болезни и других заболеваний сократились сроки пребывания больного в стационаре. Теперь пациент на третий-четвертый день выписывается из

стационара, а раньше на лечение уходило минимум 2-3 недели.

### **У вас бесплатная медицинская помощь для этих больных?**

Безусловно. Для Московской области полностью все бесплатно. Благодаря губернатору Московской области Борису Всеволодовичу Громову, у нас в институте многое изменилось. Ведь мы же были брошены на произвол судьбы. Все рушилось. А теперь делается капитальный ремонт, все приводится в порядок. Благодаря губернатору, наше отделение получило уникальную рентген-операционную аппаратуру, аппарат для лечения рака предстательной железы. У нас появились ультразвуковые аппараты самых последних поколений. Все это повысило эффективность лечения многих урологических заболеваний. И все это делается для жителей Московской области.

### **А на местах тоже чувствуются положительные перемены?**

Конечно. Но невозможно за короткий срок все изменить. Сегодня в области развернуто



24 урологических отделения, которыми руководят наши ученики, имеющие высшие и первые квалификационные категории. Кроме того, функционируют койки при хирургических отделениях. Всего в области работают свыше 120 врачей-урологов. Ежемесячно на базе клиники проводятся заседания областного общества урологов, филиала Российского научного общества. Вместе мы обсуждаем самые последние достижения урологии в мире. Понятно, что все врачи не могут пользоваться иностранной литературой, ездить на международные конгрессы. Сотрудники клиники в этом плане имеют большие возможности. Большинство врачей клиники и области – члены Европейской ассоциации урологов, Международной ассоциации урологов. Поэтому обо всех последних мировых достижениях в урологии наши врачи могут узнавать из «первых уст».

### Какие проблемы в урологической службе Московской области существуют сегодня?

В первую очередь – оснащенность современным оборудованием. Невозможно сразу оснастить всю область. Кроме того, работа в современных условиях требует постоянного повышения квалификации врачей. Можно приобрести аппаратуру и она будет простаивать. Это часто бывает в отдаленных уголках нашей родины – где-нибудь в Сибири богатые люди дают деньги на приобретение современного аппарата, и он стоит себе благополучно – никто на нем не умеет работать. Поэтому уже сейчас очевидно, там, где есть эндоскопическое оборудование, там эффективность и результаты лечения гораздо лучше. У нас в Московской области недалеко от Зеленограда есть госпиталь инвалидов Отечественной войны. Это современное медицинское учреждение. Я знаю, что его курирует Б.В. Громов. В этом госпитале, в частности, есть очень хороший немецкий аппарат для дробления камней,

широко применяется эндоскопическая техника, врачи полностью овладели ей. Но, на наиболее сложные случаи туда выезжают врачи нашей клиники. Это одна из форм нашей работы – на местах помогать внедрять ту или иную методику. Очень хорошее урологическое отделение в Красногорске, оснащенное новейшим оборудованием. В Коломне прекрасное отделение, мы его считаем нашим филиалом. Там работают квалифицированные врачи, в полной мере освоившие современные методики лечения. У них тоже есть аппарат для дробления, наш отечественный. Наша задача – продолжать обучение специалистов, повышать их уровень.

### Существует ли в здравоохранении Московской области проблема с кадрами? Престижно работать урологом?

Дефицита урологов в области нет. Причем не только в ближнем Подмосковье, но и в отдаленных районах: Луховицах, Рузе, Зарайске, Егорьевске работают хорошие врачи, наши ученики.

### Сейчас медицинской обществу уделяется большое внимание комплексному, междисциплинарному подходу

### к проблемам мужского здоровья. Как вы относитесь к этому?

Это очень важная проблема. Я уделяю ей много времени. Сейчас я готовлю материалы для того, чтобы в Московской области организовать движение за здоровье мужчин. Обязательно нужно добиться того, чтобы каждый мужчина знал, как нужно вести себя после 50 лет. В этом возрасте следует особенно внимательно относиться к своему здоровью. Необходимо вести здоровый образ жизни, заниматься спортом, отказаться от вредных привычек. Кроме этого, каждый 50-летний мужчина должен пройти профосмотр, своевременно сдать анализы на маркер рака предстательной железы. Это имеет очень большое значение, поскольку поможет выявлению более ранних форм аденомы предстательной железы, при которых, безусловно, показано медикаментозное лечение. А это будет способствовать тому, что станет меньше поводов для выполнения оперативных вмешательств, для снижения заболеваемости, осложнений, смертности. Важно, чтобы каждый мужчина понял, что все это направлено на повышение качества и продолжительности его жизни. 

А.А. КАМАЛОВ,  
Е.А. ЕФРЕМОВ,  
С.Д. ДОРОФЕЕВ,  
Д.А. ОХОБОТОВ,  
Я.И. МЕЛЬНИК,  
Д.А. БЕДРЕТДИНОВА

НИИ урологии  
Росмедтехнологий,  
Москва

# Клинико-иммунологические аспекты хронического бактериального простатита на фоне проведения иммуномодулирующей терапии

*Хронический простатит называют «корзиной для клинически неясных состояний». Возможно, именно поэтому 10% урологических больных в России выставляется именно этот диагноз. Хронический простатит является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте урологическим диагнозом у мужчин старше 50 лет.*

**Б**азисной характеристикой терапии хронического бактериального простатита должна быть комплексность, а именно: она должна включать в себя не только антибактериальную терапию, но и массаж предстательной железы, физиотерапию, иммуномодулирующую терапию, коррекцию образа жизни. В связи с тем, что при простатитах отмечаются нарушения в гуморальном и местном звеньях иммунитета (10-12, 22, 23, 33), в комплексной терапии простатитов огромное значение имеет применение иммуномодуляторов (13, 32, 37), например, по последним литературным данным, предполагается высокая эффективность интерферонов (7, 16, 17, 24, 29).

Известны следующие эффекты интерферонов: антипролифератив-

ный, противоопухолевый, противовирусный, иммуномодулирующий. Иммуномодулирующий эффект обусловлен способностью интерферонов модулировать взаимодействия иммунокомпетентных клеток. Этот механизм реализуется с помощью регуляции экспрессии белков HLA и чувствительности к цитокинам. Интерфероны способны стимулировать активность натуральных киллеров, макрофагов, простагландиновой и кортикостероидной систем, а также подавлять активность В-лимфоцитов. В результате происходит усиление фагоцитарных и цитотоксических реакций в зоне воспалительного очага, что ведет к эффективной элиминации инфекционного агента (2, 5, 21, 30, 38).

С учетом вышесказанного нами проведено двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое исследование 40 пациентов с подтвержденным хроническим бактериальным простатитом, целью исследования являлось изучение клинико-иммунологических аспектов хронического бактериального простатита на фоне проведения иммуномодулирующей терапии. Мы поставили перед собой следующие задачи: во-первых, изучить клинико-иммунологические показатели у пациентов с хроническим бактериальным простатитом, во-вторых, изу-

чить эффективность и безопасность применения интерферона-альфа (ИФНа) при хроническом бактериальном простатите, а именно, определить влияние препарата Генферон (суппозитории с рекомбинантным ИФНа, таурином и анестезином, ЗАО «БИОКАД», Россия) на выраженность воспалительных явлений в предстательной железе и клинических симптомов хронического простатита, изучить влияние препарата ИФН-α на состояние иммунной системы пациента, а также выяснить частоту и выраженность нежелательных явлений при его применении.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Продолжительность исследования составила 4 месяца, в течение которых было проведено 3 визита. На скрининговом визите (0) оценивалось соответствие пациента критериям включения/исключения и подписывалось информированное согласие. Далее проводился опрос и клинический осмотр. Симптомы хронического простатита оценивались по шкале Национального института здоровья США NIH-CPSI. Были проведены клинические анализы крови и мочи, ПЦР-диагностика вируса простого герпеса I и II типов (ВПГ1+2), цитомегаловируса (ЦМВ) и *Chlamydia trachomatis* в соскобе эпителия уретры, бактериологическое и микроскопическое исследование секрета предстательной железы, а также трансректальное ультразвуковое исследование. В течение одного визита уточнялось соответствие пациента критериям включения/исключения с учетом данных ла-

**Базисной характеристикой терапии хронического бактериального простатита должна быть комплексность, а именно: она должна включать в себя не только антибактериальную терапию, но и массаж предстательной железы, физиотерапию, иммуномодулирующую терапию, коррекцию образа жизни.**

бораторных исследований. Образец венозной крови использовали для иммунологического анализа, включающего определение уровня интерферонов альфа и гамма, функциональной активности нейтрофилов, уровня иммуноглобулинов IgA, G и M. По результатам рандомизации (выбор одной из двух серий суппозиторий методом случайных чисел) включенным в исследование пациентам назначались суппозитории, представляющие собой препарат Генферон или плацебо. Введение препарата осуществлялось ректально 2 раза в сутки в течение 10 дней. Параллельно назначался препарат стандартной терапии – цiproфлоксацин в таблетках по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. В течение второго визита, на следующий день после окончания курса лечения, проводились те же обследования и анализы, кроме того регистрировались нежелательные явления, произошедшие во время приема исследуемого препарата. Через 3 месяца после завершения терапии устанавливали с пациентом телефонный контакт, во время которого регистрировали выраженность симптомов хронического простатита по шкале NIH-CPSI. Данные исследования анализировали по критериям безопасности и эффективности при помощи методов описательной, параметрической и непараметрической статистики.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследование были включены 40 пациентов в возрасте от 20 до 54 лет (средний возраст  $38,8 \pm 9,1$  года). При анализе рисунка 1 видно, что подавляющему большинству исследуемых (17 человек – 42,5%) было на момент начала исследования от 40 до 49 лет.

Выраженность симптомов хронического простатита оценивалась по шкале NIH-CPSI (рисунок 2). На скрининговом визите суммарный балл в среднем составил 26 баллов. В ходе лечения уровень выраженности симптомов хронического бактериального простатита снизился в обеих группах. При этом в первой группе суммарный балл по шкале NIH-CPSI на 2-м

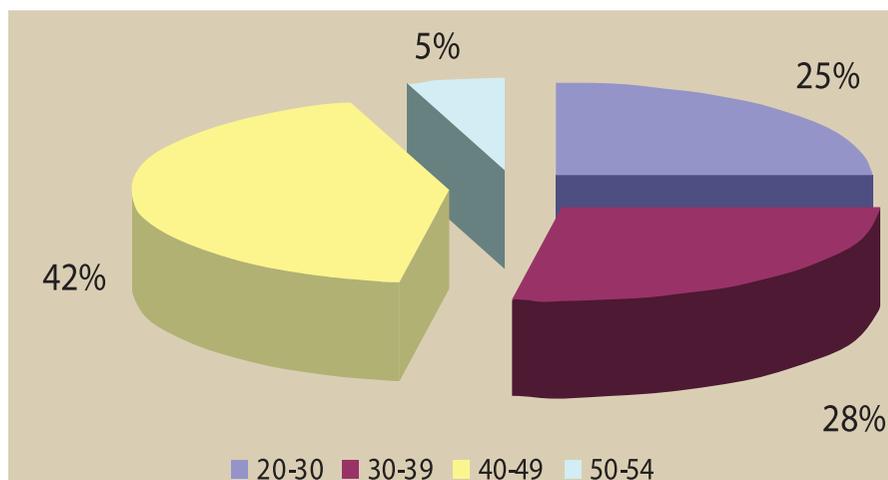


Рисунок 1. Распределение пациентов по возрастным группам (лет)

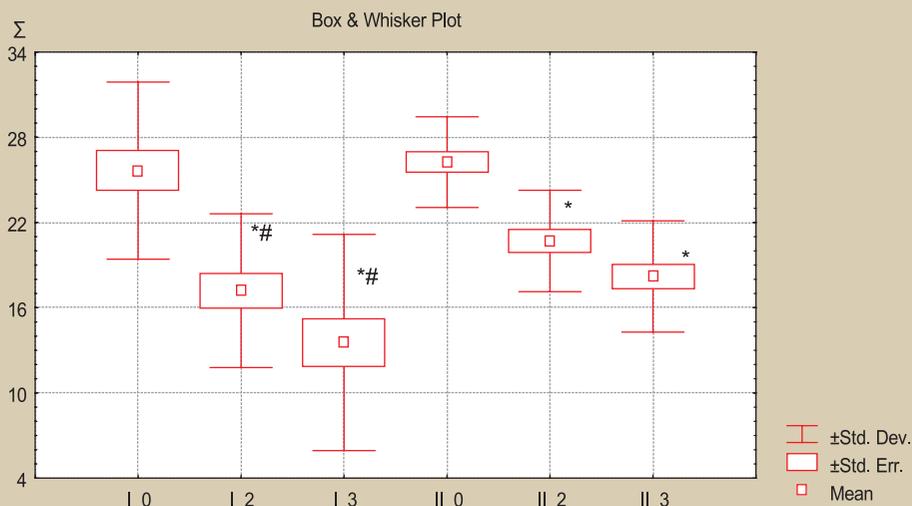


Рисунок 2. Оценка выраженности симптомов хронического простатита по шкале NIH-CPSI

#Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами, t-критерий Стьюдента

\*Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, дисперсионный анализ повторных измерений (F-критерий).

и 3-м визите был статистически значимо ниже, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ). Таким образом, в I группе снижение выраженности симптомов хронического бактериального простатита развивалось быстрее, нежели в группе стандартной терапии, что говорит о большей эффективности сочетания антибиотикотерапии и применения Генферона.

По результатам бактериологического исследования СПЖ до лечения у большинства пациентов были

выделены *E. coli* и *St. haemolyticus* (рисунок 3).

Бактериологическое исследование секрета простаты, выполненное после окончания терапии, выявило эрадикацию патогенных микроорганизмов у 60-70% пациентов с простатитом в обеих группах. При этом в экспериментальной группе наблюдалась более полная элиминация инфекционного агента (рисунок 4).

После лечения в секрете предстательной железы у 50% пациентов

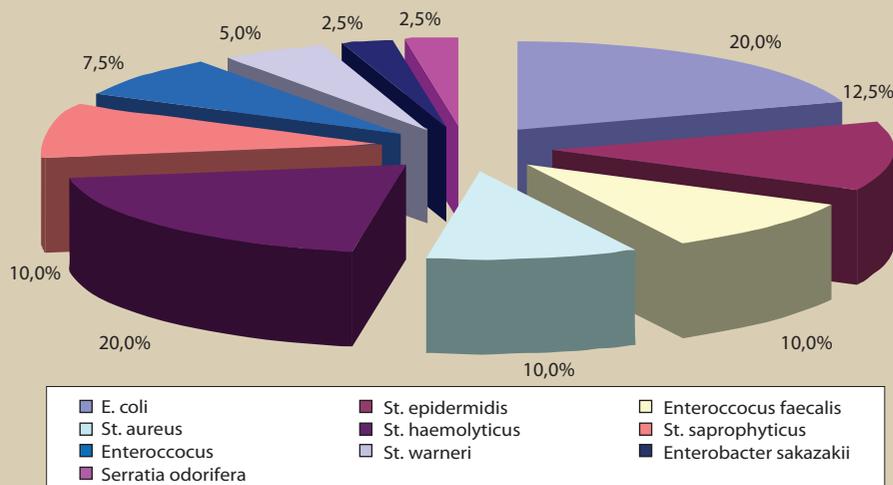


Рисунок 3. Результаты бактериологического исследования СПЖ до лечения

экспериментальной группы отмечено снижение количества лейкоцитов до не более 10 в поле зрения, при этом в контрольной группе этот результат был достигнут только у 15%. Это говорит о том, что в экспериментальной группе снижение интенсивности воспалительного процесса было более выражено (рисунок 4).

Содержание липоидных телец является показателем секреторной функции предстательной железы. В норме их должно быть больше 100 в поле зрения. Увеличение количества липоидных телец свидетельствует о благоприятной тенденции к восстановлению нормальной секреторной функции предстательной железы (рисунок 5).

При анализе динамики количества макрофагов в секрете предстательной железы у пациентов экспериментальной и контрольной групп следует отметить, что количество макрофагов в первой группе значительно увеличилось. Данный эффект может быть трактован как увеличение активности фагоцитарных клеток и как следствие усиление иммунной защиты организма (рисунок 6).

При анализе концентраций интерферонов до и после лечения заметно, что до лечения у больных хроническим простатитом уровни ИФНа и ИФНγ значительно ниже нормы, которая показана штриховкой (рисунок 7).

После проведенного лечения наблюдалось повышение уровней ИФНа и ИФНγ, при этом в основной группе оно было значительно более выражено, нежели в контрольной. Следует обратить внимание, что в экспериментальной группе уровень ИФНа после лечения соответствовал норме.

Функциональную активность нейтрофилов определяли по реакции восстановления нитросинего тетразолия до и после лечения. Спонтанный НСТ-тест с интактными нейтрофильными гранулоцитами отражает степень функционального раздражения фагоцитирующих клеток *in vivo*, являясь косвенным показателем состояния иммунологического гомеостаза (рисунок 8).

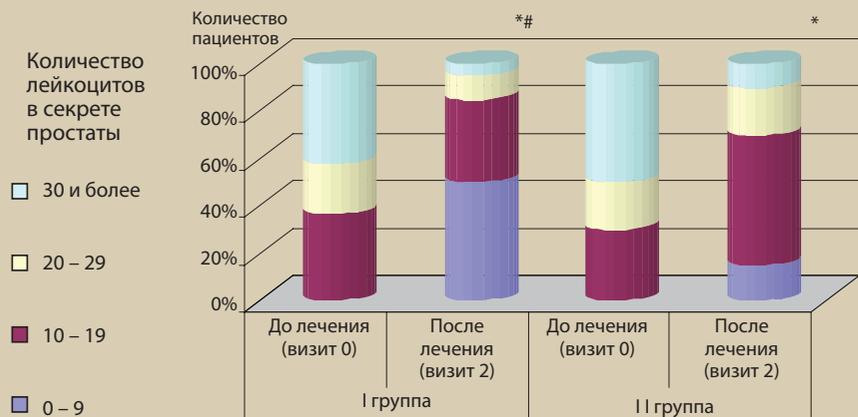


Рисунок 4. Динамика количества лейкоцитов в секрете предстательной железы

# Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами, критерий Манна-Уитни;

\* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, критерий Уилкоксона

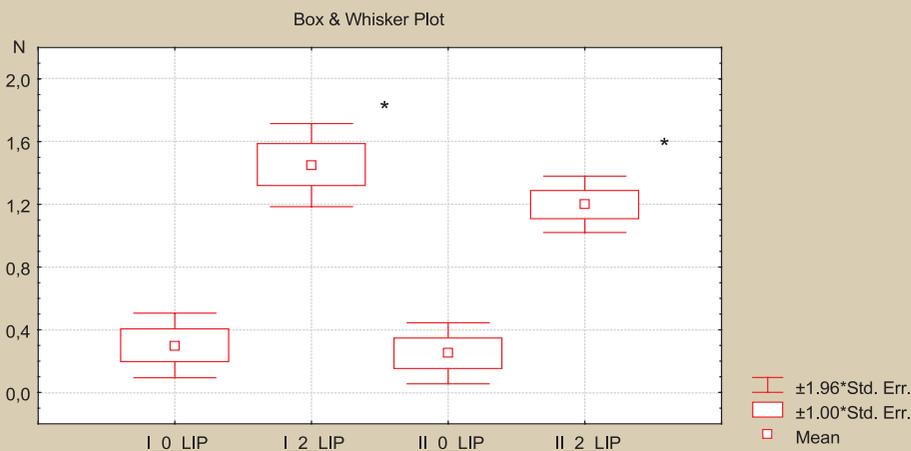


Рисунок 5. Динамика количества липоидных телец в секрете предстательной железы у пациентов экспериментальной и контрольной групп

\* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный t-критерий Стьюдента  
N - количество липоидных телец



# генферон®

*№1 в комплексной терапии  
урогенитальных инфекций*

- Уникальный состав:
- **Интерферон альфа-2**  
иммуномодулирующее,  
противовирусное,  
антибактериальное действие
  - **Таурин**  
антиоксидантное,  
репаративное действие
  - **Анестезин**  
устранение боли,  
зуда, чувства жжения



Дополнительную информацию о препарате  
Вы можете получить по тел.: (495) 992 82 99

■ [www.genferon.ru](http://www.genferon.ru)

 **Биокаг**  
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

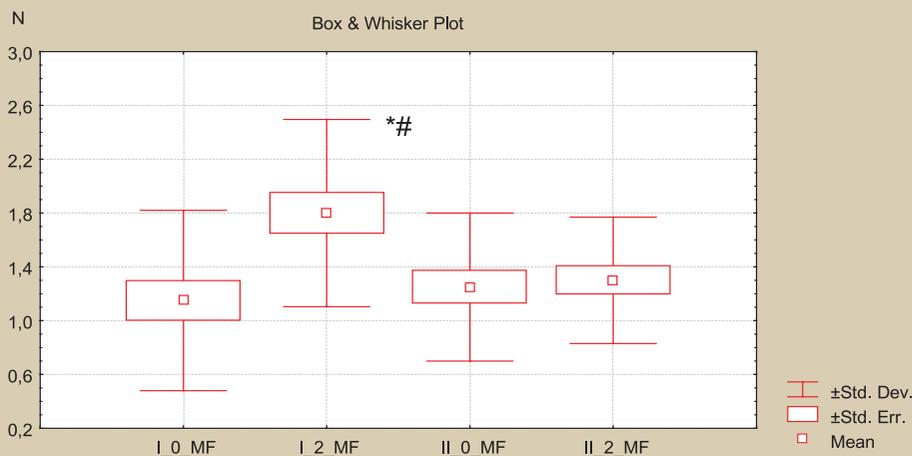


Рисунок 6. Динамика количества макрофагов в секрете предстательной железы у пациентов экспериментальной и контрольной групп

# Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами,  $t$ -критерий Стьюдента  
\* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный  $t$ -критерий Стьюдента.  
N – количество макрофагов.

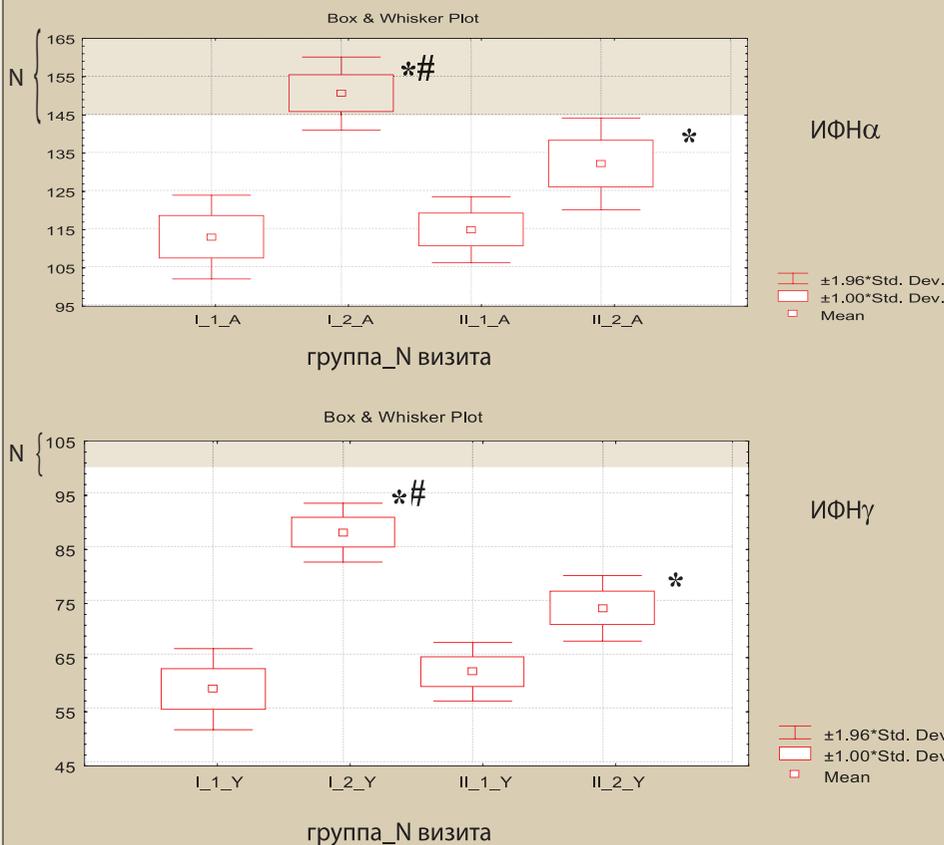


Рисунок 7. Динамика уровня ИФН $\alpha$  и ИФН $\gamma$  у пациентов экспериментальной и контрольной групп

# Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами,  $t$ -критерий Стьюдента  
\* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный  $t$ -критерий Стьюдента  
N – интервал нормальных значений  
ME – международные единицы

По данным проведенного до лечения теста, была отмечена значительная декомпенсация функции фагоцитарных клеток. В первой группе после лечения отмечено значительное усиление функциональной активности нейтрофилов до нормы. Во второй группе во время лечения статистически значимых изменений данного параметра отмечено не было.

Аналогичные результаты получены при анализе параметров НСТ-стимулированного теста, который характеризует потенциальную активность нейтрофилов и рассматривается как биохимический критерий их готовности к завершению фагоцитоза (рисунок 9). Снижение этого показателя позволяет диагностировать блокаду выработки кислородозависимых бактерицидных факторов. После лечения в первой группе отмечено значительное усиление функциональной активности нейтрофилов. Во второй группе, напротив, отмечено ее снижение.

Уровень sIgA в секрете предстательной железы определяли до и после лечения. Как показано на рисунке 10, до лечения концентрация sIgA была значительно ниже нормы. В обеих группах после лечения уровень секреторного IgA сильно повысился, причем в первой группе практически в 2 раза, во второй – только в 1,5 раза. Это свидетельствует об усилении местных защитных реакций, которое было более выражено в экспериментальной группе.

Концентрации иммуноглобулинов также определяли также в крови пациентов до и после лечения. До лечения у всех больных уровни иммуноглобулинов были значительно повышены. После проведенного лечения их концентрации снизились, при этом в большей степени – в экспериментальной группе. Это говорит о выраженном положительном влиянии интерферонотерапии на показатели гуморального иммунитета, а также об уменьшении интенсивности воспалительного процесса (рисунки 11-13).

За все время исследования аллергических реакций и других по-

бочных эффектов применявшихся лекарственных препаратов зарегистрировано не было. Также не было выявлено отклонений в клинических анализах крови и мочи, а также в результатах трансректального ультразвукового исследования, что говорит о безопасности препарата.

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

В работе использовались следующие критерии эффективности терапии: снижение показателя на 50% и более расценивалось как выраженный эффект, от 25 до 50% – как хороший эффект, уменьшение показателя менее чем на 25% – как удовлетворительный эффект, а отсутствие динамики или ухудшение состояния пациента – как неудовлетворительный эффект.

Прежде всего, клиническая эффективность оценивалась по выраженности симптомов ХП. Из данных, представленных на рисунке 14, следует, что в экспериментальной группе у 70% пациентов наблюдался выраженный или хороший эффект, в то время как в группе контроля они были отмечены лишь у 30% пациентов.

Результаты бактериологического исследования свидетельствуют о том, что в экспериментальной группе наблюдалась более полная элиминация инфекционного агента по сравнению с контрольной группой (рисунок 15).

Анализ совокупных данных позволяет сделать вывод о том, что выраженный и хороший эффект отмечался в экспериментальной группе в 75% случаев, что больше аналогичного показателя в контрольной группе (60%) (рисунок 16).

Критерий  $\chi^2$  (хи-квадрат) применяется для сравнения распределений объектов двух совокупностей на основе измерений по шкале наименований в двух независимых выборках.

В ходе настоящего исследования выяснено, что для пациентов с хроническим бактериальным простатитом характерны патологические изменения иммунологических показателей, свидетельствующие о депрессии иммунной системы

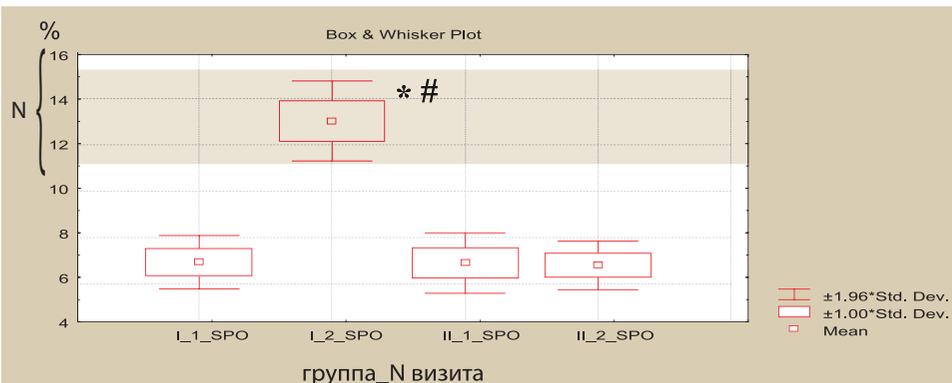


Рисунок 8. Динамика результатов НСТ-спонтанного теста

# Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами, t-критерий Стьюдента, \* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный t-критерий Стьюдента. Обозначения: по шкале ординат – результаты НСТ-спонтанного теста (в %), по оси абсцисс – группы в формате «группа\_номер визита». Mean – среднее значение, Std. Dev. – стандартное отклонение

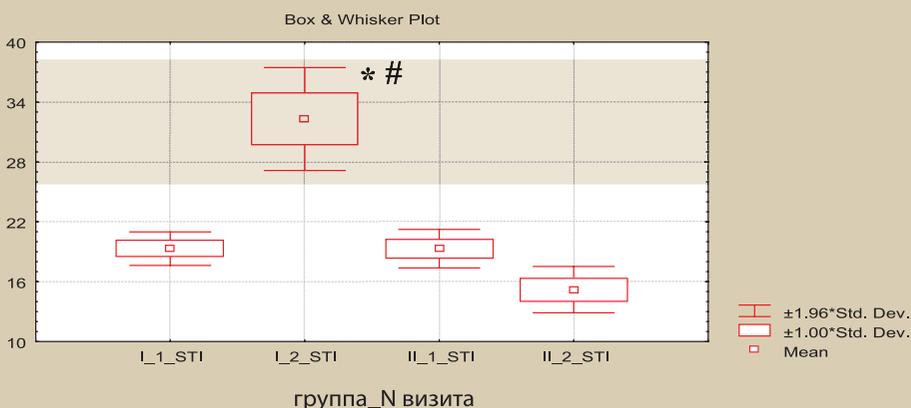


Рисунок 9. Динамика результатов НСТ-стимулированного теста

# Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами, t-критерий Стьюдента, \* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный t-критерий Стьюдента. Обозначения: по шкале ординат – результаты НСТ-стимулированного теста (в %), по оси абсцисс – группы в формате «группа\_номер визита». Mean – среднее значение, Std. Dev. – стандартное отклонение

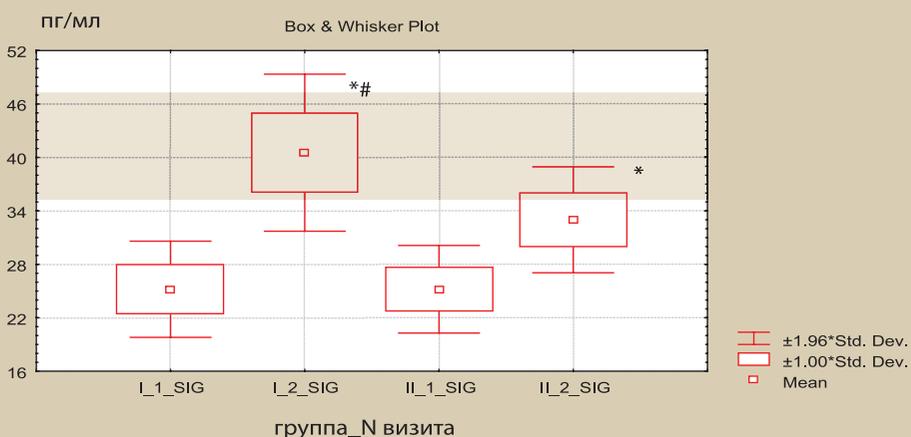
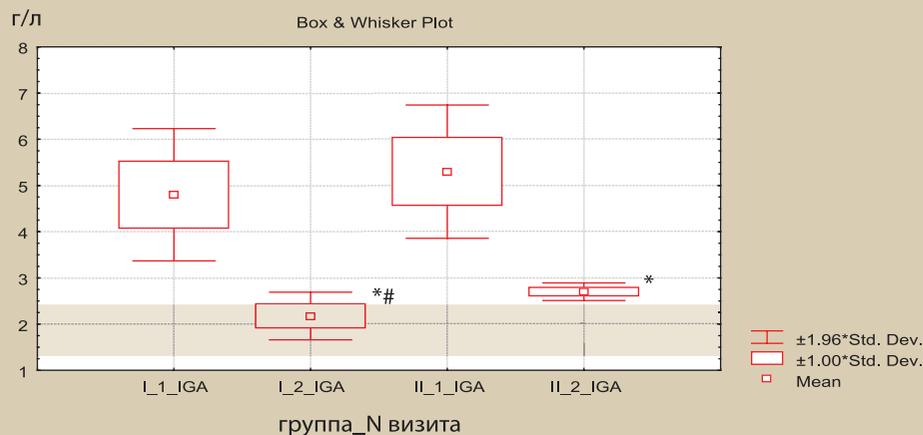
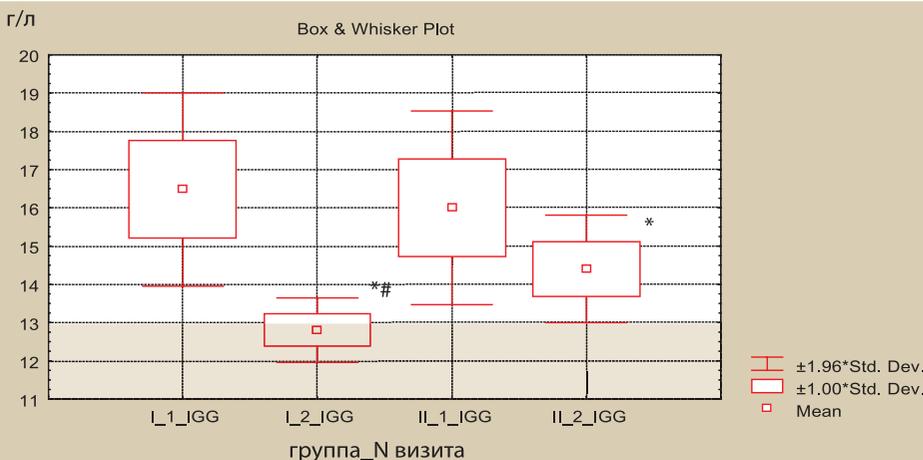


Рисунок 10. Динамика концентрации sIgA в секрете предстательной железы у пациентов экспериментальной и контрольной групп

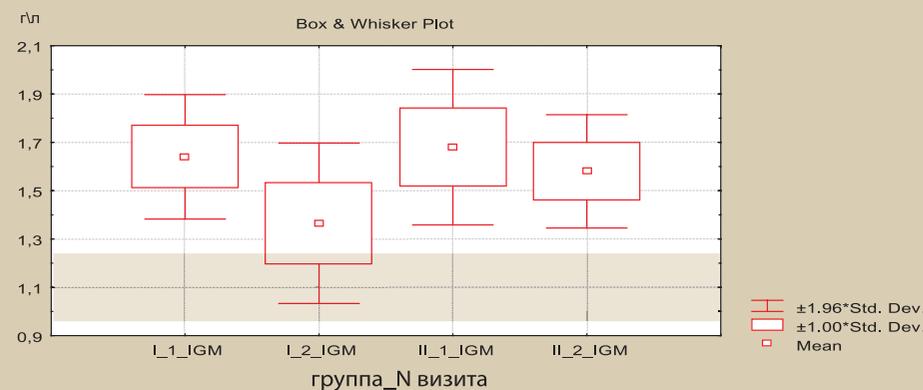
# Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами, t-критерий Стьюдента, \* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный t-критерий Стьюдента. Обозначения: по шкале ординат – уровень sIgA (в ng/ml – пикограмм/миллилитр), по оси абсцисс – группы в формате «группа\_номер визита». Mean – среднее значение, Std. Dev. – стандартное отклонение



**Рисунок 11.** Динамика уровня IgA в крови у пациентов экспериментальной и контрольной групп  
 # Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами, t-критерий Стьюдента, \* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный t-критерий Стьюдента



**Рисунок 12.** Динамика уровня IgG в крови у пациентов экспериментальной и контрольной групп  
 # Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами, t-критерий Стьюдента, \* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный t-критерий Стьюдента



**Рисунок 13.** Динамика уровня IgM в крови у пациентов экспериментальной и контрольной групп  
 # Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) между экспериментальной и контрольной группами, t-критерий Стьюдента, \* Статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) по сравнению с состоянием до лечения, парный t-критерий Стьюдента

(снижение уровней ИФНа и ИФН $\gamma$ , sIgA, функциональной активности нейтрофилов, повышение концентраций IgA, IgG, IgM).

Таким образом, в составе комплексной терапии хронического бактериального простатита применение иммуномодулирующих препаратов оправдано и необходимо. В результате проведенного исследования показано, что препарат Генферон эффективен и безопасен при хроническом бактериальном простатите. При его применении снижается выраженность клинических симптомов хронического бактериального простатита, уменьшается выраженность воспалительных явлений в предстательной железе, стимулируется иммунная система пациента, что проявляется нормализацией иммунологических показателей.

В дальнейшем следует более подробно проанализировать изменения иммунного статуса пациентов с хроническим бактериальным простатитом, определить возможные механизмы действия интерферона- $\alpha$  и рассмотреть вероятность вирус-ассоциированной инфекции в предстательной железе у данных больных. Возможно, именно этим обусловлена высокая эффективность интерферонотерапии. У включенных в исследование больных была проведена ПЦР-диагностика вируса простого герпеса I и II типов (ВПГ1+2) и цитомегаловируса (ЦМВ) в соскобе эпителия уретры. Однако помимо этих вирусов вирусный простатит предположительно могут вызывать также вирус папилломы человека и вирус опоясывающего лишая, хотя данных в литературе по этому поводу чрезвычайно мало (1, 4, 6, 9, 15, 27, 28, 34). В клинической практике диагноз вирусного простатита ставится урологами редко. Причина, по-видимому, заключается в том, что вирусологические методы диагностики не входят в стандарт обследования больных с хроническим простатитом. В силу стереотипов мышления врача пациентом традиционно проводится обследо-

вание на половые инфекции невирусной природы.

Все это позволяет представить многообразие возможных направлений в лечении хронического простатита и подтверждает необходимость разработки индивидуальных терапевтических программ для каждого больного. **EBD**

### Список литературы:

- Benson, P.J. and C.S. Smith, Cytomegalovirus prostatitis. Urology, 1992. 40(2): p. 165-7
- Chen, M., Z. Lin, and X. Cao, [Immunological mechanism of human alpha-interferon gene therapy for treatment of melanoma]. Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi, 2001. 17(5): p. 306-8
- Collins, M.M. and M.J. Barry, Epidemiology of chronic prostatitis. Curr Opin Urol, 1998. 8(1): p. 33-7
- Coombs, R.W., et al., Lower genitourinary tract sources of seminal HIV. J Acquir Immune Defic Syndr, 2006. 41(4): p. 430-8
- Daines, M.O. and G.K. Hershey, A novel mechanism by which interferon-gamma can regulate interleukin (IL)-13 responses. Evidence for intracellular stores of IL-13 receptor alpha-2 and their rapid mobilization by interferon-gamma. J Biol Chem, 2002. 277(12): p. 10387-93
- Dikov, D., F.P. Chatelet, and J. Dimitrakov, Pathologic features of necrotizing adenoviral prostatitis in an AIDS patient. Int J Surg Pathol, 2005. 13(2): p. 227-31
- Ding, X.G., et al., [IFN-gamma and TGF-beta1, levels in the expressed prostatic secretions of patients with chronic abacterial prostatitis]. Zhonghua Nan Ke Xue, 2006. 12(11): p. 982-4
- Diokno, A.C., et al., Interstitial cystitis, gynecologic pelvic pain, prostatitis, and their epidemiology. Int J Urol, 2003. 10 Suppl: p. S3-6
- Doble, A., J.R. Harris, and D. Taylor-Robinson, Prostatodynia and herpes simplex virus infection. Urology, 1991. 38(3): p. 247-8
- Drannik, G.N., et al., [Local immunity of chronic prostatitis patients]. Vestn Dermatol Venerol, 1986(9): p. 66-70
- Drannik, G.N., et al., [T and B systems of immunity in patients with chronic prostatitis complicated by infertility]. Urol Nefrol (Mosk), 1986(2): p. 59-61
- Gus'kov, A.R., N.K. Gorlina, and A.V. Simonova, [Chronic bacterial prostatitis as a manifestation of secondary immunodeficiency state]. Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol, 1998(3): p. 47-51
- Guskov, A.R. and N.K. Gorlina, Immunocorrection Therapy in Complex Treatment of Prostatitis. Russ J Immunol, 1998. 3(2): p. 159-166
- Horcajada, J.P., et al., Molecular epidemiology and evolution of resistance to quinolones in Escherichia coli after prolonged administration of ciprofloxacin in patients with prostatitis. J Antimicrob Chemother, 2002. 49(1): p. 55-9
- Iwasawa, A., et al., [Detection of human papillomavirus DNA in cases of sexually transmitted diseases (STD)]. Kansenshogaku Zasshi, 1992. 66(2): p. 165-71

Полный список литературы в редакции

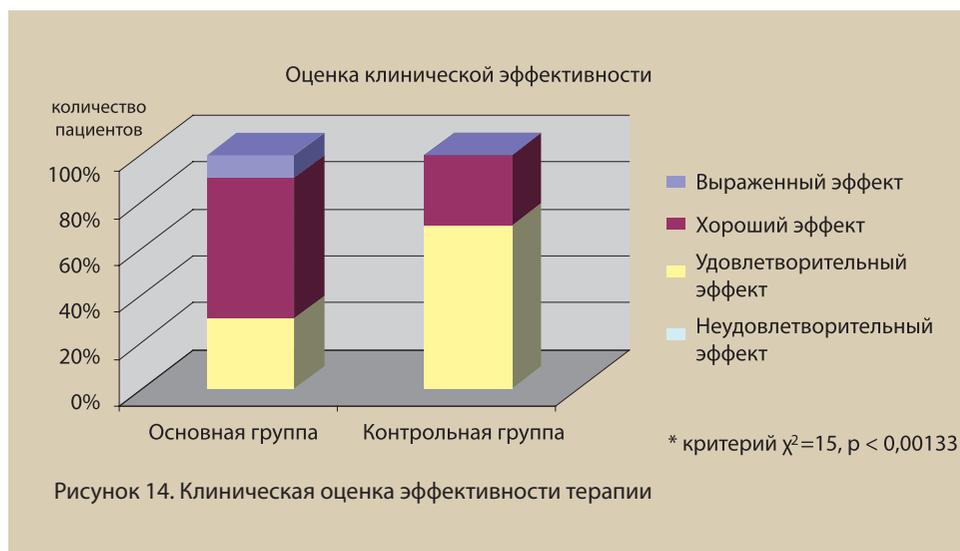


Рисунок 14. Клиническая оценка эффективности терапии

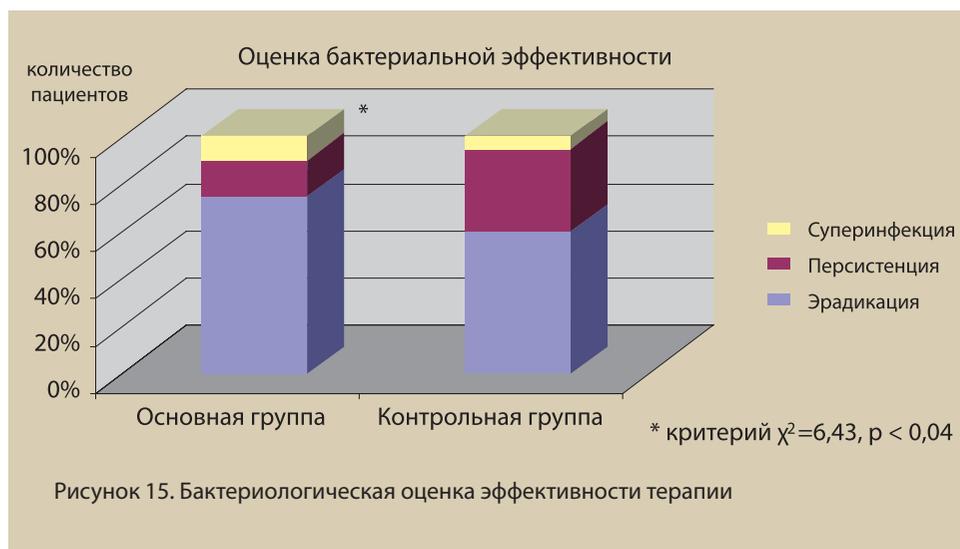


Рисунок 15. Бактериологическая оценка эффективности терапии

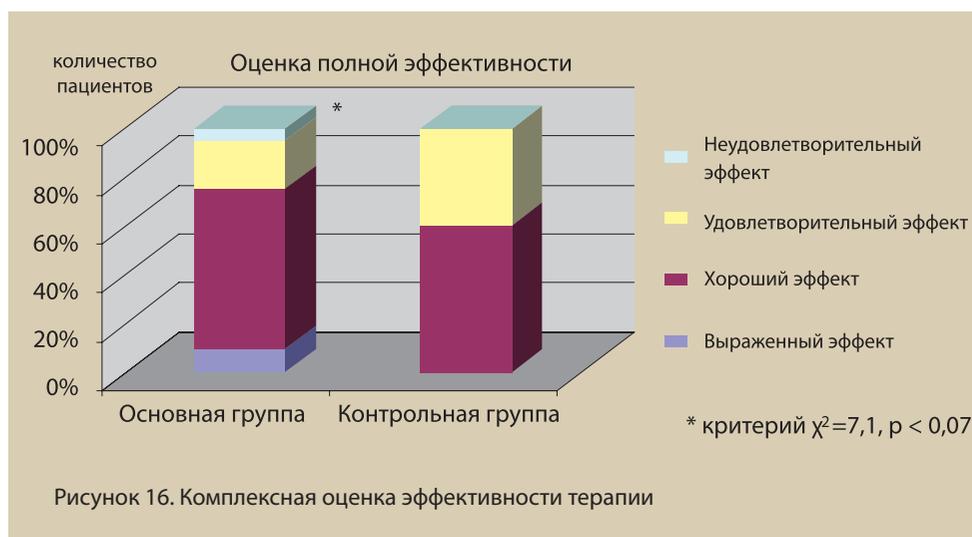


Рисунок 16. Комплексная оценка эффективности терапии

# Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей: проблемы и пути решения

Л.А. СИНЯКОВА,  
д.м.н., профессор,

И.В. КОСОВА,  
к.м.н.,  
РМАПО, Москва

*Каждый год в мире регистрируется примерно 150 миллионов случаев инфекций мочевых путей (ИМП) у мужчин и женщин всех возрастов. Следует помнить, что процесс полной эрадикации бактерий из очага исключительно с помощью антибиотиков трудно достижим, особенно со слизистых, сообщающихся с внешней средой, и тем более, при наличии инородных тел.*

**П**ричинами неосложненных циститов у женщин являются анатомо-физиологические особенности строения женского организма (широкая и короткая уретра, близость естественных резервуаров инфекции), сексуальная активность, беременность и роды, постменопауза, несоблюдение гигиенических рекомендаций, переохлаждение.

Возбудители инфекции мочевых путей – нормальная микрофлора пациента, колонизирующая периуретральную область – *E. coli*, *Staphylococcus epid.* (G. Kahlmeter, 2000 г.). Около 10% женщин страдает рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей (2), что диктует необходимость

четкой диагностики и выявления факторов риска их развития и рецидивирования.

**Факторы рецидивирования обусловлены:**

- анатомо-физиологическими особенностями женского организма (короткая и широкая уретра, близость к естественным резервуарам инфекции – анус, влагалище; аномалии развития – дистопия, гипермобильность уретры);
- способностью грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих инфекционный процесс в уретре и мочевом пузыре, к адгезии к клеткам эпителия, вследствие наличия фимбрий и ворсин;
- частыми сопутствующими гинекологическими заболеваниями – воспалительными процессами во влагалище, гормональными нарушениями (в том числе гипоэстрогемия), приводящими к дисбиозу влагалища и размножению в нем патогенной микрофлоры;
- генетической предрасположенностью;

- частотой половых актов (наличие ИППП) и характером применяемых контрацептивов.

В план обследования больных рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей должны входить (3):

- тщательно собранный анамнез;
- осмотр в «зеркала» для исключения анатомических изменений расположения наружного отверстия уретры;
- общий анализ мочи;
- посев мочи;
- осмотр гинекологом;
- обследование на наличие ИППП;
- цистоскопия с биопсией.

Среди нозокомиальных инфекций на первом месте по частоте возникновения стоят инфекции мочевых путей, примерно в 80% случаев они связаны с введением уретральных катетеров. Частота возникновения бактериурии после цистоскопии составляет от 2 до 21,2%, возбудители как правило грамотрицательные микроорганизмы – в большинстве случаев *E. coli*. Особую опасность представляет применяемая слишком часто, без достаточных показаний, катетеризация мочевого пузыря (4). По данным Garribaldi R.A. (1982) и Krieger J.N. (1983), приблизительно у 30% больных с бактериурией возникают симптомы инфекции мочевых путей, а у 3% развивается вторичная бактериемия. У пациентов с по-

**Среди нозокомиальных инфекций на первом месте по частоте возникновения стоят инфекции мочевых путей, примерно в 80% случаев они связаны с введением уретральных катетеров. Частота возникновения бактериурии после цистоскопии составляет от 2 до 21,2%, возбудители как правило грамотрицательные микроорганизмы – в большинстве случаев *E. coli*. Особую опасность представляет применяемая слишком часто, без достаточных показаний, катетеризация мочевого пузыря.**

стоянными уретральными катетерами частота бессимптомной бактериурии приближается к 100%.

Профилактика восходящей инфекции мочевых путей заключается в проведении своевременной этиотропной противовоспалительной терапии очагов хронической инфекции мочеполовых органов; ограничении трансуретральных инструментальных вмешательств и, прежде всего катетеризации мочевого пузыря, осуществлении адекватной общей и местной антимикробной профилактики перед трансуретральными вмешательствами в случае их необходимости (5).

**Наиболее значимыми факторами риска развития нозокомиальных инфекций мочевых путей являются:**

- применение инвазивных методов диагностики и лечения, заканчивающихся оставлением дренажей в органах мочевой системы, являющихся входными воротами инфекции;
- высокая частота инфицирования органов мочевой системы госпитальными штаммами микроорганизмов, полирезистентными к антибактериальным препаратам;
- наличие иммунодефицита у пациентов, длительно страдающих хроническими воспалительными заболеваниями органов мочеполовой системы.

С октября 2001 по январь 2002 г. в научно-исследовательском центре г. Анкара (Турция) проводилось проспективное клиническое исследование с целью установления частоты развития бактериурии, пиурии и бактериемии после цистоскопии у пациентов, не получавших антимикробные препараты до этой процедуры (6). Показания к проведению цистоскопии, характеристика пациентов и частота возникновения пиурии и бактериурии после цистоскопии представлены в таблицах 1, 2, 3.

**Таблица 1. Показания к проведению цистоскопии**

Показания	Мужчины	Женщины
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	24	–
Стрессовое недержание мочи	–	20
Рак мочевого пузыря	9	3
Гематурия	7	2
Уролитиаз	5	1
Удаление двойного J-катетера мочеточника	3	–
Рак мочеточника	–	1

**Таблица 2. Характеристика пациентов, перенесших цистоскопию, имеющих и не имеющих бактериурию**

Показания	Пациенты	
	с бактериурией	без бактериурии
Число	6	69
Средний возраст	55±10 (4-72)	58±13 (27-81)
Мужчины/женщины	3/3	24/45
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	2	22
Стрессовое недержание мочи	2	19
Гематурия	1	7
Уролитиаз	1	5
Рак мочевого пузыря	–	12
Другие заболевания	–	4

**Таблица 3. Частота возникновения пиурии у пациентов до проведения цистоскопии и появление пиурии и бактериурии после процедуры**

Наличие пиурии у испытуемых	Пиурия после цистоскопии		Бактериурия после цистоскопии	
	+	–	+	–
Пиурия до цистоскопии (5 пациентов)	5	0	4	1
Нет пиурии до цистоскопии (70 пациентов)	7	63	2	68

Частота развития бактериурии у пациентов после проведения процедуры составила 8%.

Возникновение бактериурии коррелировало с наличием пиурии у пациентов перед цистоскопией. Если бактериурия или пиурия регистрируются перед цистоскопией, процедура должна проводиться после курса антимикробной терапии с обязательным контрольным исследованием мочи (6).

### Основные методы профилактики развития нозокомиальных инфекций мочевых путей.

1. Строгое соблюдение показаний к применению инвазивных урологических вмешательств.

2. Обязательное применение антибактериальных препаратов перед инвазивным урологическим вмешательством, выбор препарата с учетом наиболее вероятного возбудителя и фармакокинетики препарата. ➡

**Таблица 4. Рекомендации Европейской ассоциации урологов по антимикробной профилактике рецидивирующих неосложненных ИМП (7)**

Стандартный режим	Доза
Нитрофурантоин	50 мг в день
Нитрофурантоин макрокристаллический	100 мг в день
Триметоприм-сульфаметоксазол	40/200 мг в день
Фосфомицин-третамол	3 г/10 дней

3. Своевременная и адекватная микробиологическая диагностика для определения уровня резистентности возбудителей в конкретном урологическом стационаре для планирования закупок антибактериальных препаратов и оптимизации антибактериальной терапии.

4. Использование закрытых дренажных систем в урологической клинике.

Антибиотикопрофилактика делится на первичную и вторичную.

**Первичная антибактериальная профилактика** – предотвращение продвижения инфекции из источника вне мочевых путей (инструмент, катетер, ирригационная жидкость, периуретральная флора).

**Вторичная профилактика** – снижение риска инфицирования в пределах мочевых путей (очаги инфекции в простате, почке, уретре, мочевом пузыре, микробные пленки на камнях, катетерах).

Рекомендации по антимикробной профилактике рецидивирующих ИМП представлены в таблице 4.

В клинике урологии Российской медицинской академии последипломного образования на базе ГКБ им. С.П. Боткина с

января 2007 г. по март 2007 г. 30 больным, женщинам в возрасте от 18 до 40 лет, обратившимся в клинику по поводу хронического рецидивирующего цистита, выполнена цистоскопия. У 25 больных (83,3%) хронический цистит развился на фоне ИППП; у 3 больных (10%) имел место постлучевой цистит, основное заболевание – рак шейки матки; у 2 пациенток (6,6%) имел место хронический цистит на фоне гипозэстрогемии (постменопауза).

**Показания к выполнению цистоскопии:**

- наличие хронического рецидивирующего цистита более 2 лет;
- неэффективность консервативной терапии;
- наличие симптомов цистита (учащенное мочеиспускание, боли в уретре) при отсутствии лейкоцитурии и бактериурии в момент обращения;
- отсутствие возбудителей ИППП в соскобах из уретры и цервикального канала в контрольных анализах.

Практически все пациентки имели различные факторы риска развития и рецидивирования инфекций нижних мочевых путей: наличие ИППП в анамнезе (хламидии, уреоплазмы, ви-

рус простого герпеса I и II типа, микст-инфекция); вагинализация уретры; наличие хронического уретрита; сопутствующие воспалительные гинекологические заболевания. Вышеперечисленное диктовало необходимость проведения антибиотикопрофилактики перед выполнением цистоскопии. При выявлении лейкоцитурии больным проводился курс антибактериальной терапии с учетом результатов бактериологического исследования мочи и чувствительности выделенного возбудителя к антибиотикам с последующим проведением контрольных анализов, при этом препаратом выбора явился Фурамаг, который назначался по 1 капсуле (50 мг) 3 раза в день 5 дней.

Таким образом, перед проведением цистоскопии у пациентов отсутствовала лейкоцитурия и бактериурия. Учитывая, что основным возбудителем цистита, выявленным у 59% больных, была *E.coli*, в качестве средства профилактики перед цистоскопией был выбран Фурамаг (8, 9).

Фурамаг – калиевая соль фуразидина и магния карбонат основной в соотношении 1:1, быстро и хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте, не оказывает действия на сапрофитную флору. Спектр действия – *E. coli*, *Staph. spp.*, *Enterococcus faecalis* (10). Для Фурамага характерен высокий профиль безопасности, токсичность в 8,3 раза ниже, чем у фурадонина. Фурамаг назначался по 1 капсуле (50 мг) за 1 час до цистоскопии.

При выполнении цистоскопии выявлены следующие изменения в мочевом пузыре:

- лейкоплакия мочевого пузыря в зоне мочепузырного треугольника 22 (73,5%);
- шеечный цистит – 1 (3,3%);
- признаки постлучевого цистита – 3 (10%);
- псевдополипоз шейки мочевого пузыря – 2 (6,6%);
- буллезный цистит – 2 (6,6%).

Эффективность применения Фурамага оценивалась с учетом



**Профилактика восходящей инфекции мочевых путей заключается в проведении своевременной этиотропной противовоспалительной терапии очагов хронической инфекции мочеполовых органов; ограничении трансуретральных инструментальных вмешательств и, прежде всего катетеризации мочевого пузыря, осуществлении адекватной общей и местной антимикробной профилактики перед трансуретральными вмешательствами в случае их необходимости.**

# ПОЧЕМУ ФУРАМАГ?

## 1. Новая Формула

- ★ Уникальный двухкомпонентный состав

## 2. Новая Форма

- ★ Нитрофуран в капсулах

## 3. Новые Факты

- ★ Быстрый эффект
- ★ Удобство и безопасность применения
- ★ Одна упаковка на курс лечения



**СОВРЕМЕННЫЙ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ АНТИМИКРОБНЫЙ ПРЕПАРАТ НИТРОФУРАНОВОГО РЯДА С ПОВЫШЕННЫМ ПРОФИЛЕМ БЕЗОПАСНОСТИ**

**фуразидина калиевая соль с магнием карбонатом основным 1:1**

### ➔ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Инфекции мочевыводящих путей (острые и хронические циститы, уретриты, пиелонефриты). Для профилактики инфекционных осложнений при урологических операциях. Применяется при инфекциях ЖКТ, гинекологических инфекциях и в комплексном лечении гнойно-септических заболеваний (сепсис, перитонит, холецистит и др.).

### ➔ СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:

Фурамаг принимают после еды по 50–100 мг (1–2 капсулы) 3 раза в день. Курс лечения 5–10 дней. При необходимости после 10–15 дневного перерыва курс лечения повторяют.

Представительство АО «ОЛАЙНФАРМ» в России:  
115193, г. Москва, 7-ая Кожуховская ул., д. 20  
тел./факс: (495) 626-84-54  
E-mail: moscow@olainfarm.ru  
www.olainfarm.ru

### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: ⚡

Повышенная чувствительность к нитрофуранам, тяжелые нарушения функции почек, беременность и период лактации.

### ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ: ⚡

Очень редко наблюдаются характерные для других нитрофуранов головная боль, тошнота, рвота, невриты, потеря аппетита, аллергические реакции. Обычно быстро устраняются антигистаминными средствами, отмены препарата не требуют.

### ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ: ⚡

- ★ От 1 года до 6-ти лет - 5 мг/кг веса в сутки в два приема
- ★ От 6-ти лет до 12-ти - по одной капсуле(50мг) 2 раза в сутки
- ★ От 12-ти лет и старше - по одной капсуле(50мг) 3 раза в сутки

**Возбудители инфекции мочевых путей – нормальная микрофлора пациента, колонизирующая периуретральную область – *E.Coli*, *Staphylococcus epid.* (G. Kahlmeter, 2000 г.) Около 10% женщин страдает рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей, что диктует необходимость четкой диагностики и выявления факторов риска их развития и рецидивирования.**

частоты развития воспалительных осложнений, лейкоцитурии после цистоскопии, побочных реакций. Ни в одном случае не было обострений хронического рецидивирующего цистита; отсутствовала лейкоцитурия после цистоскопии. Отмечена хорошая переносимость препарата (отсутствие побочных реакций).

Фурамаг является эффективным средством профилактики при проведении эндоскопических диагностических процедур (цистоскопия).

При выявлении лейкоцитурии, бактериурии перед цистоскопией показано проведение курса антибактериальной терапии, при этом одним из препаратов выбора является Фурамаг, учитывая высокую чувствительность к

препарату основного возбудителя ИМП – *E. coli*.

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей требуют комплексного подхода к диагностике – выявлению первопричины развития заболевания. Лечение должно быть этиологическим и патогенетическим, безусловно, необходима профилактика развития ИМП.

### ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

**Этиологическое** (антибактериальная терапия) и **патогенетическое** (коррекция анатомических нарушений, лечение ИППП, коррекция гормональных нарушений, посткоитальная профилактика, лечение воспалительных и дисбиотических гинекологических заболеваний,

коррекция гигиенических и сексуальных факторов, коррекция иммунных нарушений, местное лечение, применение растительных диуретиков в качестве метода профилактики рецидивов инфекции мочевых путей и на этапе амбулаторного долечивания).

Рекомендации Европейской ассоциации урологов по антибактериальной терапии неосложненных инфекций нижних мочевых путей представлены в таблице 5.

Препаратами первой линии терапии неосложненных инфекций нижних мочевых путей, в случае исключения ИППП, являются такие препараты как фторхинолоны (ноर्फлоксацин), фосфомицина трометамол, защищенные пенициллины, нитрофурантоин (фуразидин в капсулах).

Урогенитальные инфекции, анатомические изменения расположения уретры, сопутствующие гинекологические заболевания являются наиболее значимыми этиологическими факторами риска развития неосложненных инфекций мочевых путей.

Больным с «вагинализацией» уретры и наличием уретрогеманальных спаек показано оперативное лечение в объеме транспозиции уретры, рассечения уретро-геманальных спаек.

При выявлении ИППП целесообразно назначение антибактериальной терапии с включением макролидов (джозамицин, рокситромицин, азитромицин); тетрациклинов (доксциклин), фторхинолонов (офлоксацин, левофлоксацин), а также лечение сопутствующих гинекологических заболеваний (дисбиотических и воспалительных процессов половых органов). 

**Таблица 5. Рекомендации Европейской урологической ассоциации для лечения неосложненных ИМП (11)**

Диагноз	Наиболее частый возбудитель	Инициальная эмпирическая терапия (2003 г.)	Инициальная эмпирическая терапия (2007 г.)
Цистит острый, неосложненный	<i>E. coli</i> <i>Klebsiella</i> <i>Proteus</i> <i>Staphylococci</i>	Фторхинолоны	Триметоприм-сульфаметоксазол
		Фосфомицин трометамол	Фторхинолон
		Ампициллин	Фосфомицин трометамол
		Нитрофурантоин	Нитрофурантоин

### Список литературы:

- Naber K.Q. // Curr. Opin. Urol.- 1999.- Vol-9.P.57-64
- Лоран О.Б., Зайцев А.В., Годунов Б.Н., Каприн А.Д., Давидьянц А.А. // Урол. и нефрол.-1997.-№6.-С.7-14
- Косова И.В. Роль урогенитальных инфекций в этиологии циститов и необструктивных пиелонефритов у женщин. Дисс. канд. мед. наук – М., 2005
- Мажбиц А.М. – Акушерско-гинекологическая урология с атласом. – Ленинград.- 1936. – С.261-265
- Забиров К.И. Восходящая инфекция мочевых путей и почек у женщин: Автореф. дисс. докт. мед. наук.- М., 1997. – С. 32
- Turan H., Balci U., Sebnem Erding F. et al. // International Journal of Urology.- 2006, 13, 25
- European Association of Urology. Guidelines on the management of urinary and male genital tract infections.- 2007. - P. 122
- Раменская Г.В. // Инфекции и антимикробная терапия, 2004, том 6; 1, С. 34-35
- Авдошин В.П. // Эффективная фармако-терапия в урологии.- 2006. - № 2, С. 60
- Падейская Е.Н. // Инфекция и антимикробная терапия. – 2004, том 6; 1, С. 24-31
- European Association of Urology. Guidelines on the management of urinary and male genital tract infections. – 2007. – P.118-119



# IV МОСКОВСКАЯ АССАМБЛЕЯ ЗДОРОВЬЕ СТОЛИЦЫ

13-14 декабря 2007 года



## Организаторы:

Правительство Москвы

Департамент здравоохранения города Москвы

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

Ассамблея проводится ежегодно в соответствии с Распоряжением  
Правительства Москвы №901-ПП от 29.05.2003г.

## Оргкомитет Ассамблеи:

### Председатель:

**Л.И. Швецова** - первый заместитель Мэра Москвы в Правительстве Москвы

### Заместитель председателя:

**А.П. Сельцовский** - руководитель Департамента здравоохранения города Москвы

### Рабочая группа Ассамблеи:

#### Председатель:

**С.В. Поляков** - первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы.

#### Состав рабочей группы:

**И.А. Лешкевич** – заместитель руководителя ДЗМ, **В.А. Шевченко** - заместитель руководителя ДЗМ, **Л.Г. Костомарова** – заместитель руководителя ДЗМ, директор НПЦ ЭМП, **Ш.М. Гайнулин** – начальник управления организации медицинской помощи ДЗМ, **С.О. Иванов** – начальник Управления фармации ДЗМ, **Т.И. Юрьева** - заместитель исполнительного директора МГФ ОМС, **В.А. Прошин** – начальник отдела медицинской помощи детям и матерям ДЗМ, **Л.Г. Жомова** – пресс-секретарь руководителя ДЗМ, **А.С. Ермолов** - главный хирург ДЗМ, **Л.Б. Лазебник** – главный терапевт ДЗМ, директор ЦНИИ гастроэнтерологии, **Д.Г. Иоселиани** - главный кардиолог ДЗМ, директор НПЦ «Кардиоангиология», **М.А. Курцер** - главный акушер-гинеколог ДЗМ, главный врач Центра планирования семьи и репродукции, **А.Г. Румянцев** – главный педиатр ДЗМ, директор Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии, **В.Н. Козырев** - главный психиатр и нарколог ДЗМ, главный врач ПКБ №1 им. М.А.Алексеева, **В.И. Литвинов** – главный фтизиатр ДЗМ, директор МНПЦ борьбы с туберкулезом, **А.М. Сдвижков** – главный онколог ДЗМ, главный врач ОКД №1, **М.Б. Анциферов** – главный эндокринолог ДЗМ, главный врач Эндокринологического диспансера, **А.Н. Бойко** – главный невролог ДЗМ, руководитель МГЦ рассеянного склероза, **А.С. Белевский** – главный пульмонолог ДЗМ, **Ю.М. Максимовский** – главный стоматолог ДЗМ, **И.В. Сидоренко** – главный аллерголог-иммунолог ДЗМ, **В.А. Максимов** – главный уролог ДЗМ, главный врач ГКУБ №47, **И.Ю. Клюквин** – главный травматолог ДЗМ, **В.В. Крылов** – главный нейрохирург ДЗМ, **Н.А. Барнинова** – директор Информационно-выставочного агентства «ИнфоМедФарм Диалог» и др.

## В рамках Ассамблеи проводятся:

пленарные заседания; научно-практические конференции, семинары, школы для врачей терапевтов, гастроэнтерологов, эндокринологов, нефрологов, урологов, кардиологов, кардиохирургов, кардиоревматологов, хирургов, инфекционистов, психиатров и психотерапевтов, наркологов, неврологов и нейрохирургов, травматологов, ортопедов, комбустиологов, пульмонологов, фтизиатров и аллергологов, онкологов, акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, стоматологов и др. специализированные конференции по актуальным проблемам состояния и развития здравоохранения, фармацевтической отрасли столицы, по вопросам обязательного медицинского страхования, организации специализированной медицинской помощи.

## Выставочная экспозиция :

в рамках Ассамблеи организуется выставка «Новое качество медицинских услуг и лекарственного обеспечения населения города Москвы». На выставке будут представлены производители и дистрибьюторы лекарственных средств, медицинской техники, медицинской продукции профилактического и лечебного назначения, учреждения здравоохранения города Москвы, реабилитационные центры, культурно-оздоровительные учреждения и фирмы, представляющие продукцию и услуги населению столицы, специализированную литературу, информационные технологии.

## Итоги Ассамблеи - 2006:

проведено 32 мероприятия (пленарное заседание, научно-практические конференции, круглые столы, мастер-классы). Все мероприятия возглавили руководство и главные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, ученые московских клинических и научных центров. Сделано 209 докладов против 160 в 2005 году, 122 – в 2004 году, 98 – в 2003 году, 41 – в 2002 году.

Мероприятия Ассамблеи посетило 2779 врачей-специалистов, руководителей ЛПУ г.Москвы и Московской области, ученых, клиницистов, работников фармацевтической отрасли. По направлениям медицины: врачи общей практики и терапевты – 11,2 %; педиатры (в т.ч. по специальности) – 12,3 %; акушеры и гинекологи – 4 %; хирурги, травматологи, анестезиологи, врачи скорой и неотложной помощи – 6,7 %; кардиологи и кардиохирурги – 5,2 %; урологи – 4,4 %; эндоскописты – 3,5 %; гастроэнтерологи – 1,4%; гематологи – 2,5%; психиатры, психоневрологи, неврологи – 4,5 %; дерматологи, дерматовенерологи – 3,3 %; эндокринологи – 4,7 %; онкологи – 4 %; фтизиатры, пульмонологи, алергологи – 3,3 %; оториноларингологии – 1,4%; стоматологи – 2,7 %; фармацевты, провизоры – 6,5 %; научные работники, педагоги, студенты – 8 %; организаторы здравоохранения и медицинского страхования – 4 %; другие медицинские специальности – 6,4 %.

В 2007 году мы рассчитываем на расширение состава участников и слушателей, которые уже на данном этапе проявляют интерес к Шестой Московской Ассамблее «Здоровье столицы» и её тематике.



Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

Адрес: 119034, Москва, ул. Пречистенка, д. 28

Тел./факс: (495) 797-62-92, 637-45-42, 637-41-23

E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

website: www.infomedfarmdialog.ru

М.Ф. ТРАПЕЗНИКОВА,  
В.В. ДУТОВ,  
А.А. ПОДОЙНИЦЫН  
МОНИКИ  
им. М.Ф. Владимирского,  
Москва

# Гиперактивный мочевой пузырь: факторы риска, клиника, диагностика

*Гиперактивный мочевой пузырь – это нарушение мочеиспускания, проявляющееся учащенным мочеиспусканием и неудержимым позывом. Что же такое «неудержимый позыв»? Это – внезапный непреодолимый позыв к мочеиспусканию, который может привести к непроизвольному недержанию мочи.*

**Э**тим гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) отличается от такой формы недержания, как стрессовое недержание мочи, которое характеризуется непроизвольной потерей мочи при резком увеличении брюшного давления (например, при кашле, чихании, выполнении физической работы).

Частота мочеиспускания при гиперактивном мочевом пузыре считается увеличенной, если она составляет более 8 раз за сутки. Обычно жалобы сводятся к учащенному дневному мочеиспусканию. Когда пациента беспокоит учащенный ритм ночного мочеиспускания, используется термин «ноктурия».

**Частота гиперактивного мочевого пузыря увеличивается с возрастом. Среди женщин гиперактивный мочевой пузырь встречается чаще, чем среди мужчин. В то же время у мужчин с возрастом темпы прироста гиперактивного мочевого пузыря выше, чем у женщин. У женщин чаще выявляют гиперактивный мочевой пузырь в сочетании с недержанием мочи (его еще называют «мокрый гиперактивный мочевой пузырь»), тогда как у мужчин чаще диагностируют гиперактивный мочевой пузырь без недержания мочи («сухой гиперактивный мочевой пузырь»).**

**Актуальность.** Гиперактивный мочевой пузырь является широко распространенным заболеванием с существенным влиянием на качество жизни пациентов и ощутимыми финансовыми затратами на его лечение. В США общие затраты в 2000 году составили 12,02 миллиарда долларов (1). Интересно, что эта нозология не является угрожающим жизни состоянием, однако по социально-экономическому влиянию сравнима с сахарным диабетом, приводит к дезадаптации и даже инвалидизации людей. Нередко таких больных, чаще всего по незнанию, лечат от хронического цистита и других несуществующих заболеваний, однако эффекта от такой терапии не получают. В подтверждении этих слов можно привести одно из исследований, проведенных в 2002 году в Германии. При анализе работы врачей по выявлению симптомов гиперактивного мочевого пузыря было обнаружено, что они диагностируются всего лишь в 42,5%

случаев (2). Отсюда следует, что в 57,5% случаев больному выставляется неправильный диагноз и избирается неверная тактика лечения.

**Распространенность** гиперактивного мочевого пузыря достигает различных показателей. В США гиперактивный мочевой пузырь наблюдают среди 16% мужчин и 16,9% женщин (данные получены на основании телефонного опроса 5204 взрослых в возрасте от 18 лет). В Европе страдает 15,6% мужчин и 17,4% женщин (опрос 16776 женщин и мужчин в возрасте от 40 лет во Франции, Германии, Италии, Испании, Швеции и Великобритании). В Азии этот показатель достигает 53,1% (опрос 5502 женщин из 11 стран Азии).

При пилотном исследовании, проведенном урологической клиникой МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского в Красногорском и Пушкинском районах Московской области, распространенность гиперактивного мочевого пузыря по данным анкетирования почти 700 мужчин и женщин составила около 22% (3). Различия в цифровых показателях распространенности гиперактивного мочевого пузыря может быть объяснено различием диагностических исследований и определений.

Частота гиперактивного мочевого пузыря увеличивается с возрастом. Среди женщин гиперактивный мочевой пузырь встречается чаще, чем среди мужчин. В то же время у мужчин с возрастом темпы прироста гиперактивного мочевого пузы-

ря выше, чем у женщин. У женщин чаще выявляют гиперактивный мочевого пузырь в сочетании с недержанием мочи (его еще называют «мокрый гиперактивный мочевого пузырь»), тогда как у мужчин чаще диагностируют гиперактивный мочевого пузырь без недержания мочи («сухой гиперактивный мочевого пузырь»).

Гиперактивный мочевого пузырь оказывает существенное влияние на качество жизни больных. Например, 1/3 европейцев и 1/4 жителей Азии считают, что гиперактивный мочевого пузырь нарушает качество их жизни. По нашим данным, около 2/3 пациентов с гиперактивным мочевым пузырем желают избавиться от беспокоящих их симптомов, и только одному из десяти пациентов с гиперактивным мочевым пузырем оказывается квалифицированная медицинская помощь.

**Этиология и патогенез.** Регуляция функции мочевого пузыря заключается в чередовании длительных периодов наполнения и коротких периодов опорожнения. Мочеиспускание во время наполнения мочевого пузыря невозможно (мышца-детрузор не сокращается, наружный и внутренний сфинктеры закрыты). При постепенном наполнении мочевого пузыря давление в нем поддерживается на низком уровне как за счет эластичности стенок, так и за счет подавления активности детрузора нервной системой. По достижении критического объема мочи начинают активироваться механорецепторы мочевого пузыря, сигнал от которых по нервным волокнам направляется в центр мочеиспускания. Затем, при отсутствии тормозных влияний со стороны коры головного мозга, нервный импульс возвращается, и происходит активация детрузора с повышением давления внутри мочевого пузыря. На фоне увеличения внутрипузырного давления происходит расслабление внутреннего сфинктера мочеиспускательного канала, что ведет к началу акта мочеиспускания и полному опорожнению мочевого пузыря. Так выглядит реф-

лкторная дуга мочеиспускания в норме. Нарушения регуляции функции детрузора на различных уровнях могут привести к возникновению гиперактивного мочевого пузыря.

К подобным расстройствам мочеиспускания могут привести тахизаболвания, как инсульт, опухоль головного мозга, опухоль спинного мозга, болезнь Паркинсона перелом позвоночника и другие заболевания головного и спинного мозга.

К изменениям детрузора может привести и так называемая инфравезикальная обструкция, анатомические и возрастные изменения пузырно-уретрального сегмента, ишемия гладкомышечных клеток мочевого пузыря. Эти состояния присущи пациентам с доброкачественной гиперплазией (аденомой) предстательной железы, стриктурами мочеиспускательного канала, заболеваниями шейки мочевого пузыря.

У женщин к развитию подобной симптоматики могут привести гормональные состояния, связанные с пониженным уровнем половых гормонов (эстрогенов).

К факторам риска возникновения гиперактивного мочевого пузыря относят:

- курение;
- ожирение;
- потребление газированных и содержащих кофеин напитков;
- снижение потребления овощей и фруктов;
- снижение потребления хлеба;
- увеличение потребления мяса крупного рогатого скота и снижение потребления куриного мяса.

Увеличение риска возникновения гиперактивного мочевого пузыря у курильщиков связывают с никотин-индуцированными фазными сокращениями детрузора, антиэстрогенным эффектом никотина на мочевого пузырь и мочеиспускательный канал (у женщин), а также с нарушением синтеза коллагена. При тучности повыша-

ется внутрибрюшное и внутрипузырное давление, что приводит к хроническому воздействию на нервы органов малого таза и, как следствие – к нарушению функции

Увеличение риска возникновения гиперактивного мочевого пузыря у курильщиков связывают с никотин-индуцированными фазными сокращениями детрузора, антиэстрогенным эффектом никотина на мочевого пузырь и мочеиспускательный канал (у женщин), а также с нарушением синтеза коллагена.

мочевого пузыря. В газированных и других искусственных напитках содержатся различные красители, консерванты и кофеин, которые оказывают раздражающее действие на мочевого пузырь, увеличивают диурез. Сниженное содержание растительных волокон в пище, основным источником которых являются овощи и фрукты, ведет к хроническим запорам и растяжению толстого кишечника, что может влиять на функцию нервной системы органов таза. Кроме этого, овощи, фрукты и хлеб – важный источник минералов и витаминов (особенно групп В, участвующих в энергетическом обмене, и групп С, участвующих в синтезе коллагена), эстрогенов растительного происхождения.

К факторам риска можно отнести также и те факторы, которые вызывают нервные заболевания, приводящие к возникновению гиперактивного мочевого пузыря (например, артериальная гипертензия и повышенный уровень липидов (холестерина) крови ведут к риску возникновения инсульта). В мясе крупного рогатого скота, по сравнению с куриным мясом, содержится значительное количество животных жиров, что также может способствовать развитию гиперлипидемии и артериосклероза.



**К изменениям детрузора может привести и так называемая инфравезикальная обструкция, анатомические и возрастные изменения пузырно-уретрального сегмента, ишемия гладкомышечных клеток мочевого пузыря. Эти состояния присущи пациентам, с доброкачественной гиперплазией (аденомой) предстательной железы, стриктурами мочеиспускательного канала, заболеваниями шейки мочевого пузыря.**

**Клиника.** Клинически гиперактивный мочевой пузырь напоминает многие заболевания нижних мочевых путей: воспаление и опухоль мочевого пузыря, простатит, доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, некоторые формы мочекаменной болезни, уретероцеле и заболевания женских половых органов. Вот почему при наличии симптоматики, прежде всего, необходимо исключить вышеперечисленные заболевания.

Гиперактивный мочевой пузырь – это синдром, состоящий из следующих симптомов:

- ургентный позыв;
- учащенное мочеиспускание (дневное и ноктурия);
- ургентное недержание мочи.

По данным одних авторов, диагноз может быть поставлен при условии, что количество мочеиспусканий за сутки составляет более 8 раз, а число ургентных позывов и/или эпизодов ургентного недержания мочи – 2 и более за сутки. Другие авторы считают, что если число мочеиспусканий за сутки более 8 раз, а число ургентных недержаний – не менее 5 в месяц, то у пациента имеется гиперактивный мочевой пузырь. На наш взгляд диагноз правомочен, если:

- пациент часто мочится (более 8 раз за сутки);
- у него имеются ургентные позывы и/или эпизоды ургентного недержания мочи;

- это оказывает существенное влияние на качество жизни пациента и он желает избавиться от этих симптомов.

**Диагностика** гиперактивного мочевого пузыря базируется на нескольких методах исследования.

1. Сбор анамнеза (обратить внимание на урогенитальные операции, лекарства, принимаемые больным).
2. Оценка симптомов и качества жизни (на основе анкетирования, дневника мочеиспусканий, определения суммарного балла симптоматики по шкале IPSS, количества прокладок, используемых при ургентном недержании мочи).
3. Физикальный осмотр (обязательно включает гинекологический и неврологический статус).
4. Анализ мочи (общий, по Нечипоренко, посев мочи).
5. Определение остаточной мочи.
6. Комплексное уродинамическое исследование (урофлоуметрия, цистоманометрия, профилометрия, измерение давления обратного сопротивления уретры).
7. Лучевые методы исследования (ультразвуковое исследование, при необходимости, если есть подозрения на органические заболевания мочеполовой системы – рентгенологические методы

исследования, магниторезонансная томография).

8. Цистоскопия (при необходимости).

Все вышеперечисленные методы исследования можно разбить на следующие группы:

- обязательные (необходимо выполнить каждому пациенту; клиническая ценность доказана);
- рекомендуемые (тесты, показания к которым определяют обязательные методы исследования; выполняются многим пациентам; клиническая ценность доказана);
- не обязательные (выполняются некоторым пациентам, у которых, исходя из клинического мышления врача есть для этого показания; клиническая ценность доказана);
- не рекомендуемые (тесты, клиническая ценность которых при данной патологии не доказана).

При гиперактивном мочевом пузыре в число обязательных методов исследования входят сбор анамнеза, количественная оценка симптомов и качества жизни, анализ мочи, определение остаточной мочи. К рекомендуемым тестам следует отнести анкету ICIQ-SF, оценку функции почек (биохимический анализ крови на креатинин и мочевины), уродинамическое и ультразвуковое исследование.

В развитых странах по мере роста продолжительности жизни ожидают увеличение заболеваемости гиперактивным мочевым пузырем. Именно поэтому необходимо иметь четкое представление о том, что собой представляет гиперактивный мочевой пузырь, знать его клинику и современные подходы к диагностике и лечению. 

## Список литературы:

1. Hu T.W., Wagner T.H., Bentkover J.D. et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. //Urology. – 2003. – v. 61. – n. 6. – P. – 1123 – 1128.
2. Hampel C., Gillitzer R., Pahernik S. Et al. Epidemiology and etiology of overactive bladder. // Urologe A. – 2003. – v. 42. – n. 6. – P. 776 – 786.
3. Головченко К.В. Гиперактивный мочевой пузырь: эпидемиология, диагностика, лечение. //Автореферат ... дис. канд. мед. наук. – М. – МОНКИ. – 2005. – 26 с.



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# Актуальные проблемы акушерства и гинекологии-2007

13 НОЯБРЯ 2007 ГОДА

Дом ученых РАН, Москва, ул. Пречистенка, д.16

## Научные направления конференции

- Актуальные проблемы акушерства (невынашивание беременности, профилактика осложнений у беременных, экстрагенитальная патология и беременность, бесплодие и вопросы репродукции)
- Генитальные инфекции и репродуктивное здоровье
- Инновации в лечении миомы матки
- Диагностика и лечение рака шейки матки (вопросы вакцинопрофилактики и вакцинотерапии)
- Новые технологии в гинекологии
- Современные методы контрацепции
- Иммунотерапия в гинекологической практике

В рамках конференции предусмотрено проведение сателлитных симпозиумов ведущих фармацевтических компаний.

К участию приглашаются все желающие врачи.  
Участие врачей бесплатное

Технический организатор конференции – компания Медфорум

С заявками на получение пригласительных билетов обращаться по телефону (495) 234-07-34  
Проводится выставка ведущих производителей лекарственных средств и медицинских изделий

**«Медицина и женское здоровье»**

Генеральный информационный спонсор:



Информационные спонсоры:



ВЕСТНИК  
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

# Эректильная дисфункция при соматических заболеваниях

В.В. БОРИСОВ,  
С.Ю. КАЛИНЧЕНКО

ММА им. И.М. Сеченова  
Эндокринологический  
научный центр  
Росмедтехнологий

*Эректильная дисфункция (ЭД) в понимании большинства урологов – болезненные проявления, требующие диагностики и лечения. Многообразие ее причин подсказывает, что ЭД следует рассматривать шире – как симптомокомплекс, входящий в клиническую картину целого ряда соматических заболеваний, который по своей выраженности и тяжести непосредственно зависит от них.*

**И**звестны многочисленные факторы риска, создающие благоприятные условия для развития ЭД: соматические заболевания (ИБС, артериальная гипертензия, почечная и печеночная недостаточность), нервные болезни (неврозы, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера, нейропатии различного генеза), психические заболевания (депрессии, астено-депрессивные и ипохондрические состояния), эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, андрогенный дефицит, гиперпролактинемия, ожирение, метаболический синдром). Наиболее частыми соматическими заболеваниями, при которых ЭД становится

одним из характерных проявлений, являются возрастной андрогенный дефицит (18,3%), сахарный диабет (35%), артериальная гипертензия (31%), дислипидемия как предшественник атеросклероза (21%). Кроме того, причиной ЭД может являться проводимая лекарственная терапия. Негативное действие на эректильную функцию вызывает применение гипотензивных средств (тиазидные диуретики, бета-адреноблокаторы), сердечных гликозидов, гипогликемических средств, гормонов (эстрогены, прогестины, глюкокортикоиды, антиандрогены, агонисты гонадотропин-РГ), транквилизаторы, нестероидные противовоспалительные средства, блокаторы  $H_2$ -рецепторов и пр. Именно эти обстоятельства заставляют рассматривать проблему диагностики и терапии ЭД не только как частную задачу уролога, андролога и сексопатолога, решение которой направлено на восстановление нарушенной сексуальной функции. Сегодня применение ингибиторов ФДЭ5, интракавернозной терапии и эндофаллопротезирования позволяет решить проблему ЭД в

подавляющем большинстве случаев. Однако лечение ЭД лежит за пределами только урологии. Оно, с одной стороны, требует знаний и участия других специалистов (врач общей практики, терапевт, кардиолог, невролог, нефролог и пр.), с другой – делает необходимым для уролога, андролога, сексопатолога пристальное изучение внутренней медицины – тех самых соматических заболеваний, которые тесно связаны с ЭД. Иными словами, эффективная терапия ЭД является, как и большинство проблем мужского здоровья, мультидисциплинарной. Это подтверждает врачебная практика, когда почти 49% больных впервые обращаются по поводу ЭД не к урологу, а к специалистам терапевтического профиля.

Сегодня не вызывает сомнений, что в основе органической ЭД лежит эндотелиальная дисфункция, усугубляющаяся в результате артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, сахарного диабета (СД). Данные нарушения являются причиной окислительного стресса с нарушением баланса про- и антиоксидантных систем эндотелия с последующим развитием стойкой вазоконстрикции, ведущей к прогрессированию артериальной гипертензии (АГ), атеросклероза с развитием ишемической болезни сердца (ИБС), их осложнениям вследствие тромбозов с мозговыми инсультами и инфарктами миокарда и, что крайне важно отметить, – с ранним предиктором

**Синтез NO в эндотелии сосудов кавернозных тел непосредственно зависит от уровня тестостерона. Его недостаточность ведет к уменьшению частоты, интенсивности и продолжительности и адекватных, и спонтанных эрекции (т. е. к эректильной дисфункции), что в свою очередь, обуславливает дистрофические изменения кавернозной ткани, что в конечном счете приводит к необратимым изменениям – кавернозному фиброзу.**

в виде ЭД. Известно, что 57% мужчин, подвергнутых аортокоронарному шунтированию, задолго до операции уже страдали ЭД, а 64% мужчин, госпитализированных по поводу первого острого инфаркта миокарда, отмечали существенные расстройства эрекции. Косвенно это подтверждается и общими факторами риска ЭД и ИБС, как-то: АГ, СД, дислипидемия, депрессия, курение, гиподинамия, ожирение. Таким образом, ЭД следует считать одним из ранних симптомов сердечно-сосудистого заболевания. Порой пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями больше обеспокоены ЭД, нежели риском инфаркта миокарда (ИМ) на фоне ишемической болезни сердца или мозгового инсульта на фоне развивающейся АГ. ЭД, вызывая личностный стресс у мужчины, может не только усугубить течение АГ и ИБС, но и существенно нарушить межличностные отношения между половыми партнерами, замыкая патологический круг в патогенезе заболевания.

Не менее серьезной проблемой, возникающей перед урологом и кардиологом, является преодоление страха восстановления утраченной сексуальной функции. Известно, что сексуальная активность увеличивает потребность миокарда в кислороде, что вызывает опасения кардиологов. Однако риск развития ИМ при наличии ИБС у мужчины 50 лет составляет 1% в год. При повышении сексуальной активности он возрастает до 1,01% в год. Половой акт по энергозатратам составляет от 2-3 до 5-6 метаболических эквивалентов, которые, в сущности, равны игре в гольф (4-5 метаболических эквивалентов) или тяжелой физической работе (3-6 метаболических эквивалентов). Группу больных, у которых восстановление сексуальной функции не представляет значительной опасности для сердечно-сосудистого заболевания, составляют пациенты хорошо компенсированной АГ, со стенокардией низких градаций (II ФК), пациенты, успешно

перенесшие реваскуляризацию миокарда, неосложненный ИМ (давность более 6 месяцев), имеющие легкую форму клапанного порока сердца, а также дисфункцию левого желудочка (ДЛЖ) и хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I функционального класса по NINA. Таким пациентам после соответствующего кардиологического обследования могут быть назначены ингибиторы ФДЭ 5 для терапии ЭД. Напротив, больные нестабильной или рефрактерной к терапии стенокардией, некомпенсированной АГ, среднетяжелым или тяжелым клапанным пороком сердца, недавно перенесенным ИМ, гипертрофической обструктивной или другими видами кардиомиопатий, а также ДЛЖХСН III-IV функционального класса по NINA, составляют группу риска в отношении ухудшения сердечно-сосудистых заболеваний и неблагоприятных исходов на фоне восстановления сексуальной активности.

Наиболее сложное совместное решение приходится принимать урологу и кардиологу у мужчин группы промежуточного риска, к которым относятся пациенты со среднетяжелой стабильной стенокардией, перенесшие ИМ в сроки от 2 до 6 недель, имеющие экстракардиальные проявления атеросклероза (последствия мозгового инсульта, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей), а также ДЛЖХСН II функционального класса по NINA.

С одной стороны, применение ингибиторов ФДЭ 5 – золотого стандарта в лечении ЭД, в целом вполне безопасно. Ингибиторы ФДЭ 5 (Виагра) изначально были предложены как сосудистые препараты, существенно улучшающие микроциркуляцию за счет усиления NO-зависимой вазодилатации. Так, на фоне приема Виагры у больных хронической стабильной стенокардией время до возможного болевого приступа увеличивается более чем в 2

раза, время до приступа, требующего ограничить физическую нагрузку, – более чем в 3 раза, а время до снижения сегмента ST на 1 см на электрокардиограмме возрастает более чем на 30%.

Эректильная дисфункция при соматических заболеваниях мужчин зрелого и пожилого возраста теснейшим образом связана с проблемой возрастного андрогенодефицита, которой в последнее время стали уделять больше внимания. Частота возрастного андрогенодефицита в популяции составляет 7% в возрасте 40-60 лет, 21% – в 60-80 лет и 35%, в возрасте старше 80 лет.

Риск ИМ на фоне приема Виагры составляет 0,5-0,8% (плацебо – 0,9%), мозгового инсульта 0,3-0,4% (плацебо – 0,9%), а частота серьезных сердечно-сосудистых осложнений при приеме Виагры – 2,3-3,9 (плацебо – 4,9) на 100 пациенто-лет. Однако для безопасного восстановления сексуальной активности необходимо углубленное кардиологическое обследование и дальнейшее наблюдение у кардиолога, что позволит определить, к какой именно группе риска (низкий, высокий) следует отнести данного пациента. Эти обстоятельства еще раз подчеркивают необходимость тесного профессионального контакта уролога и терапевта-кардиолога в индивидуальном решении проблемы восстановления сексуальной активности сердечно-сосудистого больного.

С другой стороны органические нитраты, абсолютно необходимые для терапии стенокардии, являются донаторами NO, следовательно, существенно повышают продукцию циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ). При одновременном приеме органических нитратов и ингибиторов ФДЭ5 возможно критическое повышение уровня цГМФ, которое может привести к тяжелым гемодинамическим осложнениям.



Именно поэтому прием нитратов (наиболее частая составляющая ангиангиальной терапии ИБС) является абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов ФДЭ5. Поиск безопасных средств, сочетаемых с донаторами NO, является одним из перспективных направлений в медикаментозной терапии ЭД.

С этих позиций необходимо рассматривать известный препарат «Импаз», содержащий антитела к эндотелиальной NO-синтазе в сверхмалых дозах. Помня о том, что ЭД это во многом эндотелиальная дисфункция, любые лекарственные воздействия, направленные на улучшение функции эндотелия сосудов, следует рассматривать как благоприятные. По данным создателей препарата, Импаза оказывает модулирующее воздействие на антитела к эндотелиальной NO-синтазе, вызывая повышение ее активности. Естественные антитела – это субстрат молекулярной памяти организма, регуляторы гомеостаза и активности клеток. Будучи созданными и введенными в организм, они могут быть мощным лечебным инструментом. При этом потенцированные антитела к эндогенному регулятору не подавляют его активность, а специфически ее модифицируют. В сверхмалых дозах они обладают специфичностью воздействия, профилем безопасности гомеопатических препаратов, не вызывают повышенной индивидуальной чувствительности и, следовательно, при сублингвальном введении могут быть компонентом сбалансированной терапии. Общая сексуальная удовлетворенность больных при приеме Импазы –

по данным различных обследований – достигает 74%. При этом эректильная функция улучшается у 92,6%, оргазм – у 51,8%, повышение либидо происходит у 48%, улучшение удовлетворенности половым актом – у 82% больных легкой и среднетяжелой ЭД – вне зависимости от возраста и длительности заболевания. Преимуществами Импазы являются как лечебный эффект, так и возможность применения на фоне постоянного приема нитратов. Также, при необходимости, сочетание Импазы с ингибиторами ФДЭ5 значительно повышает результат в случаях трудных для терапии резистентных форм эректильной дисфункции. Так, при монотерапии Импазой тяжелых форм ЭД увеличение индекса МИЭФ составляет 11%, а при сочетании с Виагрой – 34% от исходного.

Артериальная гипертензия у больных ЭД наблюдается более чем в 50% случаев и требует обязательной коррекции. Восстановление сексуальной функции при АГ может также иметь неблагоприятные последствия, поскольку при половом акте систолическое АД и частота сердечных сокращений могут повышаться на 50-70%. На первый взгляд, это чревато возможными сосудистыми осложнениями при coitus. Однако практика показывает, что частота «адренергических» сосудистых осложнений при этом не увеличивается. Ингибиторы ФДЭ5, в частности, Виагра за счет стабилизации параметров клеточного энергообмена, нивелирования дисбаланса про- и антиоксидантных систем организма, препятствия стрессорным и ишемическим

изменениям гладкомышечных структур эти осложнения предотвращает. Фоновая гипотензивная терапия одним, двумя и более гипотензивными препаратами не снижает эффективности Виагры, более того, на фоне гипотензивной терапии уменьшается вероятность побочных эффектов Виагры. Так, ощущение приливов без гипотензивной терапии наблюдается с частотой 15,1%, на фоне приема одного гипотензивного препарата – в 12,6%, двух – в 10,4%; головокружение без терапии – в 2,8% случаев, а при приеме трех гипотензивных препаратов и более – всего в 1,7%. Особое место занимает совместное применение Виагры и альфа-1-адреноблокаторов (Кардура) не только из-за высокой распространенности ЭД и ДГП, но и вследствие синергизма их действия. Именно при приеме Кардуры впервые было отмечено снижение симпатического гипертонуса сосудов кавернозных тел полового члена с усилением вазодилатирующего действия NO, что способно усилить кровообращение и улучшать эрекцию и тем самым препятствовать прогрессированию ЭД.

Многочисленные исследования за последние восемь лет убедительно доказали взаимосвязь ЭД с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Их причиной часто является атеросклероз, предшественником которого является дислипидемия. Атеросклероз артерий полового члена, проявляющийся ЭД, нередко является первичным проявлением системного атеросклероза. Поэтому выявление атеросклероза в сосудах одной локализации повышает шанс найти его и в сосудах другой локализации. Это подчеркивает положение о том, что, подобно лихорадке в продроме гриппа, ЭД может служить достоверным предиктором сердечно-сосудистых заболеваний вообще и атеросклероза в частности. Поэтому при выявлении дислипидемии у больного ЭД для улучшения эрекций,

**Показаниями к назначению терапии препаратами тестостерона сегодня следует считать симптомы дефицита андрогенов с уровнем тестостерона сыворотки крови утром менее 12 нмоль/л, абсолютными противопоказаниями – рак простаты и желаемое отцовство, относительными – гиперплазию простаты с инфравезикальной обструкцией, ночное апноэ, полицитемию. Лечение должно проводиться совместно эндокринологом и урологом с ежегодным контролем ПСА крови.**



ЕСТЕСТВЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МУЖСКОЙ СИЛЫ

# ИМПАЗА

Р. № 000374/01-2001

**НОВЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

-  **восстанавливает и регулирует потенцию**
-  **содержит сверхмалые дозы антител к эндотелиальной NO-синтазе**
-  **обеспечивает своевременное и адекватное расширение сосудов половых органов в ответ на сексуальную стимуляцию**
-  **эффективен и безопасен во всех возрастных группах**
-  **повышает качество жизни**



**МАТЕРИА  
МЕДИКА  
ХОЛДИНГ**  
Лицензия № 42/224/2002

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»,  
Россия, 127473 г. Москва, 3-ий Самотечный пер., дом 9  
Телефон/факс: (095) 684-4333  
www.impaza.ru • E-mail: medicina@materiamedica.ru

помимо ингибиторов ФДЭ5, следует дополнительно назначать гиполипидемические препараты, такие как аторвастатин (Липримар). Подобная комбинированная терапия при постоянном применении позволяет значительно повысить эффективность лечения ингибиторами ФДЭ5. Так, на фоне постоянного приема Липримара применение Виагры повышает индекс МИЭФ на 50% (без Липримара на 25%). Кроме того, сочетанное применение ингибиторов ФДЭ5 и гипотензивной терапии позволяет предотвращать прогрессирование атеросклероза.

Важное место в развитии ЭД занимает сахарный диабет. С практических позиций, наверное, следует различать ЭД как результат диабетической ангио- и нейропатии при сахарном диабете 1-го типа и проявления ЭД у больных сахарным диабетом 2-го типа. Первая группа – чаще молодые мужчины, лечение которых должно включать ингибиторы ФДЭ5, кроме эффективной инсулинотерапии и лечения ангио- и нейропатии. Эффективность терапии ЭД во многом определяется тяжестью ангио- и нейропатии, вызванных сахарным диабетом. Вторая группа – чаще мужчины зрелого и пожилого возраста, нередко имеющие метаболический синдром на фоне возрастного андрогенного дефицита, пациенты с сахарным диабетом 2-го типа. Без адекватной коррекции андрогенного дефицита терапия и СД, и ЭД у них не может быть успешной.

ЭД при соматических заболеваниях мужчин зрелого и пожилого возраста теснейшим образом связана с проблемой возрастного андрогендефицита (ВАД), которой в последнее время стали уделять больше внимания. Частота возрастного андрогендефицита в популяции составляет 7% в возрасте 40-60 лет, 21% – в 60-80 лет и 35% – в возрасте старше 80 лет. Клинические проявления возрастного андрогендефицита многочисленны и

многообразны. Они включают, кроме прогрессирующей потери либидо и ЭД, ухудшение общего состояния, потерю жизненного тонуса, интереса к жизни и способности к познанию, депрессивное настроение, сонливость, прогрессирующее абдоминальное ожирение, миодистрофию, остеопороз, нарушения углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, СД 2-го типа). Кроме того, на фоне ВАД развиваются нарушения липидного обмена, прогрессирующий атеросклероз, АГ, ИБС с тромботическими осложнениями (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и пр.). Не нужно быть сверхнаблюдательным, чтобы заметить, что большинство соматических проявлений возрастного андрогендефицита – это соматическая основа ЭД, на которой мы останавливались выше.

Под метаболическим синдромом у мужчин (Критерии IDF, 2005) сегодня принято понимать нарушения обмена углеводов (гиперинсулинемия, или уровень глюкозы натощак более 6,1 ммоль/л) и наличие 2 признаков из 3: абдоминальное ожирение (объем талии – более 94 см, индекс массы тела – более 30), дислипидемия (триглицериды – более 1,7 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности ЛПВП – менее 0,9 ммоль/л), артериальная гипертензия (АД более 140/90 мм рт. ст. или нормальное АД на фоне гипотензивной терапии). Определяющим в диагнозе метаболического синдрома является абдоминальное ожирение. Поскольку в его основе лежит прогрессирующий андрогендефицит, эффективное лечение, в том числе и терапия ЭД, невозможны без гормональной терапии. В более молодом возрасте при невысоком уровне гонадотропинов чаще всего это лечение гонадотропинами парентерально, при вторичном андрогендефиците – заместительная гормональная терапия (ЗГТ) препаратами тестостерона. Как показывают исследования отечественных авторов, нормализация

уровня тестостерона значительно повышает эффективность гипотензивной терапии при АГ, снижает уровень холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в сыворотке крови при дислипидемии, повысив эффективность терапии статинами (Зокор). Кроме того, терапия, направленная на повышение уровня тестостерона, улучшает настроение, уменьшает количество жировой и увеличивает количество мышечной ткани, увеличивает минеральную плотность костной ткани при остеопорозе и пр.

Исследование уровня тестостерона сыворотки крови у мужчин старше 40 лет можно рассматривать как скрининг-тест факторов риска раннего прогрессирования атеросклероза, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа, эректильной дисфункции, а ЗГТ препаратами тестостерона при гипогонадизме – как средство повышения эффективности терапии этих заболеваний на ранних стадиях.

Следует особо остановиться на эффекте ЗГТ препаратами тестостерона у больных ЭД. В ее основе при возрастном андрогендефиците лежат несколько факторов. Прежде всего, это прогрессирующая потеря полового влечения как сексуальной мотивации. Отсутствие желания половой близости неуклонно ведет к редким адекватным эрекциям, что способно существенно нарушать трофические процессы в кавернозной ткани полового члена. Если вне эрекции парциальное давление кислорода в крови кавернозных тел составляет 30 мм рт. ст., то при эрекции оно возрастает до 100 мм рт. ст., т. е. оксигенация кавернозной ткани повышается в 2,86 раза. Иными словами, нормальное функционирование гладкомышечных волокон кавернозной ткани невозможно без достаточного количества и продолжительности спонтанных и адекватных эрекций.

Синтез NO в эндотелии сосудов кавернозных тел непосредственно зависит от уровня тестостерона. Его недостаточность ведет к уменьшению частоты, интенсивности и продолжительности и адекватных, и спонтанных эрекции (т. е. ЭД), что в свою очередь, обуславливает дистрофические изменения кавернозной ткани, что в конечном счете приводит к необратимым изменениям – кавернозному фиброзу. Помимо этого тестостерон препятствует накоплению жировой ткани в перивенозных пространствах полового члена. Недостаток тестостерона ведет к веноокклюзивной недостаточности вследствие нарушения венозного клапанного механизма и к развитию ЭД. Коррекция этих патогенетических факторов развития ЭД препаратами тестостерона является не только компенсацией возрастного андрогенодефицита, но и необходимой патогенетической терапией ЭД. В комплексе с ингибиторами ФДЭ5 эффективность андрогенотерапии значительно повышается. Так, сочетанное применение Виагры и Андриола позволяет увеличить индекс МИЭФ на 100% (без Андриола – 50%), применение Виагры с Андрогелем также увеличивает ее эффективность вдвое. Исследования показали, что на фоне андрогенотерапии исчезают жировые перивенозные отложения, что позволяет уменьшить веноокклюзивную недостаточность при ЭД.

Препаратами, которые можно применять в андрогенотерапии тестостероном, являются Андриол (таблетки), Небидо (масляный раствор для парентерального введения) и Андрогель (гель для наружных аппликаций). Возможности терапии велики в сексуальном аспекте – повышение либидо, улучшение физических способностей, настроения и способностей к познанию, улучшение эрекции, повышение сексуальности и, как следствие, улучшение качества жизни. Не менее значимы они и для со-

матических заболеваний: это снижение массы висцерального жира, индекса массы тела, уровня холестерина и ЛПНП, снижение диастолического АД, предотвращение прогрессирования СД, улучшение состояния костной и мышечной ткани, гемопоэза, уменьшение психических проявлений андрогенодефицита и пр. Показаниями к назначению терапии препаратами тестостерона сегодня следует считать симптомы дефицита андрогенов с уровнем тестостерона сыворотки крови утром менее 12 нмоль/л, абсолютными противопоказаниями – рак простаты и желаемое отцовство, относительными – гиперплазию простаты с инфравезикальной обструкцией, ночное апноэ, полицитемию. Лечение должно проводиться совместно эндокринологом и урологом с ежегодным контролем ПСА крови.

Наиболее комплаентным сегодня следует считать применение накожных аппликаций Андрогеля в индивидуальной дозировке (5 и 10 г). Их преимущества – в поступлении тестостерона, минуя желудочно-кишечный тракт, неинвазивном способе введения, быстром накоплении и необходимой стабильной концентрации в течение суток с последующей элиминацией, а, следовательно, в управляемой терапии – возможности при необходимости быстрого прекращения гормонотерапии.

Прогрессирующий возрастной дефицит андрогенов у мужчины способен обуславливать ЭД не только за счет неуклонной потери либидо, но в большей степени в результате развития метаболического синдрома (АГ, дислипидемия, СД 2-го типа, ожирение). Если соматические влияния метаболического синдрома на ЭД являются общими для наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний мужчин зрелого и

пожилого возраста, непосредственный дефицит тестостерона способен существенно нарушать синтез NO и обуславливать накопления жировой ткани вокруг

Известно, что 57% мужчин, подвергнутых аортокоронарному шунтированию, задолго до операции уже страдали эректильной дисфункцией, а 64% мужчин, госпитализированных по поводу первого острого инфаркта миокарда, отмечали существенные расстройства эрекции. Косвенно это подтверждается и общими факторами риска ЭД и ИБС: АГ, СД, дислипидемия, депрессия, курение, гиподинамия, ожирение. Таким образом, ЭД следует считать одним из ранних симптомов сердечно-сосудистого заболевания.

перфорантных вен полового члена, вызывая веноокклюзивную недостаточность с ЭД. Комплексная терапия метаболического синдрома, а также заместительная андрогенотерапия и применение ингибиторов ФДЭ5 позволяют более успешно осуществлять лечение ЭД. По данным последних клинических исследований, терапия ЭД с использованием препарата «Импаз» на фоне своевременной и адекватной коррекции имеющихся метаболических нарушений способствует профилактике развития ЭД у больных с метаболическим синдромом (Гамидов С.И., 2007).

Особенности этиологии и патогенеза ЭД при соматических заболеваниях мужчин зрелого и пожилого возраста заставляют рассматривать этот симптомокомплекс с мультидисциплинарных позиций. Они требуют от врача-уролога совершенствования знаний соматической медицины, привлечения к терапии терапевтов, кардиологов, эндокринологов. При этом лишь совместными усилиями можно добиться задачи XXI века в повышении качества жизни, а также в профилактике развития нарушений половой функции у мужчин работоспособного, активного зрелого и пожилого возраста. 

М. С. ЕВДОКИМОВ,  
к.м.н.,  
Заведующий  
урологическим  
отделением ОАО  
«Моситалмед»

# Результаты применения препарата Простамола<sup>®</sup> Уно у больных хроническим абактериальным простатитом

*Сегодня хорошо изучены многочисленные эффекты препарата Простамола<sup>®</sup> Уно при аденоме предстательной железы, которые проявляются в виде антиандрогенного, антипролиферативного и противовоспалительного эффектов на уровне простаты. Все эти эффекты сочетаются с хорошей переносимостью и удобством применения. Простамола<sup>®</sup> Уно содержит оптимальное количество действующего вещества Serenoa repens в количестве 320 мг.*

**Р**езультаты проведенных с 1966 по 1997 г.г. клинических исследований эффективности препаратов на основе экстрактов *Serenoa repens* у 2939 больных ДГПЖ умеренной тяжести (IPSS 14,4), среднего возраста 65 лет, были проанализированы Wilt T.J. с соавт. По сравнению с плацебо, в результате терапии экстрактом *Serenoa repens*, отмечено уменьшение симптомов нижних мочевых путей на 28%, ноктурии – на 25%, увеличение максимальной скорости потока мочи – на 28% и уменьшение объема остаточной мочи – на 43% (10).

Все вышеописанные действия обусловлены фитостероловыми

экстрактами *Serenoa repens*. Основным фармакологическим механизмом действия фитостеролов является ингибирование I и II типов 5 $\alpha$ -редуктазы и как следствие ингибирование связывания дигидротестостерона с рецепторами андрогена в клетках простаты с последующим усилением эффекта за счет ингибции ароматазы. К возможным дополнительным механизмам действия относят ингибирование роста простаты посредством связывания пролактина с рецепторами в предстательной железе, антиэстрогенный эффект, подавление пролиферации эпителиальных клеток предстательной железы, подавление базального фактора роста.

Противовоспалительное действие экстракта *Serenoa repens* обусловлено его способностью ингибировать фосфолипазу A2, активно участвующую в преобразовании фосфолипидов в арахидоновую кислоту. Имеются данные о подавляющем действии препарата на другие ферменты арахидонового каскада – циклооксигеназу и липоксигеназу, ответственные за образование простагландинов и лейкотриенов – основных меди-

аторов воспаления (5; 7). Кроме того, *Serenoa repens* обладает выраженным противоотечным действием, влияет на сосудистую фазу воспаления, проницаемость капилляров и уменьшает сосудистый стаз (3; 8; 9).

Учитывая такое многопрофильное действие, Простамола<sup>®</sup> Уно имеет два официальных показания к применению: доброкачественная гиперплазия простаты и хронический простатит.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено исследование с целью оценки эффективности и безопасности препарата Простамола<sup>®</sup> Уно у пациентов с абактериальным хроническим простатитом. Мы наблюдали 22 больных хроническим абактериальным простатитом, средний возраст 32,6 ( $\pm 6,5$ ) года и объем предстательной железы 23,1 ( $\pm 4,3$ ) см<sup>3</sup>, которые в течение 3 месяцев принимали Простамола<sup>®</sup> Уно по 320 мг (1 капсула) 1 раз в сутки после еды. Данная длительность терапии была обусловлена современными взглядами на продолжительность лечения препаратами *Serenoa repens*. Препарат использовали в качестве монотерапии или в сочетании с физиотерапией.

В исследование включали мужчин в возрасте 18-40 лет с доказанным наличием хронического абактериального простатита и длительностью заболевания не менее 6 месяцев, отсутствием роста микрофлоры в посевах 3-й порции мочи – титр менее 10<sup>3</sup> кл/мл (таблица 1).

К участию в программе не допускали пациентов, перенесших

Таблица 1. Характеристика больных на момент включения в исследование

Число больных	22
Средний возраст (лет)	32,6 ( $\pm 6,5$ )
Объем простаты (см <sup>3</sup> )	23,1 ( $\pm 4,3$ )
IPSS (баллы)	3,9
Урофлоуметрия, Q max мл/сек	10,1
NIH-CPSI, баллы	16,1
Среднее число лейкоцитов в секрете простаты	28,2

оперативные вмешательства на предстательной железе, лица с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, аденомой предстательной железы, склерозом шейки или камнями мочевого пузыря, онкологическими заболеваниями, инфекцией мочевых путей. Противопоказанием для участия в исследовании являлся систематический прием лекарственных препаратов, влияющих на функцию мочевого пузыря и мочеотделение, а также анальгетиков и/или противовоспалительных средств.

На стадии отбора в исследование все пациенты прошли обследование, включавшее: изучение анамнеза, клинический осмотр, пальцевое ректальное исследование предстательной железы, оценку симптомов заболевания в баллах по шкале NIH-CPSI и IPSS. В обязательном порядке выполняли: 3-стаканную пробу мочи, анализ секрета предстательной железы, посев 3-й порции мочи, урофлоуметрию с определением остаточной мочи в мочевом пузыре, трансректальную ультразвуковую диагностику с определением объема предстательной железы.

Критерии эффективности лечения:

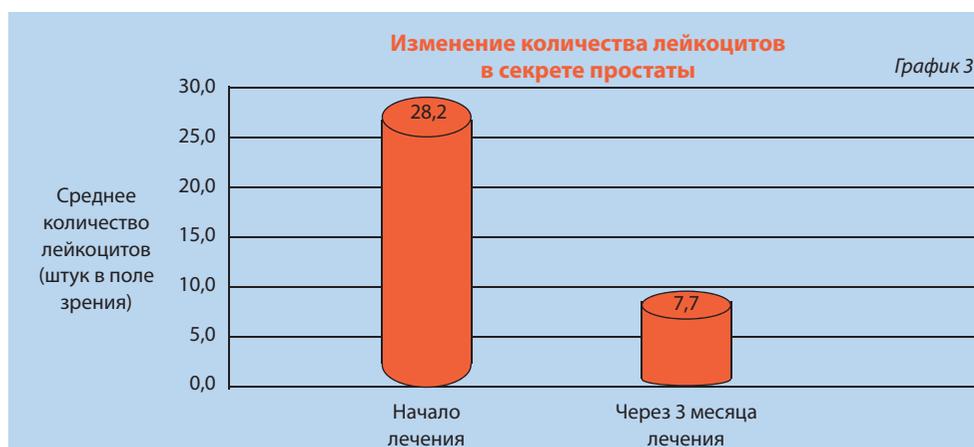
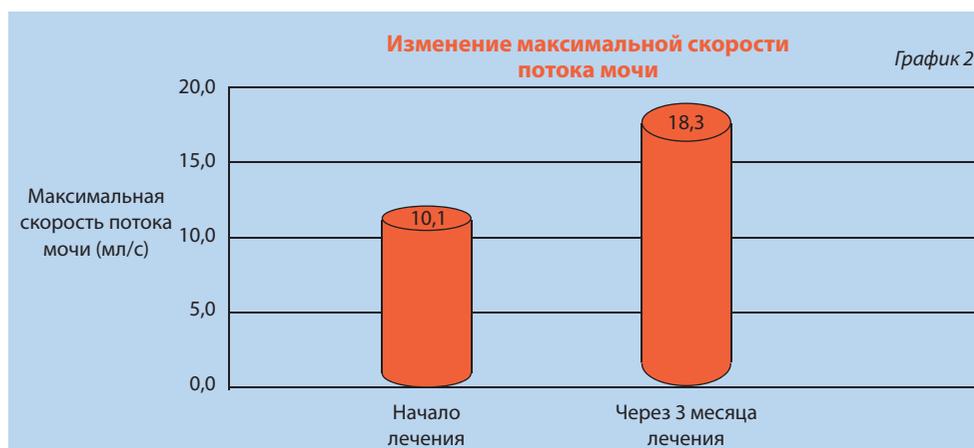
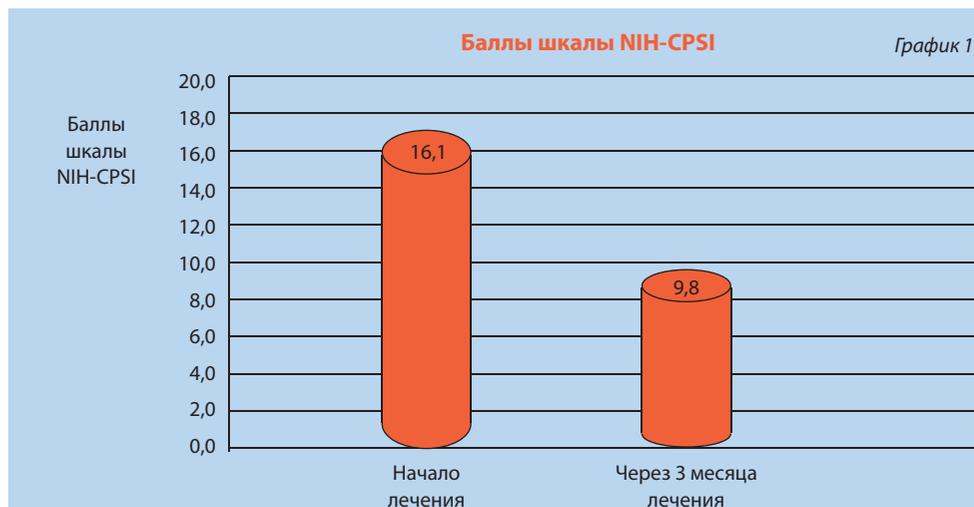
- динамика частоты и выраженности симптомов при оценке по стандартизированным шкалам;
- изменение числа лейкоцитов в 3-й порции мочи (после массажа простаты) или в секрете предстательной железы;
- изменение состояния качества жизни больных.

Безопасность препарата оценивали по характеру, частоте и выраженности побочных эффектов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение препарата Простамол® Уно привело к достоверной регрессии симптомов, по данным использованных стандартизированных шкал. Изменение показателей шкалы NIH-CPSI показало уменьшение общего балла с 16,1 до 9,8 через 3 месяца (график 1).

Препарат способствовал снижению выраженности боли: на 28,2% к концу лечения, а дизурии на 23%. После лечения индекс качества



жизни значительно ( $p < 0,001$ ) уменьшился на 24,5%.

Анализ исходных данных шкалы IPSS свидетельствует, что у большинства наших пациентов не было выраженных симптомов нарушения функции нижних мочевых путей: исходный показатель равен 3,9

баллам. После окончания лечения отмечено уменьшение показателя IPSS на 55,1%. Благоприятно сказалось применение препарата Простамол® Уно на уродинамике, что подтверждается увеличением максимальной скорости потока мочи с 10,1 до 18,3 мл/с ( $p < 0,01$ ) (график 2).



# Базовая терапия гиперплазии предстательной железы и хронического простатита



**Одобрено**  
Российским обществом  
урологов



Рег. уд. П. 012255 / 01-2005

**Основным фармакологическим механизмом действия Сереногоринс (плодов пальмы Сабаля) фитостеролов является ингибирование I и II типов 5 $\alpha$ -редуктазы и как следствие ингибирование связывания дигидротестостерона с рецепторами андрогена в клетках простаты с последующим усилением эффекта за счет ингибции ароматазы.**

До начала лечения в секрете предстательной железы среднее число лейкоцитов в поле зрения было 28,2, а после терапии препаратом Простамол® Уно показатель снизился до 7,7 (график 3).

Положительная динамика клинических проявлений коррелировала с регрессией лабораторных,

пальпаторных, ультразвуковых и уродинамических показателей воспалительного поражения простаты.

Все вышеперечисленные эффекты сочетаются с хорошей переносимостью и удобством применения. В наблюдаемой нами группе не было отмечено побочных эффектов на

фоне приема препарата Простамол® Уно.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования продемонстрировали, что применение Простамол® Уно у больных хроническим абактериальным простатитом клинически оправдано, перспективно и требует дальнейшего изучения. Также стоит отметить удобство применения Простамол Уно – одна капсула в сутки, отсутствие необходимости подбора дозы и возможность совместного применения с любыми лекарственными средствами.

## Список литературы:

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Использование препарата Простамол® Уно («Берлин-Хеми», Германия) у больных гиперплазией предстательной железы. // Врачебное сословие. – 2006. – № 7. – С. 24-28.
2. Лопаткин Н.А., Сивков А.В., Аполихин О.И. и др. Хронический простатит. Монография на CD-ROM. НИИ урологии МЗ РФ, М., 2004.
3. Мазо Е.Б., Степенский А.Б. Новое в фитотерапии хронического простатита. // Тер. архив. – 2001. – № 10. – С. 53-55.
4. Медведев А.А. Экстракты *Serenoa repens* в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.
5. Paubert Braquet M., Janssen D.H., Servent N. et al. Permixon [lipido sterolic extract of *Serenoa repens* (LSESr)] inhibits b-FGF and EGF-induced proliferation of human prostate organotypic cell lines. *Pharm res* 1995; 31 suppl.: 69.
6. Plosker G.L., Brogden P.N. *Serenoa repens* A review of its pharmacology and therapeutic efficacy in benign prostatic hyperplasia. *Drugs Aging* 1996; 9 (5): 379-95.
7. Ragab A., Ragab-Thomas JMF, Delhon A. et al. Effects of Sereprostat in Spain on phospholipase A2 activity and on arachidonic acid metabolism in cultured prostatic cells. In: Di Silverio F, Steg A, editors. *New trends in BPH etiopathogenesis*. *Acta Medica*, Rome 1988; 293-6.
8. Stenger A., Tarayre J.P., Carilla F. et al. Pharmacologic and biochemical study of the hexane extract of *Serenoa repens* B (PA 109). *Gaz Med de France* 1982; 89 (17): 2041-8.
9. Tarayre J.P., Delhon A., Laouressergues H. et al. Anti-edematous action of a hexane extract of the stone fruit of *Serenoa repens*. *Ann Pharm. Fr.* 1983; 41: 559-70.
10. Wilt T.J. et al. // *J.A.M.A.* – 1998. – Vol. 280, № 18. – P. 1604-1609.

# МЕДИЦИНА И ЗДОРОВЬЕ

*13-я международная выставка больничного, лабораторного, хирургического, реабилитационного оборудования и медикаментов*

*В рамках реализации национального проекта «Здоровье»  
специальный раздел выставки*

**ГИНЕКОЛОГИЯ, АКУШЕРСТВО,  
НЕОНАТОЛОГИЯ**

**ПЕРМЬ 7-10 НОЯБРЯ 2007**

В.Н. ПАВЛОВ,  
Р.И. САФИУЛЛИН,  
А.А. КАЗИХИНУРОВ,  
Р.Р. ИШЕМГУЛОВ,  
А.Т. МУСТАФИН,  
А.Р. МАХМУТОВ

Башкирский  
государственный  
медицинский  
университет

# Ликопрофит в реабилитации пациентов после трансуретральной резекции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы II стадии

*Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мочеполовой сферы у мужчин пожилого и старческого возраста, вызывающим обструкцию нижних мочевых путей.*

**З**аболевание проявляется уже в возрасте 40-50 лет (1). Частота признаков ДГПЖ постепенно нарастает и составляет от 11,3% у мужчин в возрасте 40-50 лет и достигает 81,4% у лиц в возрасте 80 лет (2).

В индустриальных странах Европы смертность от ДГПЖ составляет 30 человек на 100000 населения. Ежегодно около 1700000 пациентов в США обращаются к врачам с жалобами на расстройства мочеиспускания, обусловленные ДГПЖ (3).

При инфравезикальной обструкции в мочевом пузыре возникают гистологические и клинические изменения, в основе которых лежат процессы нарушения проницаемости уротелия и нервной регуляции, сосудистые расстройства и повышенная активность тучных клеток (4, 5).

В экспериментальных условиях установлено, что по мере заполнения мочевого пузыря кровенаполнение и оксигенация его стенки существенно уменьшаются. Известен порог внутрипузырного давления, после которого следует полное перекрытие

капиллярного кровотока и развитие ишемической гипоксии детрузора (6).

Несмотря на то, что нарушение кровообращения в стенке мочевого пузыря при инфравезикальной обструкции играет важную роль, его изучению уделялось мало внимания (7). Однако в настоящее время проблеме микроциркуляции и возможности тестирования микроциркуляторных расстройств в медицине и клинической практике придается все большее значение (8).

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Успехи применения лазерной доплеровской флоуметрии в различных отраслях медицинской науки в настоящее время определяют необходимость проведения исследования изменений микроциркуляции стенки мочевого пузыря при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки микроциркуляции методом ЛДФ нами использован лазерный анализатор капиллярного кровообращения «ЛАКК-01» (НПП «Лазма», Россия) (9). Принимая во внимание рекомендации группы по стандартизации неинвазивных методов исследования европейского общества дерматологов, данные для клинического применения ЛДФ, исследования проводили в утренние часы в

эндоскопической операционной в положении пациента лежа на операционном столе при температуре комфорта 20-25°С. Предварительно с пациентом проводилась беседа с целью уменьшить волнение и страх перед процедурой. Затем проводилась уретроцистоскопия под спинальной или перидуральной анестезией с целью снижения тонуса сфинктерно-детрузорного аппарата. После осмотра в мочевой пузырь вводился зонд анализатора и устанавливался визуальный контроль перпендикулярно слизистой. В момент проведения процедуры осуществлялся мониторинг артериального давления и ЭКГ-мониторинг. Продолжительность записи составила 3 минуты.

При исследовании микроциркуляции пузырно-уретрального сегмента оценивались следующие показатели:

- показатель микроциркуляции (ПМ), отражающий средний уровень перфузии (средний поток эритроцитов) в единице объема ткани за единицу времени;
- среднее квадратичное отклонение ( $\delta$ ) амплитуды колебаний кровотока от величины ПМ, отображающее усредненную временную колеблемость микроциркуляторного потока, или флукса (flux);
- коэффициент вариации, соответствующий соотношению между изменчивостью перфузии (флуксом) и средней перфузией (ПМ) –  $Kv = \delta / ПМ \times 100\%$ . Коэффициент указывает на процентный вклад вазомоторного компонента в общую модуляцию тканевого кровотока.

**В индустриальных странах Европы смертность от ДГПЖ составляет 30 человек на 100000 населения. Ежегодно около 1700 000 пациентов в США обращаются к врачам с жалобами на расстройства мочеиспускания, обусловленные ДГПЖ.**

**Таблица 1. Показатели микроциркуляции стенки мочевого пузыря у больных с ДГПЖ II стадии до оперативного лечения**

Анатомическая зона	Показатель микроциркуляции (ПМ)	Среднее квадратичное отклонение ( $\delta$ )	Коэффициент вариации ( $K_v$ )
Задняя стенка м/п	$4,06 \pm 0,7$	$1,35 \pm 0,4$	$33,17 \pm 3,8$
Левая стенка м/п	$4,37 \pm 0,6$	$1,09 \pm 0,4$	$24,94 \pm 3,4$
Правая стенка м/п	$4,48 \pm 0,7$	$0,85 \pm 0,2$	$18,93 \pm 3,7$
Верхушка м/п	$6,37 \pm 0,9$	$1,61 \pm 0,3$	$25,34 \pm 4,2$
Зона треугольник Лъето	$3,44 \pm 1,1$	$0,36 \pm 0,1$	$10,55 \pm 2,0$
Шеечная область м/п	$2,89 \pm 0,7$	$0,13 \pm 0,2$	$4,59 \pm 0,9$

**Таблица 2. Показатели микроциркуляции стенки мочевого пузыря у I группы больных через месяц после ТУР ПЖ**

Анатомическая зона	Показатель микроциркуляции (ПМ)	Среднее квадратичное отклонение ( $\delta$ )	Коэффициент вариации ( $K_v$ )
Задняя стенка м/п	$8,56 \pm 0,7$	$1,69 \pm 0,8$	$19,71 \pm 3,8$
Левая стенка м/п	$8,83 \pm 0,6$	$2,60 \pm 0,4$	$29,42 \pm 3,4$
Правая стенка м/п	$8,85 \pm 0,7$	$2,40 \pm 0,6$	$27,14 \pm 3,7$
Верхушка м/п	$8,28 \pm 0,9$	$0,74 \pm 0,8$	$8,90 \pm 4,2$
Зона треугольник Лъето	$6,75 \pm 2,5$	$0,28 \pm 0,5$	$4,09 \pm 2,0$
Шеечная область м/п	$5,84 \pm 1,2$	$1,28 \pm 0,7$	$21,93 \pm 1,9$

**Таблица 3. Показатели микроциркуляции стенки мочевого пузыря у I группы больных через 2 месяца после ТУР ПЖ**

Анатомическая зона	Показатель микроциркуляции (ПМ)	Среднее квадратичное отклонение ( $\delta$ )	Коэффициент вариации ( $K_v$ )
Задняя стенка м/п	$10,16 \pm 0,7$	$1,79 \pm 0,8$	$17,61 \pm 3,8$
Левая стенка м/п	$10,42 \pm 0,6$	$1,94 \pm 0,4$	$18,61 \pm 3,4$
Правая стенка м/п	$10,55 \pm 0,7$	$1,87 \pm 0,6$	$17,72 \pm 3,7$
Верхушка м/п	$10,72 \pm 0,9$	$1,95 \pm 0,8$	$18,15 \pm 4,2$
Зона треугольник Лъето	$10,73 \pm 1,1$	$1,73 \pm 0,5$	$16,07 \pm 2,0$
Шеечная область м/п	$9,36 \pm 1,2$	$1,44 \pm 0,7$	$15,39 \pm 1,9$

Указанные три параметра дают общую интегральную оценку микроциркуляции исследуемого участка ткани (10).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследованиях приняли участие 205 мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы II стадии в возрасте от 56 до 72 лет (средний возраст –  $65,5 \pm 3,8$  года), на-

ходившихся на лечении в урологической клинике ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет» с 2006-го по 2007 год.

Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 100 пациентов с ДГПЖ II стадии, которым в качестве лечения проводилась трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР ПЖ). Вторую группу представили 105 пациентов с ДГПЖ II стадии, которые после ТУР ПЖ в течение 3 месяцев получали Ли-

копрофит («Экомир») в дозе 1500 мг/сутки.

Проведенный нами анализ капиллярного кровотока в исследуемых группах больных с ДГПЖ II стадии до оперативного лечения (таблица 1) показал снижение показателей микроциркуляции в стенке мочевого пузыря, вплоть до критического уровня перфузии. Наименьшие показатели микроциркуляции у пациентов с ДГПЖ II стадии выявлены в



**Таблица 4. Показатели микроциркуляции стенки мочевого пузыря у I группы больных через 3 месяца после ТУР ПЖ**

Анатомическая зона	Показатель микроциркуляции (ПМ)	Среднее квадратичное отклонение ( $\delta$ )	Коэффициент вариации ( $K_v$ )
Задняя стенка м/п	12,41 ± 0,7	1,34 ± 0,8	10,79 ± 3,8
Левая стенка м/п	12,33 ± 0,6	0,53 ± 0,4	4,29 ± 3,4
Правая стенка м/п	12,28 ± 0,7	0,88 ± 0,6	7,16 ± 3,7
Верхушка м/п	12,17 ± 0,9	1,48 ± 0,8	12,16 ± 4,2
Зона треугольник Лъето	14,87 ± 1,1	2,80 ± 0,5	18,87 ± 2,0
Шеечная область м/п	13,48 ± 1,2	0,73 ± 0,7	5,43 ± 1,9

**Таблица 5. Показатели микроциркуляции стенки мочевого пузыря у II группы больных через 1 месяц после ТУР ПЖ**

Анатомическая зона	Показатель микроциркуляции (ПМ)	Среднее квадратичное отклонение ( $\delta$ )	Коэффициент вариации ( $K_v$ )
Задняя стенка м/п	10,55 ± 0,7	1,87 ± 0,6	17,72 ± 3,7
Левая стенка м/п	10,72 ± 0,9	1,95 ± 0,8	18,15 ± 4,2
Правая стенка м/п	10,73 ± 1,1	1,73 ± 0,5	16,07 ± 2,0
Верхушка м/п	12,15 ± 0,9	2,65 ± 0,8	21,86 ± 1,3
Зона треугольник Лъето	10,58 ± 1,9	1,73 ± 1,2	16,35 ± 3,1
Шеечная область м/п	8,61 ± 0,7	1,71 ± 0,8	19,86 ± 4,2

**Таблица 6. Показатели микроциркуляции стенки мочевого пузыря у II группы больных через 2 месяца после ТУР ПЖ**

Анатомическая зона	Показатель микроциркуляции (ПМ)	Среднее квадратичное отклонение ( $\delta$ )	Коэффициент вариации ( $K_v$ )
Задняя стенка м/п	12,17 ± 0,9	1,48 ± 0,8	12,16 ± 4,2
Левая стенка м/п	12,28 ± 0,7	0,88 ± 0,6	7,16 ± 3,7
Правая стенка м/п	12,33 ± 0,6	0,53 ± 0,4	4,29 ± 3,4
Верхушка м/п	13,48 ± 1,2	0,73 ± 0,7	5,43 ± 1,9
Зона треугольник Лъето	16,19 ± 0,9	4,01 ± 0,3	23,83 ± 1,9
Шеечная область м/п	14,21 ± 0,9	2,58 ± 0,8	18,17 ± 4,2

области шейки мочевого пузыря и треугольника Лъето. Вероятнее всего, это связано с компрессией аденоматозной тканью стенки мочевого пузыря в этой зоне и перераспределением кровотока по магистральному типу. В остальных отделах мочевого пузыря при ДГПЖ II стадии мы также наблюдали снижение показателей микроциркуляции в сравнении с контрольной группой.

Анализируя амплитудно-частотный спектр (АЧС) в различных отделах

мочевого пузыря при ДГПЖ II стадии, мы выявили застойную форму АЧС с расширением артериол и венул и ослаблением кровотока в задней стенке мочевого пузыря. Спазм артериол с ослаблением кровотока в веноулярном звене и соответственно спастическую форму АЧС в зоне боковых стенок мочевого пузыря и его верхушки. В области шейки м/п выявлена стазическая форма АЧС с расширением артериол и венул и резким уменьшением кровотока.

При контрольном исследовании капиллярного кровотока у больных I группы через месяц после ТУР ПЖ мы отметили увеличение показателей микроциркуляции во всех точках измерения практически в 2 раза (таблица 2).

Расшифровка АЧС указывает на спастико-атоническую форму нарушений микроциркуляции в боковых стенках и верхушке мочевого пузыря, застойную форму в зоне треугольника Лъето и стазическую форму микроциркуляции в шейке мочевого пузыря.



# Ликопрофит

Гармония мужского здоровья

## ♂ Синергизм действия природных компонентов

- Ликопин
- Экстракт плодов пальмы карликовой
- Экстракт коры сливы африканской
- Экстракт корня крапивы двудомной

## ♂ Терапия и профилактика хронического простатита и ДГПЖ

## ♂ Профилактика рака простаты

®  
**ЭКОМИР**

+7 (495) 944-94-94  
[www.ekomir.ru](http://www.ekomir.ru)



**Таблица 7. Показатели микроциркуляции стенки мочевого пузыря у II группы больных через 3 месяца после ТУР ПЖ**

Анатомическая зона	Показатель микроциркуляции (ПМ)	Среднее квадратичное отклонение (δ)	Коэффициент вариации (K <sub>v</sub> )
Задняя стенка м/п	14,98 ± 0,8	0,90 ± 0,8	6,04 ± 4,2
Левая стенка м/п	14,75 ± 0,7	2,34 ± 0,6	15,89 ± 3,7
Правая стенка м/п	14,87 ± 0,6	2,80 ± 0,4	18,87 ± 3,4
Верхушка м/п	14,21 ± 0,8	2,58 ± 0,7	18,17 ± 1,9
Зона треугольник Лъето	18,53 ± 0,9	4,06 ± 0,3	21,91 ± 1,9
Шеечная область м/п	17,03 ± 1,1	3,61 ± 0,8	21,2 ± 4,2

Дальнейший анализ исследования микроциркуляции у больных I группы через 2 месяца после ТУР ПЖ выявил продолжающийся рост показателей микроциркуляции во всех точках измерения в среднем до 10 перф.ед (таблица 3).

Расшифровка АЧС спектра выявляет те же формы нарушений микроциркуляции, что и у пациентов первой группы через месяц после ТУР ПЖ.

Через 3 месяца у пациентов I группы показатели микроциркуляции восстановились в среднем до 12,92 перф.ед. (таблица 4).

Расшифровка АЧС указывает на спастическую форму микроциркуляции в боковых стенках и верхушке мочевого пузыря, спастико-атоническую – в зоне треугольника Лъето и застойную – в шейке мочевого пузыря.

При контрольном исследовании капиллярного кровотока через месяц после ТУР ПЖ у пациентов, принимавших в послеоперационном периоде Ликопрофит («Экомир») выявлено значительное увеличение ПМ во всех точках измерения более чем в 2 раза (таблица 5).

Расшифровка АЧС указывает на спастико-атоническую формы нару-

шений микроциркуляции в боковых стенках, верхушке мочевого пузыря и в зоне треугольника Лъето и застойную форму микроциркуляции в шейке мочевого пузыря.

При контрольном исследовании микроциркуляции у больных II группы через 2 месяца после ТУР ПЖ мы выявили изменения ПМ (таблица 6), сравнимые с таковым у пациентов I группы через 3 месяца после операции.

Расшифровка АЧС указывает на спастическую форму микроциркуляции в боковых стенках и верхушке мочевого пузыря и спастико-атоническую в зоне треугольника Лъето и шейки мочевого пузыря.

Через 3 месяца после ТУР ПЖ у пациентов II группы ПМ был близок к нормальным значениям (таблица 7).

АЧС характеризовался спастической формой микроциркуляции.

- У пациентов с ДГПЖ II стадии показатели микроциркуляции стенки мочевого пузыря снижены вплоть до критического уровня перфузии. Наименьшие показатели микроциркуляции выявлены в области шейки мочевого пузыря и треугольника Лъето. Это связано с компресси-

ей аденоматозной тканью стенки мочевого пузыря в этой зоне и перераспределением кровотока по магистральному типу.

- Анализируя параметры микроциркуляции стенки мочевого пузыря в сроки до 3 месяцев после ТУР ПЖ, мы выявили более раннее и полное восстановление капиллярного кровотока у пациентов, принимавших в послеоперационном периоде Ликопрофит («Экомир») в дозе 1500 мг/сутки.

Таким образом, инфравезикальная обструкция, обусловленная доброкачественной гиперплазией предстательной железы II стадии, изменяет характеристики микроциркуляции в стенке мочевого пузыря и усугубляет транскапиллярный обмен, затрудняет и без того нарушенную перфузию тканей кислородом и создает условия для реализации факторов коллаgenoза.

Применение у таких пациентов в реабилитационном периоде Ликопрофита («Экомир») в дозе 1500 мг/сутки достоверно способствует более раннему и эффективному восстановлению микроциркуляции, что снижает риск развития послеоперационных осложнений. 

**Список литературы:**

1. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Москва. 1998. (Том 1-3)
2. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. // Москва. Триада Х. - 1997
3. Международное совещание по лечению доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП): Материалы. – Париж, 1993
4. Суханов Р.Б. Оценка кровообращения шейки мочевого пузыря при гиперплазии простаты. Дисс. к.м.н. М – 2004
5. Локшин К.Л. Допплерографическая оценка кровообращения предстательной железы при гиперплазии. Дисс. к.м.н. М – 1999
6. Bonner R.F., Nossal R. Modal for laser doppler measurements of blood flow in tissue microcirculation//Appl. Optics. 1981. V – 20, p 2097
7. Неймарк Б.А. Роль микроциркуляторных и уродинамических нарушений в генезе стойкой дизурии у женщин. Дисс. К.м.н. Барнаул 2001.
8. Чернух А.М., Александров П.Н., Алексеев О.В. Микроциркуляция. – М. 1984
9. Козлов В.И., Сидоров В.В. Лазерный анализатор капиллярного кровотока ЛАКК-01 // Применение лазерной доплеровской фолоуметрии в медицинской практике. Второй Всерос. симп.- М., 1998. – С.5-8
10. Бенедиктов И.И., Сысоев Д.А., Цаур Г. А. Основные методы исследования системы микроциркуляции // Акуш.Гинек. - 1999.- №1, с 8-11



Т.С. ПЕРЕПАНОВА,  
д.м.н.

# Фармакоэкономические преимущества применения Ципринола после трансуретральных операций

*Развитие рынка услуг здравоохранения коммерциализирует дело охраны здоровья в целом, а также отношение каждого человека (пациента) к своему здоровью. Это приводит к формированию качественно других типов экономического мышления, стилей практического хозяйственного поведения субъектов отрасли.*

**В**о-первых, происходит быстрое возрастающее изменение объема платных и полуплатных услуг здравоохранения, оказываемых населению. Во-вторых, изменение экономического статуса медицинского учреждения, которое отчетливо приобретает экономические черты услуги-производящего предприятия (1). Средств областных бюджетов и фондов обязательного медицинского страхования (ОМС) не хватает для нормального функционирования медицинской помощи населению, возникает необходимость в выборе наиболее затратно-эффективных методов лечения заболеваний, и возможно в том, чтобы часть затрат переложить на плечи самих пациентов и их родственников.

Экономическая эффективность – ценность результатов, полученных при расходовании определенной суммы денег. Те вмешательства или лекарствен-

ные средства, позволяющие не только уменьшить финансовые затраты, но также избежать серьезных осложнений, оперативных вмешательств, улучшить качество жизни пациентов представляют не только медицинскую, но и экономическую эффективность.

Клинико-экономический анализ является процессом сравнения результатов и затрат при применении двух и более методов лекарственного и нелекарственного вмешательства (медицинских технологий), включая технологию лечения (2). Клинико-экономический анализ подразумевает обязательное сравнение затрат и эффективности. Он базируется на результатах специальных клинических исследований, в которых оцениваются как чисто медицинские (клинические) аспекты оказания медицинской помощи, так и экономические. Оцениваются медицинские технологии, но учитываются как клинические результаты, так и социально-экономические последствия (2).

В НИИ урологии Росмедтехнологий в 2006 году проведены клинические испытания препарата ципрофлоксацин (Ципринол, КРКА, Словения) в режиме ступенчатой терапии для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений после трансуретральной резекции (ТУР) простаты.

В исследование были включены взрослые больные, мужского пола, с доброкачественной гиперплазией простаты (ДГПЖ), подвергавшиеся ТУР простаты, как с имеющейся до операции инфекцией мочевых путей (ИМП), так и без таковой, при условии обнаружения гнойных выделений при вскрытии протоков предстательной железы или инфицированных камней. На основании указанных критериев в исследование было включено 30 пациентов.

## РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

Внутривенно по 500 мг 2 раза в сутки в течение 3-х дней, первая доза вводится во время операции, при выявлении гнойных ацинусов или инфицированных камней простаты, далее по 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 25 дней.

Группа 30 пациентов, возраст от 45 до 80 лет, средний возраст – 64,78 года.

Гнойные выделения из вскрытых протоков и ацинусов простаты во время операции были выявлены у всех 30 пациентов. Изменения в общем анализе мочи после завершения лечения, имелись у троих пациентов из группы.

Бактериурия до операции имела у 7 (23,34%) пациентов, и лишь у двоих пациентов (6,67%) она сохранилась в послеоперационном периоде. Ни у одного из пациентов со стерильной мочой до операции, бактериурии в послеоперационном периоде не выявлено. После завершения лечения на 35-е сутки после операции (28 дней лечения + 7 дней без лечения – период «отмывания») бактериологические посевы мочи у всех пациентов были стерильными. У двух пациентов (6,67%), на третьи сутки после установки уретрального катетера развился острый уретрит, сопровождавшийся гипертермией до 38,7°С, который

**Экономическая эффективность – ценность результатов, полученных при расходовании определенной суммы денег. Те вмешательства или лекарственные средства, позволяющие не только уменьшить финансовые затраты, но также избежать серьезных осложнений, оперативных вмешательств, улучшить качество жизни пациентов представляют не только медицинскую, но и экономическую эффективность.**

был ликвидирован после удаления катетера. Смены антибактериальной терапии не потребовалось.

Таким образом, хорошая и отличная клиническая и бактериологическая эффективность ступенчатой терапии Ципринолом продемонстрирована у 28 пациентов, что составило 93,33%, удовлетворительная клинико-бактериологическая эффективность констатирована у двоих пациентов, что составило 6,67%.

**Переносимость.** Нежелательных побочных реакций во время ступенчатой терапии Ципринолом отмечено не было. Аллергических реакций, связанных с приемом препарата у пациентов не отмечено. Переносимость препарата отличная.

### ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Для проведения фармакоэкономического анализа произведены расчеты затрат на антибиотик ципрофлоксацин (Ципринол, Словения, КРКА) по 500 мг 2 раза в сутки внутривенно в течение 3-х дней + стоимость внутривенного введения 30 больным и ципринол в таблетках по 500 мг 2 раза *per os* в течение 25 дней.

Даже возникший уретрит в раннем послеоперационном периоде у 2-х больных не потребовал дополнительного лечения.

Итак, финансовые расходы при методике антибактериального лечения: 28 дней лечения ципринолом больных с ДГПЖ инфекционно-воспалительных осложнений после ТУР простаты потребовались только на антибиотик и его введение.

Стоимость ципринола по 500 мг 2 раза в/в в течение 3-х дней равна 82 руб. 99 коп.  $\times 2 \times 3$  дня. Итого стоимость равняется 497 руб. 94 коп. Стоимость в/в введения препарата равна 98 руб.  $\times 6 = 588$  руб. + 497 руб. 94 коп. = 1085 руб. 94 коп. Далее препарат назначали перорально по 500 мг 2 раза в сутки в течение 25 дней = 8 руб. 59 коп. (стоимость 1 таблетки по 500 мг)  $\times 2 \times 25$  дней = 429 руб. 50 коп.

В итоге на 1 пациента на лекарственную терапию ципринолом в течение 28 дней (3 дня внутривенно и 25 дней перорально) затраты составили 1515 руб. 44 коп. ( в нашей группе из 30 пациентов = 45463 руб. 20 коп.)

В контрольной группе по данным 6 диссертационных работ инфекционно-воспалительные осложнения встреча-

лись в среднем в 10,6% случаев. т. е. у 17 пациентов из 160. Таким образом, расчеты необходимо проводить на 160 больных = 242470 руб. 40 коп. необходимо на антибактериальную терапию ципринолом в течение 28 дней.

**Расчеты для лечения инфекционно-воспалительных осложнений после ТУР простаты в обычной клинической практике.** Расчет проведен по Прейскуранту цен по оказанию консультативной, диагностической и лечебной помощи (взрослым пациентам) НИИ урологии МЗ СР РФ, утвержденным 1 февраля 2005 года приказом директора института. Цены на лекарственные препараты на март 2007 года дистрибьюторской компании РОСТА (госконтракт). Данные взяты из 6 диссертаций (3-8).

Основу исследования составили данные фармакоэкономического анализа у больных с ДГПЖ, перенесших оперативное вмешательство в клинике НИИ урологии Росмедтехнологий, ГКУЦБ №47 (Москва) урологических отделениях Областной клинической больницы и медико-санитарной части АО «Автодизель» (Ярославль).

Средний возраст больных перенесших ТУР составил 71,2 + 6,9 лет.

Расходы выражены в рублях. Все численные данные по расходам представляют собой средние величины.

В обеих группах (основной и контрольной) в среднем на 3 сутки после операции удаляли уретральные катетеры и на 6-7 сутки больных выписывали на амбулаторное лечение.

При расчетах в контрольной группе учитывали только осложнения инфекционно-воспалительного характера, потребовавшие дополнительного медикаментозного лечения или нового оперативного вмешательства.

По данным 6-ти диссертаций в среднем инфекционно-воспалительные ослож-

нения встречались в 10,6%. Тогда в группе из 160 пациентов с ДГПЖ, лечившихся традиционным методом инфекционно-воспалительные осложнения в среднем распределились следующим образом (таблица 1).

Клинико-экономический анализ подразумевает обязательное сравнение затрат и эффективности. Он базируется на результатах специальных клинических исследований, в которых оцениваются как чисто медицинские (клинические) аспекты оказания медицинской помощи, так и экономические. Оцениваются медицинские технологии, но учитываются как клинические результаты, так и социально-экономические последствия.

Из 4 пациентов с острым эпидидимоорхитом двое оперированы, произведена орхэпидидимэктомия. Двоим пациентам с острым пиелонефритом и уросепсисом помимо дополнительного комбинированного антибактериального лечения потребовалось применение экстракорпоральных эфферентных методов лечения – плазмофереза и гемосорбции. Больные со склерозом шейки мочевого пузыря и стриктурой уретры также подверглись различным повторным оперативным вмешательствам – внутренней уретротомии и трансуретральной резекции шейки мочевого пузыря.

**Расчеты.** Комбинацию антибиотиков при лечении больных с острым пиелонефритом и уросепсисом: цефтазидим 1г  $\times 3$  раза = 10 дней (355 руб.14 коп.  $\times 3 \times 10 = 10654$  руб.) + внутривенный укол (98 руб.  $\times 3 \times 10 = 2940$  руб. + амикацин 1г  $\times 1$  раз в сутки (17 руб.) = 5 дней (  $17 \times 5 = 85$  руб.) + внутривенное вливание (98  $\times 5 = 490$  руб.). Всего 575 руб. Далее меропенем 1г  $\times 2$  раза = 10 дней (1800 руб.  $\times 2 = 3600$  руб.  $\times 10$  дней =

Таблица 1.

Диагноз	Число пациентов
Острый пиелонефрит, уросепсис	2
Острый простатит	3
Острый эпидидимоорхит	4
Стриктура уретры в отдаленном периоде	5
Склероз шейки мочевого пузыря в отдаленном периоде	3

36000 руб. + 98 x 2 x 10 (стоимость внутривенного укола) = **37960 руб.**

Сумму умножить на 2 больных = 52129 x 2 = **104258 руб.**

*Лечение уросепсиса:*

- коллоидные крахмалы 500 мл x 3 дня + внутривенное вливание x 2;
- реополиглиюкин 97 руб. x 3 = 291 + 294 = 585 x 2 = **1170 руб.;**
- кристаллоиды (глюкоза 5-20%) – 400 мл x 3 дня + внутривенное вливание x 224 руб. 14 коп. x 3 = 78 руб. 42 коп. + 294 руб. = 372 руб. 42 коп. x 2 = **744 руб. 84 коп.;**
- дезагреганты – трентал 5 мл x 2 x 4 суток + внутривенное вливание x 223 руб. 62 коп. x 2 x 4 = 188 руб. 99 коп. + 784 руб. x 2 = **1945 руб. 98 коп.;**
- хлористый калий 4% 10-100 мл в сутки = x 4 дня + внутривенное вливание x 233 руб. 69 коп. x 4 = 134 руб. 76 коп. + 392 руб. x 2 = **1053 руб. 52 коп.**

Затраты на внутривенное вливание на кокарбоксылазу, аскорбиновую кислоту и контрикал не учитывали, т. к. они вводились в капельницу с готовыми растворами.

- Кокарбоксылаза 1 амп x 3 дня x 2 = 33 руб. x 3 = 99 руб. x 2 = **198 руб.**
- Аскорбиновая кислота 5% 1 амп x 3 x 2 = 10 руб. 16 коп. x 3 x 2 = **60 руб. 96 коп.**
- Ингибиторы протеолиза (контрикал) – 2 амп. x 4 x 2 = 69 руб. 80 коп. x 2 x 4 x 2 = **1116 руб. 80 коп.**
- 3 сеанса гемосорбции = x 2 = 4208 руб. x 3 x 2 = **25248 руб.**
- 1 сеанс плазмозамещения = x 2 = 4208 x 2 = 8416 руб. + стоимость 30 койко-дней = **36000 руб.**

Далее рассчитано лечение острого простатита у 3-х больных:

- левофлоксацин 500 мг x 2 раза + внутривенное вливание x 14 дней x 3 больных (1221 руб. 99 коп. x 2 = 2443.98 + 4116 руб. = **6559 руб. 98 коп.**
- НПВС – диклофенак 25 мг x 3 раза (6 руб. 38 коп. x 3 = 19 руб. 15 коп.) x 5 дней x 3 = **287 руб. 19 коп.**

- альфа-1 адреноблокатор – тамсулозин 0,4 мг x 1 раз в день x 14 дней x 3 = 55 руб. x 14 x 3 = **2310 руб.**

- Узи простаты = 460 руб., Узи почек – 350 руб, мочевого пузыря – 350 руб., остаточной мочи – 350 руб. x 3 пациента = **4440 руб.**

- клинические анализы крови = x 3 раза x 3 больных = 514 руб. x 9 = **4626 руб.**

- клинические анализы мочи x 3 x 3 = 341 руб. x 9 = **3069 руб.**

- биохимические анализы крови x 2 x 3 = 450 x 6 = 2700 руб. + стоимость 14 койко-дней = **16800 руб.**

*Рассчитано лечение острого эпидидимоорхита у 2-х больных:*

- консервативное лечение + Левофлоксацин 500 мг x 2 раза + внутривенное вливание (98 руб.) x 10 дней x 2 больных (1221 руб. 99 коп. x 2 = 2443 руб. 98 коп. + 196 руб. = 2639, 98 x 10 = **26399 руб. 80 коп.;**

- цефотаксим 1 г x 3 x 10 + внутривенный укол x 2 больных + стоимость 14 койко-дней ( 64 руб. 66 коп. x 3 x 10 = 2457 руб. 08 коп. + 1960 + 16800 руб.) = **21217 руб. 08 коп.** + 2 операции орхэпидидимэктомии – минимум 10 дней госпитализации = **12000 руб.**

Стоимость одного дня в отделении реанимации = 6894 руб.

*В послеоперационном периоде:*

- клинический анализ крови = **514 руб.**
- клинический анализ мочи = **341 руб.**
- биохимический анализ крови = **450 руб.**
- осмотр врачом анестезиологом = **378 руб.**

**ИТОГО 20577 руб x 2 = 41154 руб. + стоимость 2 х операций = 15 тыс. = 56154 руб.**

Стоимость операций – внутренней уретротомии у 5-ти больных (12 тыс. руб. x 5 = **60 тыс. руб.** и ТУР шейки мочевого пузыря по поводу склероза шейки мочевого пузыря у 3-х больных = **30 тыс. руб.**

Помимо операций в среднем стоимость лечения составила, включая 10 койко-дней (12000 руб. x 8 пациентов = **96000 руб.**)

+ цефтазидим по 1 г x 3 раза x 5 дней x 8 больных (355 руб. 14 коп. x 3 x 5 x 8 = **42616 руб. 80 коп.** + анальгетики (диклофенак, 6 руб. 38 коп. x 3 = 19 руб. 15 коп.) x 5 дней x 8 = **766 руб.** + обзорный снимок мочевых путей и экскреторную урографию (2856 руб.) с цистографией (857 руб.) и динамическую нефросцинтиграфию (1800 руб.), а также осмотр врачами: анестезиологом, терапевтом (378 руб. x 2 = 756 руб.) = 6269 руб. x 8 = **50152 руб.**

Суммируя затраты мы получим: **93624 руб. 80 коп.** на лечение осложнений и проведение 8 операций ( 5 – внутренних уретротомий и 3 – ТУР шейки мочевого пузыря). Затраты на ТУР, наркоз, расходные материалы в 2-х группах больных были одинаковыми, поэтому рассчитывали только затраты на лечение и профилактику осложнений инфекционно-воспалительного характера.

Таким образом, при лечении инфекционно-воспалительных осложнений после трансуретральных операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы с использованием антибактериальной профилактики за час перед операцией (в основном цефалоспорины II-III поколения) потребуются **418399 руб. 95 коп, по сравнению с 242470 руб. 40 коп.** необходимых на антибактериальную терапию ципринолом в течение 28 дней.

Экономическая выгода для бюджета больницы составила **175929 руб. 55 коп.** при лечении и профилактике инфекционно-воспалительных осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы ципринолом в течение 28 дней. Если учесть, что пациент в амбулаторных условиях самостоятельно покупает антибиотик, финансовые выгоды для больницы и государственного бюджета еще больше. Учитывая отсутствие осложнений, требующих повторных оперативных вмешательств после предлагаемой тактики ведения качества жизни пациентов значительно улучшается. 

**Список литературы:**

1. Жданова С.Н. «Методические вопросы экономической эффективности использования нового медицинского оборудования и/или нового лекарственного средства»// Диссертация на соискание кандидата экономических наук, М, 2003 г, 150 с
2. Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С., Сура М.В. «Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи)»-М.: Изд-во «НьюДиамед» 2004 г, 404 с
3. Комлев Д.Л. «Отдаленные результаты оперативных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы» – диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. Москва, 2004г, 146 с
4. Франк М.А. «Эндоскопическое лечение послеоперационных стриктур уретры у мужчин пожилого и старческого возраста» диссертация на соис. Ученой степени кандидата мед. наук., Екатеринбург, 2004, 121 с
5. Суриков В.Н. «Сравнительная оценка эффективности и безопасности применения альфа-1 адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы», диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. Москва, 2004г, 150 с
6. Кильчуков З.И. Интерстициальная лазерная коагуляция простаты при ее доброкачественной гиперплазии. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед.наук. Москва, 1998г, 202 с
7. Разумов С.В. Применение трансуретральной эндоскопической электровапоризации в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед.наук. Москва, 2000г, 137 с
8. Меринов Д.С. Трансуретральная ротозекция в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. Москва, 2003 г, 147 с

# XI съезд Российского общества урологов

6-8 ноября 2007 года, Москва

## Научная программа съезда

- Рак предстательной железы
- Туберкулез органов мочеполовой системы
- Новое в урологии

Заседания съезда проходят в здании Президиума академии наук РФ, Москва, Ленинский проспект, д. 32А  
Оргкомитет съезда: (495) 304 29 18. E-mail: gorilovsky@mail.ru



Тел./факс: (495) 248-5016  
(495) 248-8892  
E-mail: mmaexpo@mail.ru  
<http://www.mma.ru/expo/>

*Дорогие друзья, уважаемые коллеги!*

Приглашаем Вас принять участие в планируемых специализированных выставках и параллельных научно-практических мероприятиях, организуемых группой выставок «ММА-ЭКСПО»

**17-18 октября 2007 г.**

## **Нефрология сегодня**

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**«Актуальные проблемы современной нефрологии»**

**Организаторы:** Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава, Кафедра нефрологии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова.

**Место проведения:** Москва, ул. Пречистенка, д. 19, Галерея искусств Церетели.

**13-15 декабря 2007 г.**

## **Головная боль - 2007**

**ВЫСТАВКА И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

**Организаторы:** Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава, Кафедра нервных болезней лечебного факультета.

**Место проведения:** Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 1, Научно-исследовательский центр ММА им. И.М. Сеченова.

**Декабрь 2007 г.**

## **Гастроэнтерология - 2007**

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА И II НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
ПОСВЯЩЕННЫЕ**

**110-летию со дня рождения академика В.Х. Василенко**

**«Актуальные проблемы гастроэнтерологии»**

**Организаторы:** Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава, Сектор консервативной колопроктологии Научно-исследовательского центра ММА им. И.М. Сеченова.

**Место проведения:** Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 1, Научно-исследовательский центр ММА им. И.М. Сеченова.



[www.md2007.ru](http://www.md2007.ru)

## VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием “МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА-2007”



В.И.Покровский  
Председатель Оргкомитета  
академик РАН, профессор

### Уважаемые коллеги!

Оргкомитет информирует вас, что **28-30 ноября 2007г. в Москве** состоится VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием “МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА-2007”. Международный статус присвоен

этому мероприятию впервые, но за время своего существования конференция приобрела широкую популярность и престиж в научной жизни России.

Положительный опыт прошлых лет показывает, что в работе конференции примут участие более 1000 специалистов, занятых в различных областях медицины. Среди них практические врачи-терапевты, инфекционисты, гепатологи, урологи, гинекологи, фтизиатры, дерматовенерологи, специалисты службы крови и клинической лабораторной диагностики, представляющие более 500 организаций из 89 субъектов Российской Федерации, в числе которых ведущие российские фармацевтические компании, производители диагностического оборудования и тест-систем, научно-исследовательские институты, медицинские центры и издательства.

На конференции будут представлены доклады ведущих ученых и практикующих врачей России, стран ближнего и дальнего зарубежья, посвященные вопросам разработки и внедрения новых молекулярных методов лабораторных исследований в практическую медицину и ветеринарию.

Планируется обсуждение следующих актуальных направлений молекулярной диагностики инфекци-

онных заболеваний: ВИЧ и ВИЧ-ассоциированные инфекции, вирусные гепатиты, инфекции, передающиеся половым путём, папилломавирусная инфекция, туберкулёз, особо опасные инфекции, TORCH-инфекции, инфекционная безопасность в трансфузиологии, инфекционные болезни животных и птиц, безопасность продуктов питания и кормов для животных, новые технологии в диагностике инфекционных болезней.

### Выставка

В рамках конференции будет также проходить специализированная выставка, где вниманию посетителей будут представлены инновационные технологии в сфере диагностики инфекционных болезней человека и животных, наследственных болезней, контроля инфекционной безопасности в трансфузиологии, а также безопасности продуктов питания и кормов для животных.

### Организаторы

- Минздравсоцразвития РФ
- Роспотребнадзор
- ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора
- ФГУН “ГНЦ ВБ “Вектор” Роспотребнадзора
- ФГУЗ “РНИПИ “Микроб” Роспотребнадзора



По вопросам участия в научно-практической конференции, а также по поводу публикации тезисов в Сборнике трудов обращайтесь:

111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 3а  
Тел.: +7 (495) 974-96-46, факс: +7 (495) 305-54-23  
Болдырева Елена Александровна (доб. 1170)  
Маркина Анна Валерьевна (доб. 1169)  
E-mail: [conf2007@pcr.ru](mailto:conf2007@pcr.ru), [www.md2007.org](http://www.md2007.org)

По вопросам спонсорства и участия в выставке обращайтесь:

Тел.: +7 495 105-05-54, факс: +7 495 916-18-18  
Дубровченко Светлана Александровна  
Email: [sd@pcr.ru](mailto:sd@pcr.ru)  
Макарцева Екатерина Александровна  
Email: [makartseva@pcr.ru](mailto:makartseva@pcr.ru)

# Сиалис®: Наслаждайтесь жизнью без эректильной дисфункции

- Сиалис® - это непревзойденная эффективность и качество эрекции<sup>1,2</sup>
- Доказанная продолжительность действия до 36 часов<sup>1,2</sup>
- Эффективность Сиалиса не снижается после приема жирной пищи и алкоголя<sup>3</sup>
- Свобода выбора момента интимной близости<sup>4,5,6</sup>

Пятница  
вечер



Суббота  
утро



Суббота  
после обеда

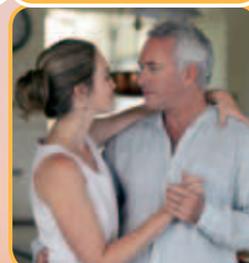


Суббота  
вечер



Воскресенье  
утро

Воскресенье  
после обеда



## Литература:

1. Levine SB. *Cleve Clin J Med* 2003;**70**(3):241-246.
2. Brock GB, McMahon CG, Chen KK, *et al. J Urol* 2002;**168**(4):1332-1336.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Сиалис®.
4. Martin-Morales A, Haro JM, Beardsworth A, *et al. Eur Urol* 2007;**51**:541-550.
5. Shabsigh R, Burnett AL, Eardley I, *et al. Br J Urol Int* 2005; **96**: 857-63.
6. Dean J, Hackett GI, Gentile V, *et al. J Sex Med* 2006;**3**:650-651.



Наслаждайтесь  
жизнью без ЭД

Эли Лилли Восток С.А.  
123317, Москва, Краснопресненская наб. 18  
тел.: (495) 258 50 01, факс: (495) 258 50 05  
[www.free2love.ru](http://www.free2love.ru)

Lilly

*Доверие исходит из опыта*



# НОЛИЦИН®



таблетки  
норфлоксацин

*15 лет  
успеха*

*95% опрошенных врачей  
признают высокое качество и  
эффективность Нолицина,  
считая его лучшим! \**

\* Data on file, KRKA, d.d., Novo mesto, Slovenia.  
COMCON-Pharma (MEDI-Q April 2005).

**Показания:** Острые и хронические инфекции мочевыводящих путей.

**Противопоказания:** Повышенная чувствительность к препарату и другим хинолоновым препаратам, беременность и кормление грудью, дети в период роста. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту врача.

**Упаковка:** 10 и 20 таблеток по 400 мг.

Регистрационное удостоверение ПН<sup>№</sup>013660/01-2002  
За более подробной информацией обращайтесь в представительство.

**Представительство в РФ**  
123022, г. Москва, ул. 2-я Звенигородская, д. 13, стр. 41, эт. 5  
Тел.: (495) 739 6600. Факс: (495) 739 6601. E-mail: info@krka.ru www.krka.ru

 KRKA