

ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия в урологии

№4

ноябрь 2009

Консервативная терапия ДГПЖ

Диагностика и лечение пиелонефрита у детей

Гормональная терапия рака предстательной железы

Тема номера: ОНКОУРОЛОГИЯ

Сиалис®: Наслаждайтесь жизнью без эректильной дисфункции

- Сиалис® – это высокая эффективность и качество эрекции^{1,2}
- Доказанная продолжительность действия до 36 часов^{1,2}
- Эффективность Сиалиса не снижается после приема жирной пищи и алкоголя³
- Свобода выбора момента интимной близости^{4,5}



СИАЛИС® (CIALIS®)

Международное (непатентованное) название: Тадалафил.

Лекарственная форма

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Дозировка: 20 мг.

Фармакотерапевтическая группа

Эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор. Тадалафил является эффективным, обратимым селективным ингибитором специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ-5) циклического гуанозин монофосфата (цГМФ).

Показания к применению

Нарушения эрекции.

Противопоказания

- Установленная повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата;
- В случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты;
- Применение у лиц до 18 лет.

Способ применения и дозы

Для приема внутрь.

Рекомендованная максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 20 мг. СИАЛИС® принимают перед предполагаемой сексуальной активностью независимо от приема пищи. Препарат

следует принимать как минимум за 16 минут до предполагаемой сексуальной активности.

Максимальная рекомендованная частота приема – один раз в сутки.

Побочное действие

Наиболее часто отмечаемыми нежелательными событиями являются головная боль и диспепсия (11 и 7% случаев, соответственно). Нежелательные события, связанные с приемом тадалафила, были обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата.

Другими обычными нежелательными эффектами являлись боль в спине, миалгия, заложенность носа и «приливы» крови к лицу.

Форма выпуска

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг по 1, 2, 4 таблетки в упаковке.

Литература:

1. Eardley I, Mirone V, Montorsi F, et al. An open-label, multicentre, randomised, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naive to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy. *BJU International* 2005; **96**: 1323-32
2. Brock GB, McMahon CG, Chen KK, et al. *J Urol* 2002; **168**(4): 1332-1336.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Сиалис® П N014761/01-050309
4. Shabsigh R, Burnett AL, Eardley I, et al. *Br J Urol Int* 2005; **96**: 857-63.
5. Dean J, Hackett GI, Gentile V, et al. *J Sex Med* 2006; **3**: 650-651.



К жизни без эректильной дисфункции

ООО «Лилли Фарма»
123317, Москва, Краснопресненская наб., 18 к.1
тел/факс: (495) 799 55 75
www.bud-uveren.ru





11-12 ФЕВРАЛЯ 2010 ГОДА

Четвертая Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием



Рациональная фармакотерапия в урологии-2010

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
- Российское общество урологов
- ФГУ «НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ»

Организатор выставочной экспозиции:



В программе конференции

Проблемные вопросы лечения инфекции почек, мочевых путей и мужских половых органов

- Новое руководство Европейской Урологической Ассоциации по ведению больных с мочевой инфекцией
- Роль биопленок в патогенезе мочевой инфекции
- Кишечная палочка, как возбудитель мочевой инфекции и асимптоматической бактериурии – разные штаммы? Связь клинического течения заболевания со свойствами микроорганизма-возбудителя
- Уропатогенная кишечная палочка – угроза распространения бета-лактамаз расширенного спектра действия
- Трудности в лечении неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. Выбор антибактериального препарата
- Принципы дозирования антибактериальных препаратов
- Хронический простатит – роль воспаления в генезе рака простаты
- Бактериемия и Уросепсис – причины и возможности терапии
- Пиелонефрит у детей, беременных и на фоне сахарного диабета: особенности течения и ведения пациентов
- Инфекции, передаваемые половым путем: роль внутриклеточных микроорганизмов
- Микоплазмы – истинная роль в генезе уретрита
- Антибактериальная профилактика урологических заболеваний
- Современные антимикробные и антимикотические средства
- Бактериофаготерапия мочевой инфекции
- Оптимизация антибактериальной политики в урологическом отделении

Медикаментозная терапия урологических заболеваний:

- Роль фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов при лечении урологических заболеваний
- Пути введения лекарственных средств
- Расчет дозы лекарственных средств
- Принципы дозирования лекарственных средств
- Нежелательные побочные действия лекарственных средств
- Значение фармакоэкономических исследований для практического врача, для пациента, для больницы и для здравоохранения
- Расстройства мочеиспускания у мужчин и женщин
- Доброкачественная гиперплазия простаты – фармакотерапия или операция? 20 летний опыт
- Фитотерапия урологических заболеваний
- Эректильная дисфункция – что нового в фармакотерапии?
- Метафилактика уrolитиаза
- Андрогендефицитные состояния у мужчин
- Недержание мочи (гиперактивный мочевой пузырь)
- Метаболический синдром как причина урологических заболеваний
- Новые технологии, медицинская техника и диагностическое оборудование в госпитальном секторе, средства ухода за урологическими пациентами

В работе конференции примет участие президент Международного общества по антимикробной и противоопухолевой химиотерапии профессор Курт Набер.

Проводится конкурс молодых ученых: принимаются научные работы по рациональной фармакотерапии урологических заболеваний от ученых до 35 лет. Объем работы – не более 14 тыс. знаков с пробелами.

Работы принимаются до 10 декабря 2009 г. по адресу: imp2006@bk.ru

Место проведения: Москва, Центральный дом ученых РАН, ул. Пречистенка, д.16

Оргкомитет: НИИ Урологии: 105425, Москва, 3-я Парковая ул., д.51, сайт: www.uro.ru

тел.: (499) 367-17-17; 165-88-55; 165-09-11; (495) 234-07-34

Прием тезисов до 10 декабря 2009 г. по адресу: medforum2008@mail.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**

шеф-редактор **Е. Стойнова**

(e-mail: stoinova@mail.ru)

выпускающие редакторы **В. Павлова,**

В. Маркова

(e-mail: 1redaktor@webmed.ru)

ответственный секретарь **О. Разговорова**

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Ю. Морозова**

набор **Е. Виноградова**

менеджер по рекламе **В. Войлаков**

(e-mail: med@webmed.ru)

менеджер по организации конференций **Е. Битева**

(e-mail: exmed@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. Фарбирович (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.

№4 ноябрь 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: онкоурология

И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов, Р.А. Кузнецов

Современные возможности медикаментозного лечения
распространенного рака почки

6

И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов, А.В. Корякин

Принципы гормональной терапии рака предстательной железы

12

терапия ДГПЖ

В.А. Ковалев, С.В. Маткевич

Применение α -адреноблокаторов в консервативной терапии
доброкачественной гиперплазии предстательной железы

18

диагностика и лечение пиелонефрита

**Т.В. Отпущенникова, В.К. Шабаров, М.Ю. Свиначев, Н.М. Мартынов,
С.Э. Исмаилов, Е.Г. Приходько, Л.А. Осипова, А.И. Гаранина**

Диагностика и лечение пиелонефрита у детей
в амбулаторно-поликлинической практике

22

клиническая эффективность

И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов, А.А. Медведев

Опыт применения препарата Простамол® Уно при лечении доброкачественной
гиперплазии предстательной железы и хронического простатита

30

форум (конференции, выставки, семинары)

I урологическая Конференция «Актуальные вопросы урологии»

36

опыт регионов

«Не делаем в Ярославле только пересадку почки, все остальное – пожалуйста».

Интервью с главным урологом Ярославской области В.Н. Баковым

40

Вакцина против ВПЧ предотвращает развитие карциномы пениса

Почти половина раковых новообразований полового члена у мужчин ассоциируются с инфекцией ВПЧ высокого риска (HPV-16 и HPV-18), указывают результаты большого мета-анализа.

«Доступные ВПЧ-вакцины, вероятно, будут эффективны против опухолей мужского полового члена», – предполагают доктор Силвия де Санхосе и коллеги в «Journal of Clinical Pathology».

Карцинома мужского полового члена относительно редка в развитых странах, составляя менее чем 1% раковых новообразований у взрослых мужчин в Европе и Северной Америке, отмечают авторы. Распространенность заболевания заметно выше в других регионах и составляет до 10% всех злокачественных опухолей у мужчин в Южной Америке, Африке и Азии.

Чтобы исследовать роль ВПЧ в определенных гистологических подтипах раковых новообразований мужского полового члена, доктор де Санхосе (Catalan Institute of Oncology, Барселона, Испания) и ее команда провели систематиче-

ский и всесторонний литературный обзор главных исследований рака мужского полового члена, опубликованных между 1986 и 2008 гг.

В анализ вошло 31 исследование, которые включали 1466 пациентов с карциномой пениса. Полная распространенность ВПЧ составляла 46,9%, большинство было представлено типами высокого риска и покрывались существующей вакциной ВПЧ: ВПЧ-16 (60%), ВПЧ-18 (13%), и ВПЧ-6/11 (8%).

«Базальные и бородавчатые сквамозно-клеточные карциномы были самыми частыми ВПЧ-ассоциированными гистологическими типами, – отмечают исследователи, но ороговевающие и неороговевающие подтипы также показали нормы распространенности приблизительно 50%».

Авторы указывают, что профилактическая вакцинация против ВПЧ у мужчин, кажется, безопасна и иммуногенна. Они предлагают, что «хотя карцинома пениса является редким заболеванием, приблизительно 7000 случаев могли быть предотвращены ежегодно эрадикацией ВПЧ 16/18».

Источник: medlinks.ru

Витамин Е и селен не предотвращают РПЖ

Американское правительство заморозило исследования влияния витамина Е и селена на предотвращение рака простаты – потому что они попросту не работают. Более 35 тысяч мужчин от 50 лет принимали один или оба препарата, а также плацебо в течение нескольких лет в рамках исследования SELECT. Но недавно Национальный институт рака (NCI) разослал всем участникам письма, чтобы они прекратили принимать эти добавки, потому что ни вместе, ни раздельно они не предотвращают развитие рака простаты.

Более того, принимавшие только витамин Е немного чаще заболели раком, а принимавшие селен – диабетом. Это не доказывает, что эти добавки повышают риск заболевания, и NCI подчеркивает: статистически разница незначительна, что значит, это могло быть просто совпадением.

Ранние небольшие исследования показывали, что эти препараты могли помочь, но более крупный эксперимент не смог доказать их полезность.

Несмотря на остановку данного эксперимента, который должен был продолжаться до 2011 г., ученые продолжат отслеживать здоровье участников еще в течение трех лет. По статистике рак простаты – самый распространенный тип рака среди американских мужчин. Более 186 тысяч случаев будет зарегистрировано в этом году, а болезнь уже унесла 28660 жизней.

Источник: RoL.ru

Разработана методика, которая позволяет завести потомство мужчинам, страдающим синдромом Клайнфельтера

Синдром Клайнфельтера подразумевает наличие у больного дополнительной «женской» X-хромосомы. В большинстве случаев, страдающие данным генетическим заболеванием не способны к оплодотворению. Доктор Ранджит Рамасами из Нью-Йорка предлагает применять экстракорпоральное оплодотворение спермой, извлеченной у мужчин с синдромом Клайнфельтера. По его словам, этот метод эффективней общепринятой терапии тестостероном. При данном подходе успеха удается достичь в 57% случаев.

Источник: MIGnews.com

Американские ученые разработали крем для лечения эректильной дисфункции

Его действующее вещество относится к той же группе лекарств, что и Виагра, однако местное применение должно снизить риск системных побочных эффектов, пишет ВВС. Препараты из группы ингибиторов ФДЭ-5 – силденафил (Виагра), варденафил (Левитра) и тадалафил (Сиалис) – сегодня наиболее эффективны в лечении эректильной дисфункции. Однако при их применении у некоторых мужчин возникают такие побочные эффекты, как головная боль, расстройство желудка и нарушения зрения. Кроме того, ингибиторы ФДЭ-5 противопоказаны людям с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Исследователи из Иешивы-университета в Нью-Йорке «упаковали» лекарство в наночастицы, легко проникающие сквозь кожу, и сделали на их основе крем. В состав экспериментального препарата вошли тадалафил, силорфин (новое лекарство от импотенции) и оксид азота, необходимый для наполнения пещеристых тел кровью.

Небольшое пилотное исследование препарата провели на 18 крысах с генетически обусловленной эректильной дисфункцией. У 11 из них, получивших экспериментальный препарат, наступило явное улучшение; состояние остальных семи, получивших «пустые» наночастицы, не изменилось.

По словам одного из исследователей – Келвина Дэвиса, эффект от применения крема наступал в течение нескольких минут, что соответствует запросам людей с эректильной дисфункцией. Действие аналогичных препаратов в таблетках начинается лишь через 30-60 минут.

Для вывода нового крема на рынок необходимо проверить его эффективность и безопасность в более масштабных экспериментах на животных, а впоследствии – на добровольцах. Поэтому он может появиться в аптеках не раньше, чем через несколько лет.

Источник: Medportal.ru

Пероральные контрацептивы снижают риск недержания мочи

Шведские исследователи установили, что у женщин детородного возраста, которые принимают пероральные контрацептивы, ниже риск недержания мочи, чем у женщин того же возраста, не принимающих эти препараты.

Пероральные контрацептивы способны оказывать благотворное воздействие на функцию мочевого пузыря, сообщил д-р Daniel Altman из Каролинского университета в Стокгольме. В ходе исследования д-р Altman с коллегами опросили женщин-близнецов в возрасте от 20 до 46 лет на предмет приема ими пероральных контрацептивов и работы мочевого пузыря. Из 8689 участниц исследования пероральные контрацептивы принимали 2072; 118 женщин использовали внутриматочные спирали с постепенным высвобождением гормонов.

Женщины, принимавшие пероральные контрацептивы, гораздо реже страдали недержанием мочи, даже с поправкой на возраст, массу тела и беременность. Прием пероральных контрацептивов на 43% снижал риск недержания мочи при напряжении (когда моча небольшими порциями подтекает при повышении внутрибрюшного давления) и на 64% – риск недержания мочи при императивных позывах. У женщин, пользующихся внутриматочными спиралями с постепенным высвобождением гормонов, риск недержания мочи не уменьшался. Тем не менее, как отмечают авторы исследования, смогут ли пероральные контрацептивы в действительности избавить женщин от этой неприятной проблемы, пока неясно.

Источник: Солвей Фарма

Тест на мужское бесплодие можно провести дома

Ученые из Бирмингемского университета (Великобритания) разработали тест, способный определить мужское бесплодие. Всего лишь через час Fertell-тест покажет, присутствуют ли у мужчины проблемы с фертильностью или нет. Причем, как заявляют врачи, их изобретение дает ответ в 95% случаев.

Принцип работы теста заключается в том, что сперма пропускается через барьер, имитирующий шейку матки. Затем производится замер количества спермы, преодолевшей барьер. Если активной спермы достаточно для зачатия, то красный цвет символизирует положительный результат. В ходе разработки теста ученые проанализировали свыше 3000 образцов спермы.

Руководитель исследования профессор Крис Барратт заявляет, что «в настоящее время многие пары с проблемами зачатия получают рекомендацию подождать примерно год и лишь после этого приступить к лечению. Однако возраст может весьма негативно влиять на фертильность, и получение достоверной информации на ранней стадии может дать большое преимущество».

А старший преподаватель в университете Шеффилда и секретарь Британской ассоциации по фертильности Алан Пэйси говорит, что данный «тест – гораздо более тонкий инструмент, чем обыкновенный анализ спермы, который проводят во многих больницах». К тому же анализ можно провести дома, и это поможет мужчинам преодолеть первоначальное смущение, связанное с необходимостью идти в больницу и сдавать сперму на анализ.

Источник: medlinks.ru

Движение жизненно важно для пациентов с почечными болезнями

Физическая активность жизненно важна для пациентов с почечными болезнями – недостаток движения увеличивает для них риск преждевременной смерти.

Хроническая болезнь почек часто заканчивается летальным исходом, но не из-за эффектов, напрямую связанных с проблемами почек. Остаться активным означает оставаться живым для больных с почечной дисфункцией, утверждают американские врачи. Они решили узнать, могут ли известные преимущества физической деятельности положительно повлиять на продолжительность жизни почечных больных. В 9-летний обзор Университета Юты было включено свыше 15 тыс. взрослых участников.

Было обнаружено, что 28% почечных больных вели пассивный образ жизни. Пациенты, которые недостаточно или вообще не занимались физическими упражнениями, на 42% чаще умирали преждевременно. Больные, которые занимались физкультурой регулярно, имели большую продолжительность жизни.

Полученные результаты имеют критически важное значение, говорят нефрологи, поскольку большинство пациентов с третьей стадией болезни почек умирают до достижения конечного процесса почечной недостаточности. Терапевты считают, что повышение уровней физической активности может продлить жизнь почечным больным.

Источник: Ami-tass.ru

Массаж простаты и эндоуретральные вмешательства при остром простатите

Традиционно на протяжении длительного времени из арсенала методов лечения острого простатита категорически исключают массаж простаты и различные эндоуретральные вмешательства, усматривая в них высокую вероятность развития серьезных осложнений. В то же время в литературе в последние годы все чаще встречается информация об успешности трансуретральных вмешательств при абсцессе простаты. Были проанализированы истории болезни 71 пациента и разделены на две группы, в одной из которых (первая группа 24 пациента) в набор общепринятых лечебных мероприятий при остром простатите были включены массаж простаты и ее трансректальная стимуляция с помощью аппарата Интратон-4; во вторую контрольную группу вошли 47 пациентов, где лечение осуществлялось с соблюдением традиционных принципов «невмешательства».

«Деликатный» массаж простаты в течение 40-60 с и электростимуляцию с аспирацией проводили после предварительного обезболивания с помощью ректальных свечей с местно действующими анестетиками и спазмолитиками. Курс «местной» терапии составлял от 2-3 до 8-10 процедур. В результате ни в одном случае применения активной тактики лечения в основной группе осложнений не было, в то время как в контрольной группе наблюдали 3 пациентов с осложнением в виде одностороннего эпидидимита. Сравнение темпа и степени нивелирования клинической симптоматики острого простатита показало достоверное преимущество этих показателей в основной группе пациентов. Таким образом, риск возникновения осложнений можно считать явно преувеличенным.

Источник: Solvay-pharma.ru

И.В. ЧЕРНЫШЕВ,
Ю.В. САМСОНОВ,
Р.А. КУЗНЕЦОВ

НИИ урологии
Росмедтехнологий

Современные возможности медикаментозного лечения распространенного рака почки

Проблема лечения диссеминированных форм почечноклеточного рака (ПКР) занимает чрезвычайно важное место в клинической онкоурологии. Об этом свидетельствует тот факт, что показатель смертности в России от ПКР в 2008 г. составил 3,67 на 100000 населения, абсолютное число – 8193 человека. Прирост показателя смертности с 1999 г. по 2008 г. составил 13,57% (1).

В мире выявляют ПКР более чем у 200000 человек ежегодно. ПКР составляет 2-3% в структуре онкологических заболеваний в целом. В странах Евросоюза в 2006 г. выявлено 63000 новых случаев ПКР, 26000 больных с данным заболеванием умерли.

У 25-30% больных первично выявляется рак почки, у 20-30% после выполненного хирургического лечения развивается метастатический процесс. Показатели выживаемости больных диссеминированным ПКР также разочаровывают: медиана общей выживаемости и 5-летняя выживаемость, как правило, не превышают 10-13 месяцев и 5%, соответственно (2).

Различные цитотоксические и гормональные препараты, так же как и их сочетание, оказались малоэффективными, а общие принципы химиотерапии, которые используются при лечении опухолей других локализаций, неприменимыми при ПКР.

Основными методами лечения распространенного ПКР являются:

1) химиотерапия – суммарный ответ на цитостатики 0-6%, по данным рекомендаций EAU, химиотерапия в монорежиме у больных с метастатическим ПКР не является эффективной (СР-В);

2) гормональная терапия (антиэстрогены и прогестины) – суммарный ответ не превышает 0-5%;

3) хирургическое удаление метастатических очагов возможно лишь при солитарных и единичных очагах и при хорошем общем статусе больного;

4) лучевая терапия используется только у больных ПКР с нерезектабельными метастазами в головной мозг или костными метастазами, не отвечающими на другие консервативные методы лечения. Лучевая терапия костных метаста-

зов позволяет значительно снизить болевой синдром и улучшить качество жизни больных (3);

5) иммунотерапия – на протяжении двух последних десятилетий неспецифическая иммунотерапия прочно занимала ведущие позиции в лечении метастатического ПКР. В настоящее время накоплен достаточный опыт применения препаратов интерферона-α (ИНФ-α) и интерлейкина-2, как в монорежиме (в настоящее время ИНФ-α больше не является стандартом первой линии терапии при метастатическом ПКР (EAU, 2009) или в сочетании друг с другом, так и в комбинации с различными химио- и гормонопрепаратами. Суммарный ответ на иммунотерапию колеблется от 10% до 20%, при этом эффект лечения нестойкий, ремиссии непродолжительные, а частота побочных реакций остается высокой. По данным ряда исследователей, иммунотерапия цитокинами эффективна не более чем у 20% больных (4);

6) симптоматическая терапия;

7) таргетная терапия.

Последние достижения молекулярной биологии позволили разработать несколько новых препаратов для лечения метастатического ПКР. В основе таргетной терапии – воздействие на ангиогенез опухоли, так как рост и прогрессия опухоли определяется двумя процессами: пролиферацией и, соответственно, ангиогенезом, с увеличением потребности быстро размножающихся клеток. Особенностями таргетной терапии являются: воздействие

Сорафениб (Нексавар) может быть рекомендован в качестве первой линии терапии больным неоперабельным местно распространенным и диссеминированным раком почки групп хорошего и умеренного прогноза MSKCC. Для него характерен удовлетворительный профиль толерантности; проявления токсичности терапии, как правило, имеют I и II степень тяжести и легко контролируются. Нексавар обеспечил достоверное улучшение выживаемости без прогрессирования вне зависимости от группы риска MSKCC.

на «мишень», предсказанность эффекта, меньшая токсичность.

ПКР встречается в виде двух форм – наследственной и ненаследственной (спорадической). Возникновение спорадического ПКР в 65% связано с биаллельной инактивацией опухоли-супрессорного гена von Hippel-Lindau (VHL) посредством делеции, мутации или метилирования (5).

Гиперэкспрессия факторов роста и их рецепторов, возникающая в результате инактивации опухоли-супрессорного VHL гена, является важнейшим механизмом активации ангиогенеза в опухолевой ткани и представляет собой потенциальную терапевтическую цель при распространенном ПКР (5, 6).

В условиях нормоксии α -субъединица фактора, индуцированного гипоксией (HIF- α – Hypoxia-Inducible Factor- α), связывается с белком – продуктом гена VHL, который стимулирует разрушение HIF- α по протеосомному пути. При мутации гена VHL HIF- α аккумулируется и активизирует транскрипцию элементов, индуцированных гипоксией, приводит к гиперэкспрессии сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF – Vascular Endothelial Growth Factor), тромбоцитарного фактора роста (PDGF – Platelet-Derived Growth Factor) и трансформирующего фактора роста α и β (TGF- α и β -transforming growth factor), которые активируют расположенные вблизи опухолевой ткани клетки эндотелия для построения новой сосудистой сети. Рост сосудов приводит к увеличению поступления в опухолевую ткань кислорода и питательных веществ, что позволяет опухоли развиваться и дальше.

Прогресс в понимании молекулярной биологии привел к открытию новых препаратов для лечения метастатического ПКР, относящихся к группе ингибиторов ангиогенеза: сорафениб (Нексавар), сунитиниб (Сутент), темсиролиму (Торисел), бевацизумаб (Авастин) в комбинации с ИФН- α . Основным патогенетическим механизмом всех этих препаратов является антиангио-

генный эффект, направленный на предотвращение неоангиогенеза опухоли.

Сорафениб (Нексавар) – пероральный мультикиназный ингибитор с активностью, направленной на Raf-1, B-raf, VEGFR-2, PDGFR, FLT-3 и c-Kit.

В декабре 2005 г. сорафениб (Нексавар®) был одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) США как системный препарат выбора для лечения почечноклеточного метастатического рака (RCC).

Эффективность сорафениба изучалась в двух проспективных плацебо-контролируемых рандомизированных клинических исследованиях. В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании II фазы у 202 пациентов с метастатическим раком почки было отмечено отсутствие прогрессирования процесса у 50% больных, получавших сорафениб и у 18% из группы плацебо ($p = 0,0077$). Медиана времени до прогрессирования составила 24 и 6 недель соответственно ($p = 0,0087$).

В мультицентровом рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании III фазы (TARGET), включившем 903 пациента с распространенным почечноклеточным раком, было показано, что терапия сорафенибом приводит к статистически достоверному увеличению среднего периода до прогрессирования по сравнению с плацебо: 5,5 и 2,8 мес. соответственно ($p < 0,001$). Суммарный объективный ответ (полные регрессии плюс частичные регрессии плюс стабилизация процесса) наблюдался у 84% больных в группе сорафениба и у 55% в группе плацебо. Средняя продолжительность жизни была больше в группе сорафениба ($p = 0,02$).

Исследование III фазы, сравнивающее сорафениб после неуспешной иммунотерапии, показало 3-месячное увеличение безрегрессивной выживаемости при использовании сорафениба (7). Выживаемость увеличивалась и у больных, полу-

чавших сначала плацебо, а затем сорафениб (8). Все эти исследования проводились среди больных, соответствующих определенным критериям включения (светлоклеточный рак, отсутствие метастазов в головной мозг и т.д.).

В связи с этим несомненный интерес представляет исследование ARCCS (Advanced Renal Cell Carcinoma Sorafenib), в которое вошли больные светлоклеточным и не светлоклеточным раком почки, с метастазами в головной мозг, пожилого возраста, ранее получавшие таргетную терапию (9). Лечение сорафенибом 400 мг 2 раза в день проводилось до прогрессирования. Оценены результаты у 1871 пациента (N am ARCCS), из которых сорафениб в первой линии терапии получали 935 больных. Полный

В декабре 2005 г. сорафениб (Нексавар®) был одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) США как системный препарат выбора для лечения почечноклеточного метастатического рака (RCC). В настоящее время сорафениб одобрен в США и странах Европы. В России Нексавар® зарегистрирован в 2007 г. также и для лечения метастатического почечноклеточного рака. Рекомендуемые дозы для лечения – 400 мг 2 раза в день перорально.

эффект отмечен у 1 больного, частичный – у 67 (4%), стабилизация процесса – у 1500 (80%), прогрессирование – у 303 (16%). При анализе полученных данных оказалось, что эффективность лечения, частота развития нежелательных эффектов не зависели от гистологического варианта, наличия метастазов в головной мозг, возраста больных, предшествующего лечения.

Полученные данные могут свидетельствовать о прорыве, совершенном в области системного лечения распространенного рака почки у «неподходящих» больных. Сделаны выводы о необходимости продол-

Таблица 1. Выживаемость без прогрессирования (ВБП) вне зависимости от группы риска MSKCC на терапии сорафенибом

Подгруппы		Число больных	Общий ответ, %	Медиана ВБП, мес.
Возраст	< 65 лет	623	72,4	6,1
	≥ 65 лет	408	73,5	7,8
ECOG PS	0	437	80,1	8,8
	1	461	71,6	6,2
	2	129	51,9	3,1
Гистологический вариант	Светлоклеточный	790	75,7	7,5
	Папиллярные черты	104	66,4	5,8
	Другие	103	61,2	4,9
	Саркоматоидный	46	67,4	4,3
Число пораженных органов	1	253	79,8	8,8
	≥ 2	774	70,7	6,2
Локализация метастазов	Легкие	748	73,0	6,8
	Печень	277	64,3	5,3
	Кости	363	69,2	6,0
	Головной мозг	28	60,7	7,4

жения исследований по применению таргетной терапии у самых разных категорий больных метастатическим раком почки, эффективности сорафениба (Нексавара®) в первой линии терапии. Продолжаются перспективные исследования, направленные на определение последовательности применения разных таргетных препаратов, изучение комбинации сорафениба и авастина (BeST), роль сорафениба в адъювантном лечении рака почки (ASSURE, SORCE).

Сорафениб (Нексавар) может быть рекомендован в качестве первой линии терапии больным неоперабельным местно распространенным и диссеминированным раком почки групп хорошего и умеренного прогноза MSKCC. Для него характерен удовлетворительный профиль толерантности; проявления токсичности терапии, как правило, имеют I и II степень тяжести и легко

контролируются.

Нексавар обеспечил достоверное улучшение выживаемости без прогрессирования вне зависимости от группы риска MSKCC (таблица 1).

После всех проведенных исследований, согласно выводам NCCN (National Comprehensive Cancer Network®, США), Сорафениб (Нексавар®) в первой линии терапии рекомендован больным светлоклеточным раком почки (хороший и умеренный прогноз, больные с метастазами в головной мозг, пожилой возраст), а также при не светлоклеточном раке, во второй линии терапии – после цитокинов или других ингибиторов тирозинкиназы (таблица 2) (10).

Комбинация препаратов рекомендована к применению NCCN (США).

В настоящее время сорафениб одобрен в странах Европы, США. В России Нексавар® зарегистрирован в 2007 г. также для лечения метаста-

тического почечноклеточного рака. Рекомендуемые дозы для лечения – 400 мг 2 раза в день перорально.

Сунитиниб (Сутент) – ингибитор оксиндол тирозинкиназы. Селективно подавляет PDGFR, VEGFR, KIT, FLT. Исследование II фазы с использованием сунитиниба в качестве второй линии терапии у пациентов с метастатическим ПКР показали частичный ответ на лечение, равный 34–40%, и стабилизацию более 3 месяцев у 27–29% пациентов (11). Также препарат используется в качестве первой линии терапии и показал большую эффективность по сравнению с ИНФ-α.

Бевацизумаб (Авастин): представляет собой гуманизированные АТ, связывающие формы VEGF-A. В режиме 10 мг/кг массы тела каждые 2 недели показал большую беспрогрессивную выживаемость по сравнению с плацебо (12).

Последнее двойное слепое исследование III фазы (n = 649) сравнивало комбинацию бевацизумаба и ИНФ-α с ИНФ-α в монотерапии, медиана общего ответа составила 31% в первой группе по сравнению с 13% во второй (13).

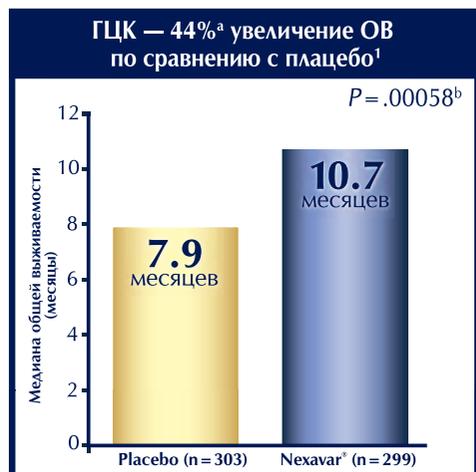
Ингибиторы mTOR – новый класс таргетных препаратов для лечения метастатического ПКР, препарат селективно ингибирует фермент m-TOR-киназу. Это приводит к снижению VEGFR и HIF, как следствие

Последние достижения молекулярной биологии позволили разработать несколько новых препаратов для лечения метастатического ПКР. В основе таргетной терапии – воздействие на ангиогенез опухоли, так как рост и прогрессия опухоли определяется двумя процессами: пролиферацией и, соответственно, ангиогенезом, с увеличением потребности быстро размножающихся клеток. Особенности таргетной терапии являются: воздействие на «мишень», предсказанность эффекта, меньшая токсичность.

Доказанная эффективность в терапии двух трудно поддающихся лечению опухолей: ГЦК и мПМКР*

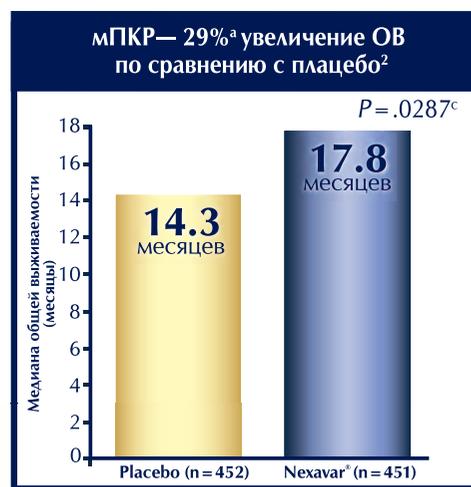


Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



^a Формула: $(1.0/OP-1) \times 100\%$

^b Статистически значимо, т.к. значение Р ниже преопределенной границы О'Брайн-Флеминга .0077



^c Статистически значимо, т.к. значение α ниже преопределенной границы О'Брайн-Флеминга .037 До запланированного плацебо-цензурированного анализа.

Продлевая жизнь

➤ Хорошая общая переносимость

У пациентов, получающих Нексавар®, большинство побочных эффектов были: диарея, сыпь, алопеция и ЛПКР



*Нексавар® показан для лечения:

- Пациентов, страдающих печеночно-клеточным раком или гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК)
- Пациентов, страдающих метастатическим почечно-клеточным раком

Нексавар (Nexavar)

Международное непатентованное название: сорafenиб (sorafenib)

Лекарственная форма:

таблетки покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка содержит: сорafenиба тозилат – 274 мг (эквивалентно 200 мг сорafenиба основания)

Показания:

метастатический почечно-клеточный рак, Печеночно-клеточный рак.

Противопоказания:

повышенная чувствительность к сорafenибу или к любому другому компоненту препарата. Беременность и период кормления грудью. Детский возраст (эффективность и безопасность применения не установлены).

С осторожностью:

при кожных заболеваниях, при артериальной гипертензии, при повышенной кровоточивости или кровотечениях в анамнезе, при нестабильной стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда, при терапии совместно с иринотеканом и доцетакселом.

Способ применения и дозы:

рекомендуемая суточная доза сорafenиба составляет 800 мг (4 таблетки по 200 мг). Суточная доза назначается в два приема (2 таблетки 2 раза в сутки), либо в промежутках между приемами пищи, либо вместе с пищей, содержащей низкое или умеренное количество жира. Таблетки проглатывают, запивая стаканом воды. Лечение продолжают до тех пор, пока сохраняется клиническая эффективность препарата или до появления его непереносимого токсического действия.

Побочное действие:

очень часто (> 1/10): лимфопения, кровотечения (включая кровотечения из желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей и кровоизлияния в головной мозг), повышение артериального давления, кожная сыпь, алопеция, ладонно-подошвенная эритродизестезия, эритема, кожный зуд, диарея, тошнота, рвота, боли в животе, гипофосфатемия, увеличение уровня липазы и амилазы, повышенная утомляемость, болевой синдром различной локализации (в том числе боль в ротовой полости, боль в животе, боль в области опухоли, головная боль, боль в конечностях).

Регистрационный номер:

№ АСР-000093. Актуальная версия инструкции от 14.08.2009.
Отпускается по рецепту врача.

Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

ЗАО «БАЙЕР»

Москва,

ул. 3-я Рыбинская, д. 18, стр. 2

Тел. (495) 231 12 00

www.bayerscheringpharma.ru

Нексавар®
(сорafenиб) таблетки

СБАЛАНСИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

Таблица 2. Рекомендации к применению препарата, NCCN (США)

Стадирование	Гистологическое заключение	Линия терапии	
		Первая	Вторая
Рецидив или 4 стадия, или нерезектабельность	Светлоклеточный рак	Клиническое исследование или сунитиниб (кат. 1) или темсиролимус (кат. 1 для пациентов с плохим прогнозом, кат. 2 В для избранных пациентов или других групп риска) или бевацизумаб + ИФН (кат. 1) или высокодозный ИЛ-2 для избранных пациентов или сорафениб для избранных пациентов и паллиативная терапия	При прогрессии заболевания – клиническое исследование (желательно) или эверолимус (кат. 1 после ингибитора тирозинкиназы) или сорафениб (кат. 1 после цитокиновой терапии и кат. 2А после ингибитора тирозинкиназы) или сунитиниб (кат. 1 после цитокиновой терапии и кат. 2А после ингибитора тирозинкиназы) или темсиролимус (кат. 2А после цитокиновой терапии и кат. 2В после ингибитора тирозинкиназы) или ИФН (кат. 2В) или высокодозный ИЛ-2 (кат. 2В или бевацизумаб (кат. 2В) или низкодозный ИЛ-2 и ИФН (кат. 3) и паллиативная терапия
	Нет гистологического заключения – светлоклеточного рака	Клиническое исследование (желательно) или темсиролимус (кат. 1 для пациентов с плохим прогнозом, кат. 2А для других групп риска) или сорафениб или сунитиниб или химиотерапия (кат. 3): гемцитабин или капецитабин или флоксурадин или 5 FU или доксорубин (только при саркоматоиде) и паллиативная терапия	

происходит торможение ангиогенеза. Пациенты с метастатическим ПКР высокой категории риска были рандомизированы для приема темзиролимуса или ИФН-α в монотерапии или в комбинации. В группе, получавшей темзиролимус, общая выживаемость составила 10,9 мес. в сравнении с 7,3 в группе ИФН-α. Тем не менее в группе, получавшей сочетание темзиролимус + ИФН-α, общая выживаемость существенно не увеличилась (14).

Одной из особенностей таргетной терапии является отсутствие перекрестной резистентности между

препаратами. Смена препарата (последовательная терапия) может вызвать стабилизацию процесса, т.е. может быть получен дополнительный эффект от последовательного назначения таргетных препаратов. Сорафениб, например, показал клинический эффект у больных, резистентных к сунитинибу и бевацизумабу. Для определения последовательности необходимы дополнительные исследования.

Таким образом, проведенные за последнее десятилетие рандомизированные и ретроспективные исследования, а также глубокий ана-

лиз их результатов уже позволили ответить на ряд важных вопросов относительно предпочтительности того или иного терапевтического режима, значения прогностической модели и места хирургического метода при диссеминированном ПКР. Понимание механизмов канцерогенеза, лежащих в основе данного заболевания, открывает более широкие перспективы для лекарственного лечения ПКР. В настоящее время продолжается изучение роли новых препаратов, а также использования различных комбинаций. 

Литература

1. Злокачественные новообразования в России. Под ред. В.И. Чисова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2008.
2. Motzer R.J., Bander N.H., Manos D.M. Renal cell carcinoma review article // *New Engl. J. Med.* 1996. Vol. 12: 865-875.
3. Ljungberg B., Hanbury D.C., Kuczyk M.A., Merseburger A.S., Mulders P.F.A., Patard J.-J., Sinescu I.C. Guidelines on renal cell cancer. European Association of Urology, 2007.
4. Yagoda A., Abi-Rached B., Petrylak D. Chemotherapy for advanced renal-cell carcinoma: 1983-1993. *Semin Oncol* 1995; 22: 42-60. Tim Eisen, Tim Christmas, *Clinical progress in Renal Cancer* Edited, London, 2007.
5. Mulders P. Continued progress in treatment of advanced renal cell carcinoma: an update on the role of Sunitinib. *Eur Urol* 2008; Suppl 7: 579-584.
6. Трапезникова М.Ф., Глыбин П.А., Морозов А.П. и соавт. Ангиогенные факторы при почечноклеточном раке // *Онкоурология*, 2008; № 4: 82-87.
7. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. Escudier B., Eisen T., Stadler W.M., Szczylik C., Oudard S., Siebels M., Negrier S., Chevreau C., Solska E., Desai A.A., Rolland F., Demkow T., Hutson T.E., Gore M., Freeman S., Schwartz B., Shan M., Simantov R., Bukowski R.M.; TARGET Study Group. Department of Medicine, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France.
8. *Hematol.* 2009 Jan; 69(1): 64-72. Epub 2008 Sep 5. Click here to read Links The medical treatment of metastatic renal cell cancer in the elderly: position paper of a SIOG Taskforce. Bellmunt J., Négrier S., Escudier B., Awada A., Aapro M.; SIOG Taskforce. Medical Oncology Service, University Hospital del Mar, Barcelona, Spain.
9. Knox J.J., Figlin R.A., Stadler W.M. et al., on behalf of the ARCCS Investigators The Advanced Renal Cell Carcinoma Sorafenib (ARCCS) expanded access trial in North America: Safety and efficacy // *J Clin Oncol* 2007; 25 (18S): 237: abstr 5011.
10. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™. *Kidney Cancer* 2009.
11. *J Clin Oncol.* 2006 Jan 1; 24(1): 16-24. Epub 2005 Dec 5. Click here to read Links *J Clin Oncol.* 2006 Jan 1; 24(1): 1-3. Activity of SU11248, a multitargeted inhibitor of vascular endothelial growth factor receptor and platelet-derived growth factor receptor, in patients with metastatic renal cell carcinoma. Motzer R.J., Michaelson M.D., Redman B.G., Hudes G.R., Wilding G., Figlin R.A., Ginsberg M.S., Kim S.T., Baum C.M., DePrimo S.E., Li J.Z., Bello C.L., Theuer C.P., George D.J., Rini B.I. Genitourinary Oncology Service, Division of Solid Tumor Oncology, Department of Medicine, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY 10021, USA.
12. *N Engl J Med.* 2003 Jul 31; 349 (5): 427-34. Click here to read A randomized trial of bevacizumab, an anti-vascular endothelial growth factor antibody, for metastatic renal cancer. Yang JC, Haworth L, Sherry RM, Hwu P, Schwartzentruber DJ, Topalian SL, Steinberg SM, Chen HX, Rosenberg SA. Surgery Branch, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Md 20892, USA.
13. *Lancet.* 2007 Dec 22; 370(9605): 2103-11. Click here to read Links Bevacizumab plus interferon alfa-2a for treatment of metastatic renal cell carcinoma: a randomised, double-blind phase III trial. Escudier B., Pluzanska A., Koralewski P., Ravaud A., Bracarda S., Szczylik C., Chevreau C., Filippek M., Melichar B., Bajetta E., Gorburonova V., Bay J.O., Bodrogi I., Jagiello-Gruszfeld A., Moore N.; AVOREN Trial investigators. Department of Medicine, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France.
14. *N Engl J Med.* 2007 May 31; 356(22): 2271-81. Click here to read Link Temsirolimus, interferon alfa, or both for advanced renal-cell carcinoma. Hudes G., Carducci M., Tomczak P., Dutcher J., Figlin R., Kapoor A., Staroslawski E., Sosman J., McDermott D., Bodrogi I., Kovacevic Z., Lesovoy V., Schmidt-Wolf I.G., Barbarash O., Gokmen E., O'Toole T., Lustgarten S., Moore L., Motzer R.J.; Global ARCC Trial. Department of Medical Oncology, Fox Chase Cancer Center, Philadelphia, PA 19111, USA.

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПРОБЛЕМЫ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Москва, 4-5 февраля 2010 года

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- Московское научное общество по проблемам женского здоровья
- Всероссийское научное общество кардиологов
- Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава

ТЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ:

- организация медицинской помощи женщинам во время беременности, родов;
- профилактика, диагностика, особенности течения и лекарственная терапия заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, почек, психической сферы, эндокринных заболеваний и т.д.;
- профилактика и лечение онкологических заболеваний;
- особенности ведения девочек-подростков, женщин в период беременности и перименопаузы;
- актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин;
- новые лекарственные средства и технологии;
- особенности применения хирургических методов лечения у женщин.

Научная программа конференции включает научные доклады и сателлитные симпозиумы, секционные заседания, пленарные доклады, лекции.

РЕГИСТРАЦИЯ

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес оргкомитета копию квитанции или платежного поручения (Организационный взнос не включает стоимость опубликования тезисов) – до 30 декабря 2009 года – 1300 рублей, с 30 декабря – 1500 рублей. Опубликование тезисов (одна работа) – 450 рублей. Сумма не включает стоимость сборника тезисов.

ВНИМАНИЕ! Почтовые денежные переводы в качестве оплаты не принимаются!

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ:

Получатель платежа: Общество с ограниченной ответственностью «Компания Медиком»
Р/С 40702810600280000611 в ОАО «Банк Москвы» г. Москва
К/С 30101810500000000219
БИК 044525219 ИНН / КПП 7707581000 / 770901001
ОГРН 1067746398708 ОКПО 94105707

Пожалуйста, указывайте в квитанции назначение платежа. Например: взнос за публикацию тезисов Петрова И.И. в материалах конференции, оргвзнос за участие Иванова И.И. в конференции «Проблемы женского здоровья и пути их решения».

ТЕЗИСЫ

Оплаченные тезисы должны быть высланы не позднее 30 декабря 2009 г. по почте (с обязательным приложением электронного варианта!) или по e-mail (с пометкой «Тезисы для конференции по ПЖЗ»):

Адрес: 127473 Москва, а/я 82. E-mail: redakciya@gzrf.ru и stv-medicoms@yandex.ru

Требования к оформлению тезисов

1. Текст должен быть напечатан в редакторе MS Word, шрифтом Times New Roman 12, через 1 интервал, объем – 1 страница (А 4), поля сверху, снизу, справа и слева – 3 см.
2. Название печатается заглавными буквами без сокращений, с новой строки указываются фамилии авторов (инициалы ставятся после фамилии). С новой строки – полное официальное название учреждения без сокращений и город.
3. В содержании тезисов должны быть отражены: цель, методы исследования, полученные результаты, выводы. В тексте тезисов не следует приводить таблицы, рисунки и ссылки на литературные источники.
4. Файл должен иметь в названии фамилию первого автора и город, набранные без пробелов. Если от одного автора или группы авторов направляется более одной работы, то в конце названия файла ставится цифра 1, 2, 3 (например, ПетровМосква, ПетровМосква1).

Тезисы, полученные после 15 декабря 2009 года, а также присланные по факсу, рассматриваться не будут.

АДРЕС ОРГКОМИТЕТА:

1127473, Москва, ул. Достоевского 31/33, корпус А, 7 этаж

Контактные телефоны: 8 (499) 972-9612, 8 (985) 763-0420. Email: stv-medicoms@yandex.ru, redakciya@gzrf.ru

Официальный сайт: <http://www.gzrf.ru>

И.В. ЧЕРНЫШЕВ,
Ю.В. САМСОНОВ,
А.В. КОРЯКИН

НИИ урологии
Росмедтехнологий

Принципы гормональной терапии рака предстательной железы

Рак предстательной железы (РПЖ) в конце XX и начале XXI вв. стал играть роль общемировой социальной и экономической проблемы. В структуре онкозаболеваний он занимает 4 ранговое место (8,2%). В 2006 г. выявлено 18092 больных РПЖ. Рост заболеваемости за период с 1996 по 2006 гг. составил 94,84%, что определило 1 место РПЖ по величине прироста. Несмотря на успехи современной диагностики, у 60% пациентов при первичном обращении диагностируются местно-распространенные опухоли, а в 16% наблюдений уже имеются отдаленные метастазы (1). Таким образом, РПЖ является широко распространенным заболеванием с высокими показателями темпов роста заболеваемости и смертности.

Лечение РПЖ остается сложной и далеко не решенной задачей, особенно это относится к распространенным его формам, результаты терапии которых малоутешительны и зависят от стадии и степени дифференцировки опухоли, – 10-летняя выживаемость больных с распространенным РПЖ составляет при высокой дифференцировке 50%, а при средней и низкой – 20-30%.

Выбор метода лечения осуществляется по результатам TNM стадирования. Обобщение международного опыта позволило Европейской ассоциации урологов выпустить рекомендации по диагностике и лечению РПЖ. При локализованных формах заболевания (T1–2N0M0) чаще всего используются два основных метода лечения, обеспечивающих сходные отдаленные результаты: радикальная простатэктомия (РПЭ) и лучевая терапия. Методом выбора в лечении местнораспространенного РПЖ (T3N0/+M0) является облучение.

Учитывая гормональную зависимость аденокарциномы предстательной железы, единственным эффективным видом лечебного воздействия при распространенных формах заболевания (T1–4N0/+M1) является гормональная терапия, подразумевающая блокаду андрогенной стимуляции опухоли.

Рекомендации по выбору гормонального метода лечения РПЖ (монотерапия и в комбинации) следующие:

1) стадия T1a – гормональная терапия не рекомендуется;

2) стадия T1b–T2b:

- гормональная терапия рекомендована пациентам, имеющим противопоказания для радикального лечения,
- комбинированное лечение (гормональная терапия и оперативное лечение или лучевая терапия) – преимуществ не выявлено;

3) стадия T3–T4:

- гормональная терапия (основной метод) – рекомендуется пациентам с T3–T4, имеющим симптомы и опухоль большой распространенности, высокий уровень ПСА (> 25 нг/мл),
- комбинированное лечение (лучевая терапия плюс гормональная терапия – имеет преимущества по сравнению только с лучевой терапией, неоадьювантная гормональная терапия плюс радикальная простатэктомия – преимущества не доказаны);

4) стадия N+M0:

- гормональная терапия – стандартный вид лечения,
- комбинированное лечение не является стандартным видом лечения;

5) стадия M+:

- гормональная терапия – стандартный вид лечения, включая пациентов с симптомами,
- комбинированное лечение не рекомендуется.

Как видно из представленных выше рекомендаций Европейской ассоциации урологов, гормональная монотерапия является стандартным видом лечения местнораспространенного и метастатического РПЖ. Андроген-

Рак предстательной железы (РПЖ) является не только важной медицинской, но большой социальной проблемой мирового значения, о чем говорят общая демографическая ситуация и увеличение популяции пожилых мужчин в мире и нашей стране. Гормональная терапия остается стандартным методом лечения местнораспространенного и метастатического РПЖ.

супрессивная терапия является краеугольным камнем лечения поздних стадий РПЖ. В 1941 г. Huggins С. и Hodges С.V. (2) первыми отметили благотворное влияние кастрации и введения эстрогенов у больных с метастатическим РПЖ. Именно они выявили стимулирующее действие андрогенов на рост клеток РПЖ. Это послужило толчком к разработке различных методов гормонотерапии данного заболевания, приводящей к прекращению выработки андрогенов путем кастрации (медикаментозной или хирургической) и/или нарушающей их связывание с рецепторами в опухоли за счет применения антиандрогенов.

Основными видами гормональной терапии РПЖ в настоящее время являются:

- 1) хирургическая кастрация (двусторонняя орхиэктомия);
- 2) медикаментозная кастрация (агонисты релизинг-гормона лютеинизирующего гормона – ЛГРГ);
- 3) максимальная андрогенная блокада (МАБ);
- 4) монотерапия антиандрогенами;
- 5) эстрогенотерапия.

Хирургическая кастрация на протяжении многих лет являлась классическим примером гормональной монотерапии распространенного РПЖ. Не потеряла она своего значения и в наши дни. Билатеральная орхиэктомия снижает уровень сывороточного тестостерона на 95% в течение 3 мес. Данный вид лечения имеет низкую себестоимость, однако вызывает серьезную психологическую травму для пациента.

Появление нового класса лекарств – агонистов ЛГРГ – позволило улучшить качество жизни больных РПЖ без ущерба клинической эффективности лечения. Первое упоминание о фармакологической кастрации с использованием ЛГРГ у больных РПЖ датируется 1982 г. Веггеса Т. и соавт. установили, что эндогенный гонадолиберин синтезируется в гипоталамусе, секретруется порционно и воздействует

на переднюю долю гипофиза, стимулируя продукцию лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов. В ответ из гипофиза высвобождается лютеинизирующий гормон, который в свою очередь стимулирует синтез тестостерона в яичках. Длительное лечение синтетическими аналогами ЛГРГ вызывает супрессию физиологического процесса синтеза эндогенного гонадолиберина и снижает чувствительность его рецепторов в гипофизе, что приводит к поддержанию кастрационного уровня тестостерона в течение 3 недель (3). Сегодня аналоги ЛГРГ, такие как лейпрорелин, гoserелин, диферелин, бусерелин и трипторелин, в режиме монотерапии применяются или в виде короткого (3 мес.) курса для определения эффективности кастрации и необходимости орхиэктомии, или в качестве самостоятельной терапии. На фоне применения аналогов ЛГРГ показатели тестостерона снижаются до посткастрационных значений, в связи с чем для обозначения этого вида лечения оправдан термин «медикаментозная кастрация». Одновременно агонисты ЛГРГ не влияют на образование тестостерона надпочечниками.

Многочисленными исследованиями доказана аналогичность клинического эффекта хирургической и медикаментозной кастрации. В то же время в первые недели применения агонистов ЛГРГ может наблюдаться обострение процесса и усиление боли у 10-30% больных с местнораспространенным или метастатическим РПЖ (так называемый феномен вспышки), возникающий из-за временного увеличения уровня ЛГ и вторично обусловленного подъема уровня сывороточного тестостерона. В эти же сроки отмечается нарастание показателей ПСА и простатической фракции кислой фосфатазы.

Лейпрорелина ацетат (Люкрин депо®) – один из наиболее часто используемых агонистов ЛГРГ. Это

хорошо изученный препарат, появившийся на фармацевтическом рынке в 1984 г. (4). С течением времени разрабатывались новые формы (депо) и дозировки (1; 3,75; 7,5 мг) лейпрорелина, что нашло свое отражение в лечебных протоколах разных лет. В настоящее время в России зарегистрирован Люкрин депо® 3,75 мг. Данный препарат производится во флаконах в виде лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечного или подкожного введения. В одном флаконе содержится 3,75 мг лейпрорелина ацетата.

Действующее вещество находится внутри биodeградирующих липофильных синтетических полимерных микросфер. После парентерального введения препа-

Лейпрорелина ацетат (Люкрин депо®) – один из наиболее часто используемых агонистов ЛГРГ. Это хорошо изученный препарат, появившийся на фармацевтическом рынке в 1984 г. С течением времени разрабатывались новые формы (депо) и дозировки (1; 3,75; 7,5 мг) лейпрорелина, что нашло свое отражение в лечебных протоколах разных лет. В настоящее время в России зарегистрирован Люкрин депо® 3,75 мг.

рата постепенно происходит распад микросфер и высвобождение лейпрорелина, что обуславливает пролонгированное действие препарата Люкрин депо®. Препарат вводится 1 раз в 4 недели, что предоставляет дополнительное удобство для больных.

Биодоступность Люкрин депо® при подкожном и внутримышечном введении одинакова и составляет 98% у мужчин. Высвобождение белкового препарата из депо происходит в течение 1 мес. (4). Сразу после инъекции отмечается резкое увеличение концентрации лейпрорелина в сыворотке крови с достижением среднего

пикового значения, составляющего 13,1-54,5 нг/мл в зависимости от дозы препарата в течение 1-3 ч. Так, при введении дозы 3,75 мг среднее пиковое значение составило $13,09 \pm 6,16$ нг/мл. В дальнейшем средняя концентрация препарата снижается и выходит на плато ($0,49-1,99$ нг/мл, для дозы 3,75 мг – $0,42 \pm 0,09$ нг/мл). Постепенное выделение пептида из микросфер поддерживает его сывороточную концентрацию на данном уровне в течение 5 нед. Лейпрорелин подвергается метаболической деградации пептидазами до более коротких неактивных полипептидных цепочек, которые выводятся почками (5, 6). После его введения регистрируется повышение концентраций ЛГ и ФСГ, за которым следует увеличение уровней тестостерона и дигидротестостерона. Повышенная концентрация ЛГ в сыворотке крови сохраняется в течение двух часов и начинает снижаться на вторые сутки после инъекции, достигая субнормальных значений через 1 нед. Уровень сывороточного тестостерона возрастает в течение 1 нед. с последующим постепенным снижением до кастрационного уровня в течение 3-4 нед. В этот период у пациентов с костными метастазами РПЖ может отмечаться усиление болей. В дальнейшем концентрация тестостерона $< 1,2$ нг/мл сохраняется в течение по крайней мере 28 дней (7).

МАБ до недавнего времени, да и сейчас, многими специалистами рассматривается в качестве стан-

дарта терапии первой линии местнораспространенного и метастатического РПЖ, причем принципиально неважно, какой вид кастрации (хирургический или медикаментозный) используется в комбинации с антиандрогенами. В то же время Crawford и соавт. обобщили данные 22 исследований, свидетельствующих, что только в трех из них МАБ оказался достоверно эффективнее хирургической или медикаментозной кастрации по времени до прогрессии и выживаемости (8). Однако мета-анализ 22 сравнительных исследований МАБ не смог подтвердить преимуществ максимальной блокады андрогенов по сравнению с кастрацией (PCTCG, 1995).

Более поздний мета-анализ уже 27 исследований, выполненный этой же группой, показал достоверное увеличение выживаемости при использовании нестероидных антиандрогенов в качестве компонента МАБ по сравнению с кастрацией (PCTCG, 2000).

С учетом противоречивости опубликованных данных и высокой стоимости МАБ можно заключить, что данный вид лечения не показан всем без исключения больным распространенным РПЖ, а должен назначаться по специальным показаниям у пациентов с неблагоприятным прогнозом, в частности при повышении уровня ДГТ после кастрации, что наблюдается в 20-25% случаев.

Монотерапия «чистыми» (нестероидными) антиандрогенами, такими как Флутамид, Касадекс, обе-

спечивающими блокаду андрогенного влияния только на уровне предстательной железы, сопровождается повышением уровней ЛГРГ, ЛГ и тестостерона сыворотки крови. Однако стероидные антиандрогены (ципротерон-ацетат) обладают центральным гонадотропным действием (супрессия ЛГРГ, ЛГ) и периферическим эффектом (блокада ДГТ на рецепторном уровне). Монотерапия антиандрогенами при местнораспространенном (M0) РПЖ в последнее время становится предметом все большего интереса в первую очередь с позиций сохранения качества жизни у сексуально активных пациентов.

Мнения об эффективности монотерапии противоречивы. В одних исследованиях (Voscon-Gibord et al., 1994) отсутствуют достоверные различия по выживаемости среди пациентов, леченных Флутамидом и кастрацией. В других – зарегистрировано достоверное преимущество медикаментозной кастрации по сравнению с монотерапией ципротерон-ацетатом по показателям времени до прогрессирования и выживаемости. В то же время сравнительное исследование монотерапии Флутамидом и ципротерон-ацетатом, проведенное по протоколу EORTC (1997), продемонстрировало, что при практически одинаковой клинической эффективности лечение стероидным антиандрогеном сопровождалось меньшей частотой побочных эффектов (гинекомастия, тошнота, нарушение функции печени, диарея).

Напротив, тромботические осложнения в большей степени ассоциировались с применением ципротерон-ацетата. На большой группе больных местнораспространенным РПЖ M0 продемонстрировали, что результаты монотерапии бикалутамидом (150 мг/сут) достоверно не отличались от кастрации по общей выживаемости и времени до наступления прогрессии. В то же время у больных с M1 кастрация обладала некоторыми преимуществами. Последние

Люкрин депо® 3,75 мг производится во флаконах в виде лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечного или подкожного введения. В одном флаконе содержится 3,75 мг лейпрорелина ацетата. Действующее вещество находится внутри биodeградирующих липофильных синтетических полимерных микросфер. После парентерального введения препарата постепенно происходит распад микросфер и высвобождение лейпрорелина, что обуславливает пролонгированное действие Люкрин депо®. Препарат вводится 1 раз в 4 недели, что представляет дополнительное удобство для больных.

БЫСТРО И ПРОСТО

Люкрин депо® 3,75 мг (лейпрорелин)

Эффективное лечение
распространенного
гормонозависимого рака
предстательной железы²

ЛЮКРИН ДЕПО® (лейпрорелин). Регистрационный номер: П № 015554/01 от 10.03.2009.

Лиофилизат для приготовления суспензии для инъекций. Флакон содержит лейпрорелина ацетата 3,75 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Прогрессирующий рак предстательной железы (паллиативное лечение). Эндометриоз (на период до 6 месяцев). Фибриомы матки (на период до 6 месяцев). **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к лейпрорелину, аналогичным препаратам белкового происхождения или к любому другому вспомогательному веществу, входящему в состав лекарственной формы. Хирургическая абляция. Беременность и период лактации. Грудью. Вагинальные кровотечения при неопределенной этиологии. Гормонозависимый рак предстательной железы. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Вводят внутримышечно или подкожно один раз в месяц. Женщинам репродуктивного возраста первую инъекцию производят на 3 день менструации. Продолжительность лечения при эндометриозе и фибриоммах не более 6 мес. Растворы для инъекций готовят непосредственно перед введением с использованием прилагаемого растворителя в концентрации 3,75 мг/1 мл.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Отеки, стенокардия, брадикардия, тахикардия, аритмия, хроническая сердечная недостаточность, изменения ЭКГ, повышение артериального давления, инфаркт миокарда, флебит, эмболия ветвей легочной артерии, инсульт, тромбозы, транзиторные ишемические атаки, изменения аппетита, вкуса, сухость во рту, гиперсаливация, жажда, дисфагия, тошнота, рвота, диарея или запор, метеоризм, изменение массы тела, боли в молочных железах, гинекомастия, увеличение щитовидной железы, андрогеноподобные эффекты – вирилизация, акне, себорея, изменение голоса, гипертрихоз. Дерматит, сухость кожи, кожный зуд, сыпь, экхимозы, alopecia, гиперпигментация, изменения ногтей. Боли в костях, артралгия, миалгия, повышение тонуса мышц; обратимое изменение плотности костной ткани у женщин. Головная боль, головокружение, обморок, нарушение сна (бессонница), повышенная раздражительность, депрессия, повышенная утомляемость, парестезии, нарушение памяти, галлюцинации, гиперестезия, оглушенность, фиброзные образования и инфильтраты в легких, расстройство дыхания. Конъюнктивит, нарушение зрения и слуха, шум в ушах. Диурез, дисменорея, вагинальные кровотечения, сухость слизистой оболочки влагалища, вагинит, бели, боль в предстательной железе, атрофия яичников, боль в яичниках, снижение либидо. Уплотнение тканей, гиперемия и боль в месте введения, аллергические реакции (в т.ч. анафилактический шок), периферические отеки, изменение запаха тела, гриппоподобный синдром, «приливы» крови к коже лица и верхней части грудной клетки, повышенная потливость, увеличение лимфатических узлов, острая задержка мочи, сдавление спинного мозга. Анемия, тромбоцитопения, лейкопения, нейтропения, увеличение протромбинового и частичного тромбoplastинового времени, азота мочевины крови, гиперкальциемия и гиперкреатининемия, дислипидемия, гиперфосфатемия, гипогликемия, гипонатриемия, гиперурикемия, повышение активности «печеночных» трансаминаз и щелочной фосфатазы. Способность к оплодотворению или фертильность, подавленная в результате терапии, восстанавливается в период до 24 недель после окончания лечения. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Для получения полной информации о препарате обращайтесь, пожалуйста, в московское представительство Abbott.

1. Kienle E et al. Urol Int 1996; 56(Suppl 1):23-30.
2. Wechsel HW et al. Eur Urol 1996; 30(Suppl 1):7-14.
3. Tunn LW et al. Urol Int 1998; 60(Suppl 1):9-17.
4. E.Kienle, G.Lubben. Efficacy and Safety of Leuprorelin Acetate for Prostate Cancer. Urologia internationalis, vol.56, 1996, p.29.
5. По данным аптечного аудита РМБС за 4 кв.2006 и 1 кв.2007 года, цена на Люкрин депо на 20-26% ниже цены на импортные аналоги.
6. IMS Health Mides, June 2006, Pub.Med.Search on 19.10.2006

Длительный опыт клинического применения^{1,2,3}

Удобство использования^{2,3,4}

- 2 способа введения : в/м и п/к
- самая тонкая игла - легкое введение
- хранение при комнатной температуре

ООО «Эбботт Лэбораториз»
115114 г. Москва
Дербеневская наб., 11а
тел.: (495) 258 4270

Самая доступная цена среди импортных аналогов⁵
Наиболее часто назначаемый в мире аналог ГНРГ⁶

 **Abbott**
A Promise for Life

Хирургическая кастрация на протяжении многих лет являлась классическим примером гормональной монотерапии распространенного РПЖ. Данный вид лечения имеет низкую себестоимость, однако вызывает серьезную психологическую травму для пациента. Появление нового класса лекарств – агонистов ЛГРГ (Люкрин депо®) – позволило улучшить качество жизни больных РПЖ без ущерба клинической эффективности лечения.

данные показывают достоверное снижение на 46% риска прогрессии местнораспространенного РПЖ на фоне монотерапии бикалутамидом 150 мг по сравнению с плацебо.

Значение эстрогенотерапии на протяжении последних лет постоянно снижается, что связано с высокой частотой сердечно-сосудистых и тромботических осложнений. Сегодня о ее применении можно говорить лишь в отдельных случаях как об ограниченно возможной терапии второй линии лечения распространенного РПЖ.

Отдельно необходимо остановиться на интермиттирующей гормональной терапии, которая становится в настоящее время все более популярной и позволяет в ряде случаев успешно контролировать развитие болезни. Сегодня не существует однозначных рекомендаций по применению прерывистого лечения. Период первого курса терапии (обычно 30-40 недель) должен обеспечить максимальный контроль над опухолью, по достижении которого терапия может быть приостановлена. При правильном применении метода и отборе больных удастся провести несколько курсов интермит-

тирующей терапии с периодами между ними в 6-12 месяцев. Однако влияние подобного лечения на выживаемость не может считаться доказанной. Кроме того, остается неясным вопрос о том, какими критериями надо пользоваться для выбора оптимального времени для возобновления гормональной терапии. Очевидно, что порог ПСА в 4,0 нг/мл в данном случае не приемлем.

Гормональная терапия может применяться и при комбинированном лечении РПЖ. В своей практике мы наиболее часто применяем комбинации:

1) неoadъювантная гормональная терапия в режиме МАБ или монотерапии антиандрогенами продолжительностью 3-6 месяцев, затем радикальная простатэктомия или лучевая терапия;

2) курс лучевой терапии на фоне продолжающейся гормональной терапии;

3) адъювантная гормональная терапия после простатэктомии или лучевой терапии до стойкой «маркерной» стабилизации процесса, длительность которой определяется индивидуально, но не менее 3-6 месяцев после операции или облучения.

Подобная тактика имеет следую-

щее обоснование:

- у 80% пациентов с РПЖ обнаруживается ответ на гормональную терапию;

- неoadъювантная гормональная терапия увеличивает время до прогрессирования и уменьшает частоту возникновения метастазов. Ее влияние на общую выживаемость еще не доказано. Кроме того, известно, что одна и та же доза облучения оказывается эффективнее при небольшой массе опухоли, что достигается неoadъювантной гормонотерапией. Некоторые авторы рекомендуют более длительные сроки (8 месяцев) предварительного гормонального лечения;

- адъювантная гормонотерапия после облучения приводит к увеличению длительности периода до прогрессии и общей выживаемости (исследования 8531 RTOG и EORTC).

Таким образом, в заключение можно сделать выводы, что на современном этапе РПЖ является не только важной медицинской, но большой социальной проблемой мирового значения, о чем говорит общая демографическая ситуация и увеличение популяции пожилых мужчин в мире и нашей стране. Гормональная терапия остается стандартным методом лечения местнораспространенного и метастатического РПЖ. При метастатическом раке гормональная терапия четко показывает улучшение качества жизни, но не влияет на выживаемость. У пациентов с высокой степенью риска, получающих лучевую терапию, отмечено улучшение показателей выживаемости. Однако роль и польза гормональной терапии при биохимическом рецидиве еще не доказана. 

Литература

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России в 2003 г. // Онкоурология 2005; (1): 6-9.
2. Huggins C., Hodges C.V. Studies on prostatic cancer. I. The effect of castration, of estrogen and of androgen injection on serum phosphatases in metastatic carcinoma of the prostate. *Cancer Res* 1941; 1: 293-7.
3. Barreca T., Martorana G., Franceschini R. et al. Suppression of testicular androgenesis by D-tryptophan-6-luteinizing hormone-releasing hormone does not affect TSH secretion in male subjects. *Horm Res* 1986; 23(3): 181-4.
4. Инструкция к препарату Люкрин депо, П №15554/01-170308.
5. Periti P., Mazzei T., Mini E. Clinical pharmacokinetics of depot leuprorelin. *Clin Pharmacokinet* 2002; 41(7): 485-504.
6. Mazzei T., Mini E., Eandi M. et al. Pharmacokinetics, endocrine and antitumour effects of leuprolide depot (TAP-144-SR) in advanced prostatic cancer: a doseresponse evaluation. *Drugs Exp Clin Res* 1989; 15(8): 373-87.
7. Kienle E., Lubben G. Efficacy and safety of leuprorelin depot for prostate cancer. *Urol Int* 1996; 56(suppl 1): 23-30.
8. Crawford E.D., Blumenstein B.A., Goodman P.J. et al. Leuprolide with and without flutamide in advanced prostate cancer. *Cancer* 1990; 66 (5 Suppl): 1039-44.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
КОНГРЕСС
ТЕРАПЕВТОВ

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Российское научное медицинское общество терапевтов
Всероссийское научное общество кардиологов
Всероссийское общество неврологов
Научное общество гастроэнтерологов России
Российское общество клинических исследователей
Национальное научно-практическое общество
скорой медицинской помощи
Российский государственный медицинский университет

2–4 декабря 2009 года

Москва, проспект Вернадского, 84

100 лет Российскому научному медицинскому обществу терапевтов

IV Национальный конгресс терапевтов (XX Съезд российских терапевтов)

Секретариат Конгресса:

117420, Москва, а/я 1
НП «Дирекция
«Национального конгресса терапевтов»
телефон (495) 518-26-70
электронная почта congress@nc-i.ru
www.nc-i.ru

Выставка:

НП «Дирекция
«Национального конгресса терапевтов»
телефон (495) 786-25-57
электронная почта congress@nc-i.ru
Смирнов Дмитрий Анатольевич

Основные вопросы программы:

Новые диагностические технологии в практике врача-терапевта.
Совершенствование методов первичной и вторичной профилактики
основных терапевтических заболеваний.
Новые тенденции в лечении общетерапевтической патологии.
Внедрение клинических рекомендаций и стандартов лечения основных
терапевтических заболеваний, стандартизация терапевтической
помощи.

В рамках Конгресса:

10-й ежегодный форум

Скорая помощь 2009



Роль скорой и неотложной медицинской помощи в реализации Концепции
развития здравоохранения до 2020 года

Новые клинические рекомендации и протоколы ведения больных на
догоспитальном этапе

Образование специалиста (врач, фельдшер, медицинская сестра) первичного
звена: критерии знаний и стандарт их оценки

Новая симуляционная технология обучения в неотложной медицине

Стратегия профилактики и стратегия «высокого риска» в неотложной медицине

Генеральные
информационные партнеры:

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ФАРМАТЕКА

МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК

Информационные спонсоры:

РМЖ
РУССКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

КАРДИОЛОГИЯ
KARDIOLOGIA

Лечащий Врач

MEDI.RU
ПОДРОБНО О ЛЕКАРСТВАХ

CONSIUM
MEDICUM

Сфера
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО
ВРАЧА

ПОЛИКЛИНИКА
Профессиональный журнал для руководителей
и врачей всех специальностей ЛПУ России

Доктор.Ру
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

rlsnet.ru

РЕМЕДИУМ
ГРУППА КОМПАНИЙ

ВЕСТНИК
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

МОСКОВСКИЕ
anmeku

Применение α -адреноблокаторов в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

В.А. КОВАЛЕВ,
С.В. МАТКЕВИЧ

Центр «Урологии, андрологии и генитальной хирургии» ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, кафедра урологии и андрологии ИГК ФМБА России

Увеличение продолжительности жизни и старение населения приводят к росту количества пациентов с выраженными симптомами доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), симптомами нижних мочевых путей (СНМП). Такие особенности пациентов, как пожилой возраст, тяжелые сопутствующие заболевания, требуют эффективного и безопасного лечения, облегчающего симптомы заболевания и улучшающего качество жизни (1).

Динамический компонент инфравезикальной обструкции обусловлен повышением активности α 1-адренорецепторов (α 1-АР) предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры, что приводит к спазму гладкой мускулатуры нижних отделов мочевых путей (6).

С момента опубликования М. Caine, A. Pfau и S. Perlberg (1976) материалов об эффективности α -адреноблокаторов при лечении ДГПЖ в мире проведено более 20 исследований различных лекар-

ственных препаратов с подобным действием (см. таблицу).

Изучение результатов применения α -адреноблокаторов у больных ДГПЖ началось с препаратов неселективного действия, таких как феноксibenзамин и фентоламин. Было установлено, что длительный прием этих препаратов при начальной стадии ДГПЖ позволяет достигнуть 70% эффекта.

В настоящее время α -адреноблокаторы неселективного действия не применяют из-за частого возникновения побочных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы, наблюдаемых у 30% больных и обусловленных в первую очередь блокадой α 2-АР (3).

Оказывая воздействие на динамический компонент инфравезикальной обструкции, α -адреноблокаторы уменьшают обструктивные проявления заболевания. Многочисленные исследования демонстрируют, что быстрое облегчение СНМП достижимо с помощью препаратов группы селективных α 1-адреноблокаторов (2).

Обобщенные данные контролируемых исследований свидетель-

ствуют, что на фоне применения α 1-адреноблокаторов уменьшение симптомов в среднем составляет 50-60%, достигая в отдельных случаях 60-75%. Важно, что α 1-адреноблокаторы влияют как на обструктивные, так и на ирритативные компоненты заболевания. Исследования выявили уменьшение обструктивной симптоматики на 43% и 40%, при регрессии ирритативных симптомов на 35% и 29% соответственно.

α -Адреноблокаторы особенно эффективны у пациентов с выраженной дневной и ночной поллакиурией и императивными позывами на мочеиспускание при незначительных или умеренных симптомах динамической обструкции.

На фоне лечения α 1-адреноблокаторами наблюдается улучшение уродинамических показателей:

- увеличение максимальной скорости потока мочи в среднем на 1,5-3,5 мл/с, или на 30-47%;
- уменьшение максимального давления детрузора и давления открытия, а также снижение количества остаточной мочи примерно на 50%.

Динамика указанных уродинамических показателей свидетельствует об объективном уменьшении инфравезикальной обструкции при лечении α 1-адреноблокаторами. Достоверного изменения объема предстательной железы при лечении этими препаратами не зарегистрировано. Важно, что α 1-адреноблокаторы не влияют на метаболизм и концентрацию гормонов и не изменяют уровня PSA (3).

С учетом высокой эффективности и быстрого клинического результата в настоящее время многие специалисты рассматривают α 1-адреноблокаторы и, в частности, простатоселективный тамсулозин в качестве средства медикаментозной терапии первой линии. Тамсулозин (Таниз-К) является современным, эффективным и безопасным препаратом для симптоматического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

α 1-Адреноблокаторы высокоэффективны для профилактики острой задержки мочеиспускания при различных оперативных вмешательствах на органах малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства. Острая задержка мочеиспускания в группе больных, получавших перед операцией α -адреноблокаторы, возникала в 9,2 раза реже по сравнению с группой плацебо.

α -Адреноблокаторы успешно применяются с целью ликвидации уже возникшей острой задержки мочи. В группе больных, получавших α 1-адреноблокаторы на фоне 3-дневной катетеризации мочевого пузыря, мочеиспускание после удаления катетера восстановилось у 60% пациентов, по сравнению с 18% в группе принимавших плацебо.

Также α 1-адреноблокаторы уменьшают выраженность дизурии и длительных расстройств мочеиспускания после трансуретральной резекции гиперплазии предстательной железы.

Что касается половой жизни пациентов с ДГПЖ, по данным S.A. Kaplan, половые расстройства преобладают у пациентов с умеренной и значительно выраженной симптоматикой ДГПЖ. Лечение α 1-адреноблокаторами приводит к достоверному улучшению сексуальной функции (4) – за счет расслабления гладкомышечных элементов пенильных артерий и кавернозных тел происходит увеличение их кровенаполнения (5, 8), что в конечном итоге влияет на общее качество жизни пациента.

Согласно сводным статистическим данным, побочные реакции на α 1-адреноблокаторы регистрируются у 10-16% больных в виде недомогания, слабости, головокружения, головной боли, ортостатической гипотензии (2-5%), тахикардии или тахикардии. При этом 5-8% больных отказываются от дальнейшего лечения α 1-адреноблокаторами из-за развития побочных явлений. Так, головокружение наблюдалось у 9,1-11,7% больных, получавших terazosin, у 19-24% на фоне при-

ема доксазозина и у 6,5% лечившихся альфузозином. Головную боль отмечали 12-14% пациентов во время приема terazosin и 1,6% получавших альфузозин. Снижение артериального давления зарегистрировано у 1,3-3,9% больных на фоне терапии terazosin, а также у 8,0% и 0,8% принимавших доксазозин и альфузозин. Сердцебиение и тахикардия имели место у 0,9% и 2,4% во время лечения terazosin и альфузозином, соответственно. При этом следует иметь в виду, что частота побочных явлений зависит от дозы препарата и длительности его приема.

С увеличением срока лечения число пациентов, отмечающих побочные явления, снижается. С целью уменьшения количества побочных реакций лечение альфузозином, доксазозин и terazosin следует начинать с минимальных стартовых доз с последующим переходом к терапевтическим дозам. Для альфузозина они составляют 5-10 мг/сут (в 2 приема), для доксазозина 2-8 мг/сут (однократно), для terazosin 5-10 мг/сут (однократно). Не рекомендуется принимать α 1-адреноблокаторы совместно с антагонистами кальция, это может увеличить риск развития гипотензии.

Клинические характеристики того или иного α 1-адреноблокатора, а именно селективность действия на предстательную железу и количество побочных реакций, теоретически обусловлены его способностью связываться как α 1A, так и α 1B- и C-AP. Празозин, альфузозин, terazosin и доксазозин не являются селективными для какого-либо из подтипов α 1-AP. В связи с этим существует необходимость препарата с избирательно высокой аффинностью к α 1A-AP, который мог бы рассматриваться как простатоселективный.

В настоящее время наилучшим образом вышеуказанным требованиям отвечает тамсулозин, считающийся первым селективным α 1A-адреноблокатором. Высокая

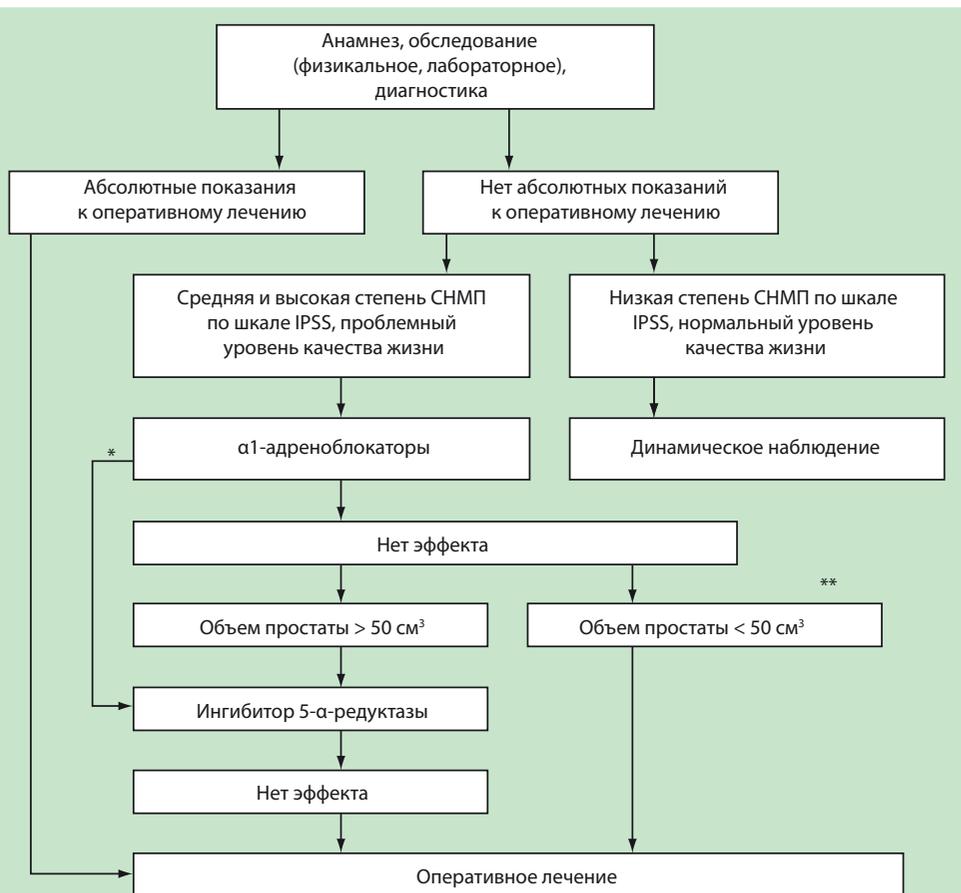
аффинность к α 1A-AP позволила значительно уменьшить терапевтическую дозу препарата, которая более чем в 10 раз ниже, чем у других α 1-адреноблокаторов, и составляет 0,4 мг/сут. В связи с этим при назначении препарата не требуется подбора и титрования дозы. С первого дня лечения назначается оптимальная терапевтическая доза.

Клинические данные применения тамсулозина свидетельствуют о высокой, сравнимой с другими α 1-адреноблокаторами, эффективности препарата при минимальном количестве побочных реакций. Согласно проведенному исследованию, после 4 недель лечения тамсулозином отмечено уменьшение симптомов на 20,1%, увеличение

Клинические данные применения тамсулозина свидетельствуют о высокой, сравнимой с другими α 1-адреноблокаторами, эффективности препарата при минимальном количестве побочных реакций. Высокая аффинность к α 1A-AP позволила значительно уменьшить терапевтическую дозу препарата, которая более чем в 10 раз ниже, чем у других α 1-адреноблокаторов, и составляет 0,4 мг/сут. В связи с этим при назначении препарата не требуется подбора и титрования дозы. С первого дня лечения назначается оптимальная терапевтическая доза.

максимальной скорости потока мочи на 22,6% (с 9,6 до 10,7 мл/с) и снижение давления детрузора P_{der}/Q_{max} на 13,2% (с 84,2 до 74,7 см водн. ст.). Результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования, полученные в 1995 г., свидетельствуют об уменьшении через 12 недель лечения симптомов заболевания на 36%, причем обструктивных – на 43% и ирритативных – на 28%. В это же время отмечено увеличение максимальной скорости потока мочи в среднем на 16% (7).

При лечении тамсулозином побочные эффекты наблюдаются



* Возможно последовательное и параллельное назначение препаратов.

** Причиной отсутствия эффекта чаще всего является изолированная средняя доля.

Рисунок. Модифицированный алгоритм ведения пациентов с ДГПЖ (Lepor, 2000)

у 2,9-4% больных. При этом не отмечено какого-либо влияния препарата на артериальное давление, а частота других нежелательных явлений достоверно не отличалась от таковой у больных, получавших плацебо. К специфическим побочным реакциям относится ретроградная эякуляция, наблюдаемая у 2-4% пациентов (3).

Серией исследований с альфузолином, доксазолином, теразозином и тамсулозином была доказана

безопасность и эффективность α -адреноблокаторов при длительном (более 6 мес.) применении. В настоящее время имеются наблюдения приема α 1-адреноблокаторов сроком более 5 лет.

Таким образом, тамсулозин является современным, эффективным и безопасным препаратом для симптоматического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Наиболее патогенетически обо-

сновано использование препаратов группы α 1-адреноблокаторов у пациентов со значительно выраженной инфравезикальной обструкцией ($Q_{\max} < 10$ мл/с) при незначительном увеличении предстательной железы в размерах (объем простаты < 50 см³). Этот выбор обусловлен доказанной способностью препаратов этой группы значительно увеличивать Q_{\max} и снижать балл IPSS, не уменьшая объем предстательной железы, что и не является необходимым у этой категории пациентов. Эффективность лечения тамсулозином в данной группе достигает 86%.

Также в последнее время с успехом используется комбинация α 1-адреноблокаторов с ингибиторами 5 α -редуктазы для быстрого улучшения мочеиспускания с последующим уменьшением объема железы. Модифицированный алгоритм ведения пациентов с ДГПЖ (Lepor, 2000) включает возможность как последовательного, так и параллельного назначения препаратов (см. рисунок).

Комбинированную терапию предпочтительно использовать у пациентов со значительно выраженной инфравезикальной обструкцией ($Q_{\max} < 10$ мл/с) при выраженном увеличении предстательной железы в размерах (объем простаты > 50 см³). Подобная терапия за счет двойного механизма действия уменьшает объем предстательной железы и значительно уменьшает выраженность симптоматики. Эффективность лечения достигает 95%.

С учетом высокой эффективности и быстрого клинического результата в настоящее время многие специалисты рассматривают α 1-адреноблокаторы и, в частности, простатоселективный тамсулозин, в качестве средства медикаментозной терапии первой линии. 

Литература

1. Дедов И.И., Калиниченко С.Ю. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин. М.: Практическая медицина, 2006.
2. Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С. Фарматека. 2006; № 15: 62-65.
3. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1999. С. 72-76.
4. Ковалев В.А. Влияние альфузолина на эректильную функцию. I Конгресс профессиональной ассоциации андрологов. Тезисы научных трудов, 2001. С. 32.
5. Ковалев В.А. Диагностика и лечение эректильной дисфункции. Диссертация на соискание ученой степени д.м.н. М., 2003.
6. Chatelain (ed) In: BPH International Consultation. Health Publication, 2001.
7. Abrams P., Schulman C.C., Vaage S. and the European Tamsulosin Study Group. Tamsulosin, a selective α 1A-adrenoceptor antagonist, a randomized, controlled trial in patients with benign prostatic «obstruction» (symptomatic BPH) // Br J Urol 1995; 76: 325-36.
8. Andersson K-E. Stief CG: Neurotransmission and the contraction and relaxation of penile erectile tissues. World J Urol 1997; 15: 14-20.

Таниз[®]-К

капсулы пролонгированного действия по 0,4 мг

тамсулозин



Оптимальное решение для пациентов с СНМП и ДГПЖ

Позволь себе свободу!

Состав: одна капсула содержит 0,4 мг тамсулозина гидрохлорида. **Способ применения и дозы:** внутрь, по 1 капсуле (0,4 мг) в сутки, после первого приема пищи, запивая водой. **Показания:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы (лечение дизурических расстройств). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к тамсулозину или другим компонентам препарата; ортостатическая артериальная гипотензия в анамнезе; тяжелая печеночная недостаточность. **С осторожностью:** тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина ниже 10 мл/мин). **Побочные эффекты:** редко - головокружение, ретроградная эякуляция. В единичных случаях - ортостатическая гипотензия, тахикардия, астения, головная боль. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** не обнаружено взаимодействие при одновременном

приеме с ателололом, эналаприлом, нифедипином или теофиллином. Циметидин повышает уровень тамсулозина в крови, фуросемид снижает его уровень в плазме крови, однако это не требует изменения дозы Танис-К[®]. Диклофенак и непрямые антикоагулянты (варфарин) могут увеличивать скорость выведения тамсулозина. **Форма выпуска:** 10, 30, 90 капсул пролонгированного действия по 0,4 мг. **Условия отпуска из аптек:** Препарат отпускается по рецепту врача.

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



Наши инновации и опыт посвящены заботе о здоровье. Стремления, последовательность и накопленные знания компании подчинены единой цели — созданию эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.

Т.В. ОТПУЩЕНИКОВА,
К.М.Н.,

В.К. ШАБАРОВ,
М.Ю. СВИНАРЕВ,
Н.М. МАРТЫНОВ,
С.Э. ИСМАЙЛОВ,
Е.Г. ПРИХОДЬКО,
Л.А. ОСИПОВА,
А.И. ГАРАНИНА

Саратовский
государственный
медицинский
университет,

Областная детская
клиническая больница,
Саратов

Диагностика и лечение пиелонефрита у детей в амбулаторно-поликлинической практике

Диагностика и лечение инфекций мочевых путей и пиелонефрита у детей является одной из актуальных проблем педиатрии, они относятся к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний и широко встречаются в амбулаторной практике педиатра.

Инфекция мочевых путей (ИМП) – это их бактериальное поражение на любом уровне, будь то мочевого пузыря (цистит), почечная лоханка (пиелит) или почечная паренхима (пиелонефрит).

Пиелонефрит (ПН) – неспецифическое, острое или хроническое микробное воспаление в интерстициальной ткани почек и чашечно-лоханочной системе с вовлечением в патологический процесс канальцев, кровеносных и лимфатических сосудов.

Важность проблемы пиелонефрита обусловлена такими факторами, как:

- **высокая распространенность.** В связи с тем, что ИМП у детей не подлежат обязательной регистрации, заболеваемость ими точно не известна. Можно полагать, что много случаев, главным образом, у грудных детей остаются нераспознанными или диагноз выставляется ошибочно. ПН занимает второе место по частоте встречаемости после острых респираторных заболеваний. Распространенность ИМП, включая ПН, по разным данным, составляет по обращаемости от 15 до 22 на 1000 детского населения, а при сплошном обследовании 200-400. В структуре заболеваний органов мочевой системы ПН занимает первое место, составляя 70% нефрологической патологии;

- **возможность рецидивирования и прогрессирувания процесса.** Риск рецидивов ИМП высок и составляет, по данным различных источников, до 80%, снижаясь примерно на 20% после каждого очередного рецидива. Наибольшее

число рецидивов возникают в течение первых 6 месяцев после перенесенной инфекции. Часто они бывают вызваны микроорганизмом другого вида или серотипа;

- **риск осложнений с развитием артериальной гипертонии и ХПН.** ПН занимает третье место среди причин, ведущих к хронической почечной недостаточности (ХПН). В развитии осложнений большое значение имеет поздняя диагностика урологической патологии у больных с ИМП;

- **нарушение репродуктивной функции и снижение качества жизни.** При бесплодии частота ИМП у пациентов достигает 40-50%. Инфекционные заболевания мочеполового канала (уретрит) и половых органов (например, эпидидимит, простатит) в значительно большей степени присущи взрослым и, как правило, передаются половым путем. При этом нельзя не отметить, что в практике детского уролога-андролога все чаще встречаются подростки с сексуальными расстройствами (нарушение эрекции, эякуляции, оргазма, сперматогенеза) и возникающими в связи с этим психосоматическими расстройствами (депрессия и ипохондрия, истерические и импульсивные реакции).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

По данным большинства исследований, ИМП у детей в 90% случаев вызываются *Escherichia coli*. Другими грамотрицательными возбудителями являются *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*

Применение иммуномодулирующей терапии при пиелонефрите у детей способствует сокращению продолжительности активного периода заболевания и сроков пребывания больного в стационаре, снижению риска рецидивов пиелонефрита. У 20 подростков старше 14 лет с рецидивирующим течением пиелонефрита, стойкими, резистентными к проводимой терапии дизурическими расстройствами был предпринят поиск новых методов иммунокоррекции, который определил возможность использования препарата рекомбинантного интерферона альфа-2 Генферон в свечах. В состав препарата входят также анестезин и таурин.

и *Pseudomonas* spp. Встречаются и грамположительные микроорганизмы: энтерококки, *Streptococcus agalactiae* – у новорожденных, *Staphylococcus saprophyticus* – у подростков, ведущих половую жизнь. В большинстве случаев попадание инфекции происходит восходящим путем: из мочеиспускательного канала в мочевой пузырь – при цистите, из мочеточника в почку – при пиелонефрите. Это характерно для детей абсолютно всех возрастных групп. Гематогенный путь встречается исключительно редко, как правило, у новорожденных с сепсисом, вызванным *Staphylococcus aureus*. Бактериемия скорее является осложнением ИМП. При интактной почке воспалительный процесс (ПН) не может возникнуть самостоятельно. Патогенез ИМП основан на противоборстве возбудителя и защитных реакций макроорганизма. Последние включают:

- бактерицидные свойства секретов клеток эпителия мочевых путей;
- гликопротеиды, препятствующие прикреплению бактерий к слизистой;
- компоненты гуморального и клеточного иммунитета (IgG и IgA в моче, нейтрофилы и макрофаги);
- периодическое полное опорожнение мочевого пузыря (присутствие в нем остаточной мочи не только не способствует росту бактерий, но и препятствует местным механизмам защиты).

Несостоятельность защитных свойств почки может возникнуть только при условии структурно-клеточных, анатомических или функциональных нарушений различной степени выраженности в мочевой системе. Они влекут за собой нарушение нормального оттока мочи, создание «ситуации напряжения» и приводят к постепенному перерастяжению мочевых путей, что, в свою очередь, ведет к снижению тонуса, замедлению тока мочи на различных уровнях, ее стазу, нарушению секреторной и экскреторной функции почки.

Проникший в почечную паренхиму возбудитель вызывает выражен-

ный воспалительный ответ, направленный на предотвращение распространения инфекции. Именно воспалительным ответом обусловлены такие системные и местные симптомы ПН, как лихорадка, интоксикация и болезненность при поколачивании в реберно-позвоночном углу. Последствием воспаления может быть нефросклероз. Высказанные соображения об этиопатогенезе хронического ПН у детей имеют большое значение, так как с этих позиций очевидна бесперспективность различных способов лечения и методов консервативной антибактериальной терапии без выявления первопричин ПН. Часть детей иногда годами безуспешно лечится в амбулаторно-поликлинических условиях по поводу хронического ПН. Длительное антибактериальное лечение не только не в состоянии в подобных случаях подавить воспалительный процесс, но приводит к постепенному ухудшению ситуации. Так, кратковременный антибактериальный эффект сменяется устойчивостью микрофлоры к применяемым лекарственным веществам, первичные умеренные анатомо-функциональные нарушения довольно быстро переходят в выраженные и необратимые формы.

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования идентифицируется форма ПН.

Первичный ПН – микробно-воспалительный процесс в интерстиции и чашечно-лоханочной системе почки, при котором в современных условиях не выявляются причины, способствующие его развитию.

Вторичный ПН – микробно-воспалительный процесс в интерстиции и чашечно-лоханочной системе почки, развивающийся на фоне аномалии развития органов мочевой системы, функциональных и органических уродинамических нарушений, метаболических нарушений, дисплазии почечной ткани. Многочисленными исследованиями доказано, что у 80% детей ПН возникает вторично в результате

механической или динамической обструкции.

ФАКТОРЫ И СОСТОЯНИЯ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ИМП

Для дифференциальной диагностики различных форм ИМП определенное значение, на наш взгляд, имеют выявление и правильная оценка факторов, которые могут быть предрасполагающими к возникновению инфекции:

1) отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матери (гестозы, угроза прерывания, анемия, хронические заболевания гениталий, гестационный ПН и цистит, маловодие). Большое значение имеет также осложненное течение родов (преждевременные, стремительные, запоздалые, инфицированные, кровотечение во время родов). Данные патологические состояния приводят к формированию морфофункциональной незрелости, развитию внутриутробного инфицирования, острой и хронической гипоксии плода и новорожденного, лежащих в основе нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, пузырно-мочеточникового рефлюкса, энуреза. По нашим данным, указания на перенесенный ПН во время беременности имелись у 10% пациентов, а заболевания мочевой системы у близких родственников выявлены у 50% детей;

2) наличие гипотрофии и рахита, которые снижают сопротивляемость и реактивность организма у детей первого года жизни. Предрасполагает к внедрению инфекции в мочевые пути и развитию ПН у детей грудного возраста, физиологическому несовершенству ферментативных систем организма;

3) анатомо-физиологические особенности мочевой системы детей грудного возраста, приводящие к стазу мочи (внутрипочечное расположение лоханки, извитые гипотоничные мочеточники, физиологическая незрелость их нервно-мышечного аппарата и др.), при внедрившейся инфекции способствуют развитию ПН; ➡

Таблица 1. Дневник ритма спонтанных мочеиспусканий (образец ведения)

№ п/п	Время мочеиспускания	Количество выделенной мочи, мл	Количество выпитой жидкости, мл	Примечание (характер мочеиспускания)
1	7.20	150	200	
2	10.40	80	150	
...	
Итого за сутки	6 раз Дневной диурез (6.00-18.00) в норме составляет 2/3 суточного объема мочи	950 мл Ночной диурез (18.00-6.00) в норме равен 1/3 или не более 40% суточного объема мочи	1400 мл Среднеэффективный объем мочевого пузыря рассчитывается делением суточного объема мочи на число мочеиспусканий в сутки	Мочеиспускание должно быть свободное, безболезненное, широкой напряженной струей

4)любые состояния, препятствующие полному опорожнению мочевого пузыря, несут риск развития ИМП. К ним относятся запор, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря и прочие нарушения мочеиспускания. О последних всегда надо спрашивать (что часто забывают делать). Необходимо научиться задавать родителям активные вопросы для выявления количественных и качественных характеристик мочеиспускания у ребенка.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПН У ДЕТЕЙ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Клиническая картина ПН полиморфна, может быть достаточно стертой и меняться с возрастом. Основным симптомокомплексом ПН является лихорадка, озноб, боль в поясничной области, дизурия. Склонность болезни к скрытому течению на протяжении длительного периода, большие компенсаторные возможности детского организма в

целом и мочевой системы в частности служат причиной позднего выявления не только его хронической, но подчас и острой формы, когда одним из проявлений может быть рецидивирующая лейкоцитурия, выявленная случайно. Единственный, довольно постоянный и ранний симптом в таких случаях – повторяющиеся боли в животе – чаще всего оцениваются врачом как приступ острого аппендицита.

Наиболее часто хронический ПН у детей проявляется клинически в возрасте 5-7 лет. В действительности у большинства из них заболевание начинается в раннем детском возрасте. Часто им заболевают уже грудные дети, однако диагностика заболевания представляет значительные трудности в силу неспецифичности симптомов заболевания.

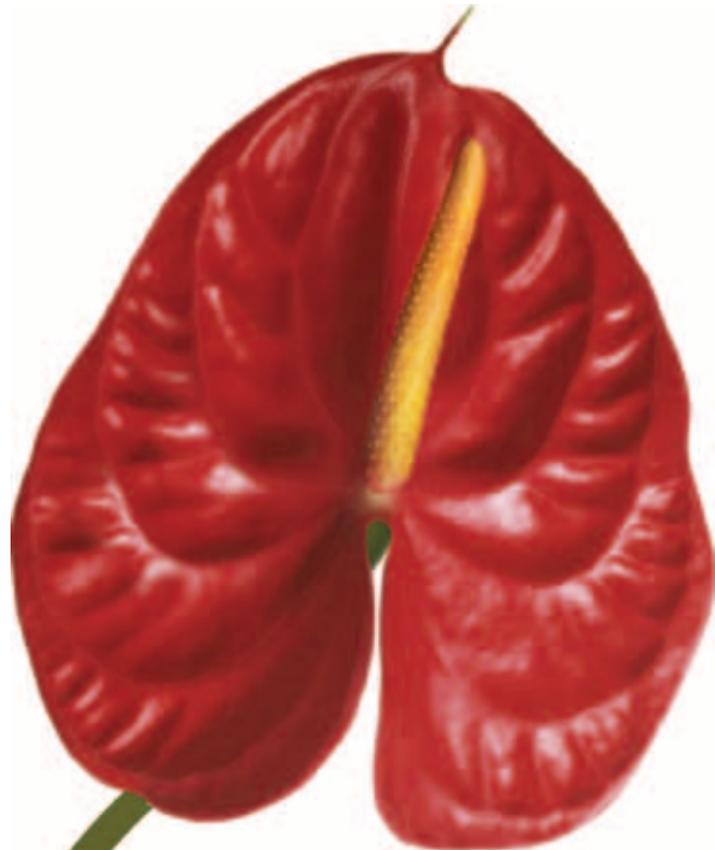
У детей грудного возраста в клинической картине, как правило, отсутствуют симптомы, характерные для воспаления мочевых путей. У новорожденных и грудных детей

в возрасте 90 сут. часто диагностируются такие симптомы, как сонливость, возбудимость, вялое сосание, рвота, понос, апноэ, лихорадка или гипотермия, более длительная желтуха. Иногда можно выявить указания на нарушения ритма и характера мочеиспускания. Хотя эти симптомы неспецифичны, с тех пор как общий анализ и посев мочи стали обязательной частью обследования для исключения сепсиса при лихорадке, неправильный диагноз выставляют редко. У детей в возрасте до 90 сут. с лихорадкой неизвестного происхождения в 5-10% случаев выявляют ИМП. У детей от 90 сут. до 2-3 лет лихорадка, общие симптомы, неприятные ощущения в животе, желудочно-кишечные нарушения часто встречаются при ПН, а единственным признаком цистита может быть учащенное и болезненное мочеиспускание. У детей, умеющих говорить и самостоятельно пользоваться горшком, диагностика проще. При цистите присутствуют все или многие из типичных симптомов (болезненное, учащенное, произвольное мочеиспускание, императивные позывы, неприятные ощущения в надлобковой области, ночное недержание мочи, субфебрильная температура). При ПН часто диагностируются высокая температура, выраженная интоксикация, рвота, боль в животе или пояснице. Симптомы поражения как верхних, так и нижних мочевых путей могут присутствовать одновременно, но в 1/3 случаев у детей с проявлениями ПН симптомы цистита отсутствуют.

ДИАГНОСТИКА

В алгоритм исследований при подозрении на ПН включают анализ

Высказанные соображения об этиопатогенезе хронического пиелонефрита у детей имеют большое значение, так как с этих позиций очевидна бесперспективность различных способов лечения и методов консервативной антибактериальной терапии без выявления первопричин пиелонефрита. Часть детей иногда годами безуспешно лечится в амбулаторно-поликлинических условиях по поводу хронического пиелонефрита. Длительное антибактериальное лечение не только не в состоянии в подобных случаях подавить воспалительный процесс, но приводит к постепенному ухудшению ситуации. Так, кратковременный антибактериальный эффект сменяется устойчивостью микрофлоры к применяемым лекарственным веществам, первичные умеренные анатомо-функциональные нарушения довольно быстро переходят в выраженные и необратимые формы.



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

* Содержится в дозировках 500 000 МЕ и 1 000 000 МЕ.



Дополнительную информацию о препарате
Вы можете получить по тел.: (495) 992-66-28

■ www.genferon.ru

 **Биокаг**
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Таблица 2. Дифференциальная диагностика энуреза

Признак	Первичный моносимптомный энурез	Энурез при НДМП	Энурез при пороках развития ОМВС
Частота эпизодов	Не более одного	До 5 раз за ночь	2-3 раза за ночь
Характер течения	Монотонный	Прерывистый	Чаще прерывистый
Функция детрузора мочевого пузыря	Сохранна	Чаще гиперрефлекторный вариант нарушений	Гиперрефлекторный (чаще) и гипорефлекторный варианты нарушений
Характер мочеиспускания	Нормальное	Поллакиурия, императивные позывы, императивное недержание	Поллакиурия
Дневной энурез	Отсутствует	Характерен	Характерен
«Зрелый тип мочеиспускания»	Минимальная задержка формирования	Отклонения от нормы максимальны	Характерна задержка
Запоры, энкопрез	Нет	Очень часто	Часто

жалоб больного, тщательный сбор анамнеза (обращается внимание на преморбидный фон, течение беременности, родословную, наличие обменных нарушений у членов семьи) и клинико-лабораторные данные. Стандарты параклинических исследований у детей с ПН составлены с учетом Приказа №151 МЗ РФ от 7.05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям». Обязательные методы исследования проводятся всем больным, дополнительные – по специальным показаниям. У больных с преобладанием *выраженной лейкоцитурии* в сочетании с расстройствами акта мочеиспускания и болями в животе наиболее часто выявляется врожденная патология почек – гидронефроз, удвоение почек и мочеточников, мегауретер. Поэтому в подобных случаях наиболее информативными являются экскреторная урография и микционная цистография, которые сразу позволяют выявить указанные аномалии развития и направить ребенка на оперативное лечение в урологический стационар. При отсутствии патологии

переходят к радиоизотопным методам исследования для выявления уродинамических нарушений, а затем к функциональным методам обследования нижних мочевых путей.

В группе больных, у которых преобладающим симптомом являются *расстройства акта мочеиспускания* в сочетании с лейкоцитурией, наиболее часто диагностируется пузырно-мочеточниковый рефлюкс или различные формы дисфункции мочевого пузыря, в основе которых лежат нарушения уродинамики. Последние – основной фактор в патогенезе ПН у детей, не имеющих порока развития, когда почки и мочевые пути сформированы правильно. Ведущую роль при обследовании больных этой группы приобретает оценка уродинамики верхних и нижних мочевых путей, в частности определение ритма спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрия и ретроградная цистометрия, радиоизотопная ренография (таблица 1).

При выявлении уродинамических нарушений выполняется микционная цистография. Если при этом вы-

является пузырно-мочеточниковый рефлюкс, то ребенок подлежит госпитализации в урологическое отделение. Лечение функциональных расстройств мочеиспускания проводят в амбулаторных условиях.

В отдельную клиническую группу выделены дети с *энурезом*, который нередко сопровождается хроническим ПН или сочетается с врожденными пороками развития мочевой системы. Иллюстрацией данного утверждения служат результаты клинического исследования, проведенного за последние 5 лет на базе Саратовской областной детской клинической больницы. Было обследовано 379 больных энурезом в возрасте 5-17 лет (63% мальчиков и 37% девочек). При этом у 53% пациентов исследуемой группы отмечено инфицирование мочевых путей, в том числе хронический ПН (44%). Хронический ПН в 17% случаев сочетался с циститом и с одинаковой частотой встречался у мальчиков и девочек. Воспаление нижних мочевых путей было более характерно для девочек (85%) ($p < 0,05$). В 22% случаев ПН явился осложнением пороков развития органов мочевой системы, в 13% – пузырно-мочеточникового рефлюкса III-IV степени, в 9% – нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. В зависимости от причин энуреза больные были разделены на 3 группы: с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря (54%), пороками развития мочевой системы (35%) и первичным моносимптомным энурезом (11%) (таблица 2).

Основной принцип терапии ИМП – безотлагательное назначение антибактериальных препаратов в соответствии с чувствительностью возбудителя. Важнейшая цель антибактериальной терапии – эрадикация возбудителя (из очага воспаления), предотвращающая переход острой стадии в хроническую и уменьшающая частоту рецидивов. Длительность антибактериальной терапии должна быть оптимальной, для полного подавления активности возбудителя.

В группу больных с первичным моносимптомным энурезом входили дети, единственным проявлением заболевания у которых было непроизвольное мочеиспускание во время сна. Наиболее значимыми факторами, формирующими дисфункцию мочевого пузыря и энурез, явились средний эффективный объем мочевого пузыря, число мочеиспусканий в сутки, задержка формирования «зрелого» волевого контроля мочеиспускания, императивные позывы ($p < 0,01$). Установленный нашими исследованиями высокий процент урологической патологии (89%) у больных энурезом позволил выявить высокоинформативные анамнестические признаки пороков развития мочевой системы и нейрогенной дисфункции мочевого пузыря ($p < 0,01$) и определить показания для комплексного клиничко-рентгеноурологического обследования больных энурезом в условиях стационара:

- высокая частота эпизодов энуреза на протяжении ночи (более двух раз);
- прерывистый характер течения с увеличением частоты энуреза на фоне манифестного проявления или обострения ИМП;
- вторичное происхождение энуреза (после стабильного, не менее 6 месяцев, «зрелого» волевого контроля мочеиспускания);
- энурез у детей старше 4-5 лет с максимальными отклонениями в формировании «зрелого» волевого контроля мочеиспускания;
- лейкоцитурия и немотивированные подъемы температуры на первом году жизни и на момент обследования;
- энурез в сочетании с синдромом императивного мочеиспускания;
- признаками органического синдрома поражения ЦНС травматического характера (родовая, бытовая и др.)

ЛЕЧЕНИЕ

В проблеме ИМП и ПН существуют два однозначных направления – диагностика причин их развития и выбор эффективных методов ле-

чения заболевания. Лечение ИМП начинается с их профилактики, которая сводится к выявлению и устранению предрасполагающих факторов; к сожалению, зачастую их обнаруживают только при обследовании по поводу уже имеющегося заболевания. Лечение ПН должно быть комплексным, длительным, персонифицированным и включать следующие аспекты:

- ликвидация микробно-воспалительного процесса в почечной ткани;
- нормализация функционально-го состояния почек;
- восстановление уродинамики нижних и верхних мочевых путей;
- устранение обменных нарушений, стимуляция регенераторных процессов и уменьшение склеротических процессов в почечной ткани.

Основной принцип терапии ИМП – безотлагательное назначение антибактериальных препаратов в соответствии с чувствительностью возбудителя. Важнейшая цель антибактериальной терапии – эрадикация возбудителя, предотвращающая переход острой стадии в хроническую и уменьшающая частоту рецидивов. Длительность антибактериальной терапии должна быть оптимальной для полного подавления активности возбудителя. Для эмпирической антибактериальной терапии ПН на амбулаторном этапе мы отдаем предпочтение пероральным формам «защищенных» пенициллинов и цефалоспоринов III поколения, обладающих бактерицидным действием, таких как оригинальный препарат Аугментин (амоксцилина клавуланат) и Супракс (цефиксим). Результаты исследований АРМИД (2000-2001 гг.) и АЛЕКСАНДР (1992 г. и по настоящее время) показали, что Аугментин в отличие от ампициллина высоко активен в отношении основных возбудителей. Он создает достаточные концентрации препарата в очаге инфекции, поддерживает подавляющую концентрацию препарата в течение необходимого времени, что обеспечивает надежную эрадикацию.

Цефиксим – оральным полусинтетический антибиотик с широким спектром действия, практически не уступает парентеральным цефалоспорином III поколения. Для детей с 6-месячного возраста до 12 лет цефиксим (Супракс) выпускается в виде суспензии (8 мг/кг), для детей старше 12 лет и взрослых – в капсулах по 400 мг. Препарат обладает пролонгированным действием и может быть назначен 1 раз в сутки. Курс лечения в среднем составляет 6-7 дней. При неосложненной ИМП для длительной противорецидивной терапии, а также для потенцирования действия антибиотиков, применяли производные нитрофурана – Фурагин и Фурамаг (фуразидина калиевая соль и магния карбонат основной). Концентрация Фурамага в моче в 3 раза выше, чем у Фурагина, а токсичность в 8,3 раза ниже, чем у Фурадонина. Резистентность к Фурамагу развивается гораздо медленнее, чем к другим антибактериальным препаратам. Фурамаг обладает высокой биодоступностью. Хорошо зарекомендовал себя в лечении ИМП и ПН растительный препарат Канефрон Н. Благодаря фармакологическим свойствам составляющих Канефрона Н (золототысячник, любисток, розмарин), действие его направлено и многогранно (диуретическое, противовоспалительное, спазмолитическое, антимикробное, вазодилататорное, нефропротекторное). Препарат может применяться как в качестве монотерапии при неосложненных ИМП, так и в составе комплексной длительной противорецидивной терапии ПН, пузырно-мочеточникового рефлюкса и обменных нефропатий.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, лечение гиперактивного мочевого пузыря у больных с ИМП и ПН в качестве монотерапии или в комплексе с метаболическими средствами проводится с использованием оксibuтина – препаратом антимускаринового действия. Среди антимускариновых препаратов на российском рынке Дриптан является единственным официаль-



но разрешенным к применению у детей старше 5 лет. Максимальная эффективность действия препарата отмечена у больных с полным синдромом императивного мочеиспускания ($p < 0,05$).

Коррекция вторичной митохондриальной дисфункции у больных ПН предусматривает применение препаратов коэнзима Q 10 (Кудесан, цитохром С), липоевой кислоты, никотинамида, витаминов А, Е, С, димефосфона, L-карнитина (Элькара). L-карнитин – природная субстанция, производимая организмом, имеющая смешанную структуру деривата аминокислоты, родственная витаминам группы В. Карнитин прямо или косвенно участвует в метаболизме жирных кислот, глюкозы, кетоновых тел и аминокислот, способствуя процессу энергообразования. Элькар применяется в дозировке 20-30 мг/кг/сут, продолжительность не менее 1 месяца.

Применение иммуномодулирующей терапии при пиелонефрите у детей способствует сокращению продолжительности активного периода заболевания и сроков пребывания больного в стационаре (Тяблосова Л.Т., Кириллов В.И., 2001),

снижению риска рецидивов пиелонефрита (Гаджиалиева М.М., 2001). С этой целью применяется Виферон (интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2). Виферон назначается в зависимости от возраста: Виферон-1 (150 МЕ) назначается детям моложе 7 лет ректально. Виферон-2 (500 МЕ) назначается детям старше 7 лет. На фоне лечения Вифероном мы отмечали выраженный положительный эффект в младшей возрастной группе (до 7 лет).

У 20 подростков старше 14 лет с рецидивирующим течением пиелонефрита, стойкими, резистентными к проводимой терапии дизурическими расстройствами был предпринят поиск новых методов иммунокоррекции, который определил возможность использования препарата рекомбинантного интерферона альфа-2 Генферон в свечах. В состав препарата входят также анестезин и таурин. Препарат применялся по схеме: по 1 свече (500 000 МЕ) 2 раза в сутки ректально в течение 10 дней, затем по 1 свече (500 000 МЕ) 2 раза в неделю 5 недель. Контроль осуществлялся по таким параметрам, как

активность пиелонефрита, степень выраженности дизурических явлений и синдрома императивного мочеиспускания, непосредственно после окончания курса лечения и через 3 месяца. По окончании полного курса лечения положительный результат отмечен у 87% больных: в течение 3 месяцев не было обострений ПН, больные отмечали значительное уменьшение и исчезновение дизурии, императивных позывов, улучшение самочувствия.

Влияние Генферона на адаптационную функцию детрузора мочевого пузыря обусловлено, вероятно, входящим в его состав таурином, выполняющим функцию нейромедиатора, тормозящего синаптическую передачу, играющего большую роль в липидном обмене, способствующим оптимизации энергетических и обменных процессов.

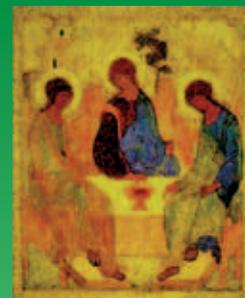
В заключение необходимо отметить, что универсального протокола ведения больных с ИМП нет. Наблюдение и лечение строится индивидуально, с учетом факторов, ускоряющих прогрессирование болезни. 

Литература

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). М., 1995. Том 1, часть 1.
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Гаврюшова Л.П. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей. М., 2007. 43 с.
3. Лечение первичного ночного энуреза у детей с позиций доказательной медицины // Методическое пособие для врачей педиатрических специальностей. Союз педиатров России, Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. М., 2002. 27 с.
4. Norgaard J.P., Djurhuus J.C., Watanabe H. et al. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis // J Urol, 1997. Vol. 79: 825-835.
5. Ковач Л., Леготска В., Кернова Т. и соавт. Первичный ночной энурез: новый взгляд на старую проблему // Вопросы современной педиатрии, 2002. Т. 1, № 2: 56-60.
6. Заваденко Н.Н. Энурез: классификация, патогенез, диагностика и лечение // Невролог. журнал, 2001; № 2: с. 42-46.
7. Lottmann H. Nocturnal enuresis – primary care awareness // BJU, 2001. Vol. 87, suppl. 1: 68-70.
8. Педиатрия. Руководство для врачей и студентов. Под ред. П. Дворкина: Пер. с англ. М., 1996. С. 67-69.
9. Долецкий С.Я. Морфо-функциональная незрелость организма ребенка и ее значение в патологии // Нарушение созревания структур и функций детского организма и их значение для клиники и социальной адаптации. Под ред. В.В. Королева. М., 1976. С. 7-21.
10. Долецкий С.Я. Общие проблемы детской хирургии. М.: Медицина, 1984. С. 136-200.
11. Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: Медицина, 1975. С. 103-105.
12. Марушкин Д.В., Артюхина С.В. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря у детей: вопросы этиологии, клиники, диагностики и лечения. Волгоград, 1996. 18 с.
13. Дементьева Г.Н., Вельтищев Ю.Е. Профилактика нарушений адаптации и болезней новорожденных // Лекция. МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ. 2000. 23 с.
14. Медведев Ю.А., Толстой А.Д. Гипоксия и свободные радикалы в развитии патологических состояний организма. М.: Терра – Календер и Промоушн, 2000. 232 с.
15. Вишневецкий Е.Л., Лоран О.Б., Вишневецкий А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. М.: Терра, 2001. 96 с.
16. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горянова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. СПб.: Деан, 1999. 128 с.
17. Квашнер К., Маттеят Ф. Энурез и энкопрез // Психотерапия у детей и подростков. Под ред. Х. Ремшмидта. Пер. с англ. М.: Мир, 2000. С. 408-428.
18. Джавад-Заде М.Д., Державин В.М., Вишневецкий Е.Л. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. Под ред. М.Д. Джавад-Заде, В.М. Державина; АМН СССР. М.: Медицина, 1989. 382 с.
19. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и ургентное недержание мочи. Пособие для врачей. СПб., 2001. 41 с.
20. Fernandes E.T., Reinberg Y., Vernier P., Gonzales R. Neurogenic bladder dysfunction in children // J Pediatr. 1994; Vol. 161: 1-7.
21. Kirk J., Rasmussen P.V., Rittig S., Djurhuus J.C. Micturition habits and bladder capacity in normal children and patients with desmopressin enuresis // Scand J Urol Nephrol, 1995. Vol. 173: 49-50.
22. Вишневецкий Е.Л. Диагностика и лечение нейрогенных дисфункций мочевого пузыря у детей // Педиатрия, 1997; № 3: 27-30.
23. Watanabe H., Imada N., Kawachi A. et al. Physiological background of enuresis type I. A preliminary report // Scand. J. Urol Nephrol., 1996. Vol. 31, suppl. 183: 7-10.
24. Притыко А.Г., Бурков И.В., Николаев С.Н. Диагностика и хирургическое лечение каудальных пороков развития позвоночника и спинного мозга у детей. Ульяновск: Симбирская книга, 1999. 95 с.
25. Schaumburg H.L., Rittig S., Djurhuus J.C. Urological day-time symptoms in nocturnal enuresis // J Urol, 1999. Vol. 83: 89.
26. Коровина Н.А., Гаврюшова Л.П., Захарова И.Н. Протокол диагностики и лечения энуреза у детей. М., 2000. 24 с.



XVII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



12–16 апреля 2010 года • Москва

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Министерство образования и науки Российской Федерации
Российская академия наук
Российская академия медицинских наук
Российская медицинская академия последиplomного образования
Фонд «Здоровье»

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Новые технологии в современном образовании врача ■ Основные заболевания человека. Высокотехнологичные методы диагностики и лечения ■ Социально значимые заболевания человека. Этапы оказания медицинской помощи
■ Новые инфекционные заболевания. Современные принципы диагностики и терапии ■ Избыточный вес – фактор риска социально значимых болезней ■ Социально-психологические проблемы здоровья человека ■ Заболевания детского возраста. Новые технологии в лечении и профилактике ■ Лекарства и пожилые люди ■ Фармакоэпидемиология, фармаконадзор и фармакоэкономика. Актуальные вопросы

Научная программа Конгресса включает: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, Школы для практикующих врачей, Конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология (атеросклероз)
- Пульмонология
- Гастроэнтерология
- Клиническая фармакология
- Дерматология
- Стоматология
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Педиатрия (кардиология)
- Педиатрия (гепатология)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Инфекционные болезни
- Неврология
- Клиническая фармакология
- Гастроэнтерология
- Стоматология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- Фармакотерапия основных заболеваний человека

В рамках Конгресса проходит Выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К Конгрессу готовится «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XI выпуск).

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 09	30. 12. 09
Тезисы	01. 09. 09	15. 12. 09
Конкурсные работы	01. 09. 09	18. 01. 10
Регистрационные карты	01. 09. 09	05. 04. 10
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 09	12. 03. 10

КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)

Тел: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)

E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)

reg@medlife.ru (регистрационные карты)

trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)

stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт Конгресса: <http://www.medlife.ru>

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»

И. В. ЧЕРНЫШЕВ,
Ю. В. САМСОНОВ,
А. А. МЕДВЕДЕВ

НИИ Урологии
Росмедтехнологий

Опыт применения препарата Простамол® Уно при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хронического простатита

Одними из наиболее распространенных урологических заболеваний у мужчин старше 50 лет являются доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и хронический простатит (ХП). Практически у всех (до 96,7%) больных ДГПЖ обнаруживают морфологические признаки хронического воспаления простаты различной степени активности (1).

Наличие ДГПЖ часто приводит к инфравезикальной обструкции с появлением остаточной мочи у больного (см. рисунок). Сочетание же ДГПЖ и ХП обуславливает возможность развития острой задержки мочеиспускания, большую вероятность

развития интра- и послеоперационных осложнений у больных, имеющих показания к оперативному вмешательству, увеличение уровня ПСА крови при обострении ХП, что может, в свою очередь, приводить к неправильной оценке клинической ситуации (2).

Своевременная адекватная терапия больных современными эффективными и безопасными средствами позволяет избежать развития осложнений у данной категории больных. Современным направлением безопасной терапии больных ДГПЖ в сочетании с ХП является применение препаратов растительного происхождения на основе Экстракта плодов *Serenoa repens* (пальма Сабаль или Сабаль мелкопильчатый – *Sabal serrulata*), обладающих антипролиферативными, противовоспалительными и противоотечными эффектами. Данная группа препаратов относится к наиболее изученному классу фитотерапевтических средств. Механизм противовоспалительного и антиэкссудативного действия обусловлен ингибированием синтеза простагландинов, что приводит к уменьшению проницаемости стенки сосудов и отека тканей железы. Противовоспалительное и антиэкссудативное действие особенно важно во время приступов, сопровождающихся приливом крови к органам малого таза. Согласно современным научным данным, механизм антиандрогенного действия может быть обусловлен ингибированием 5- α -редуктазы типа I, в результате чего нарушается переход тестостерона в дигидротестосте-

рон, который стимулирует пролиферацию клеток предстательной железы. Препараты *Serenoa repens* хорошо переносятся, не требуют титрования дозы и не взаимодействуют с другими лекарствами, что особенно важно для больных ДГПЖ и ХП в пожилом возрасте.

В настоящее время в России успешно применяется препарат растительного происхождения Простамол® Уно, представляющий собой экстракт плодов *Serenoa repens*. Эффективность данного препарата определяется содержанием в нем фитостеролов, которые подавляют синтез дигидротестостерона за счет блокады 5- α -редуктазы типа I и II и его фиксации к цитозольным рецепторам, что препятствует проникновению гормона в ядро и приводит к снижению синтеза белка. Препарат уменьшает образование дигидротестостерона, фосфолипазы A2 и арахидоновой кислоты, снижает синтез P α , которые регулируют тонус и перистальтику нижних отделов мочевыводящих путей. Простамол® Уно обладает антиандрогенным, вазопротекторным и противовоспалительным действием, уменьшает проницаемость сосудов. Антиандрогенное действие способствует уменьшению симптомов ДГПЖ, а вазопротекторное и противовоспалительное действия способствуют устранению симптомов хронического простатита. Дополнительно механизмами действия считают ингибирование роста простаты посредством связывания прелактина с рецепторами в предстательной железе, а также антиэстрогенный эффект (ингибирование ароматазы),

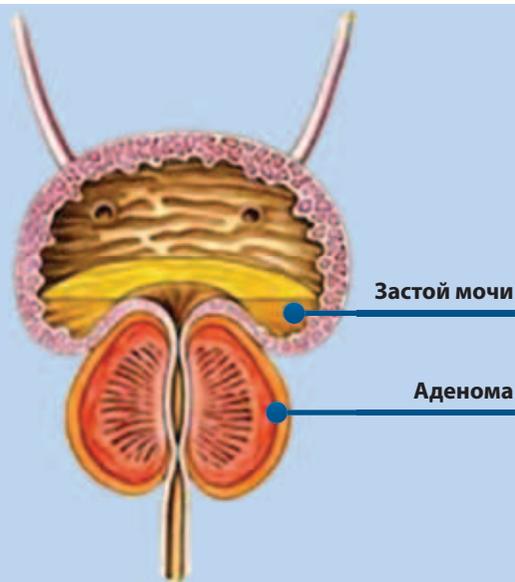


Рисунок. Мышечная ткань мочевого пузыря истончается, мочевой пузырь растягивается, в нем накапливается остаточная моча, острая задержка мочи может возникнуть в любой стадии заболевания аденомой

подавление пролиферации эпителиальных клеток и подавление базального фактора роста (3).

Результаты проведенных в России клинических исследований подтверждают эффективность и безопасность Простамол® Уно при лечении ДГПЖ в сочетании с ХП. Эффективность препарата у больных ДГПЖ и ХП с расстройствами мочеиспускания изучали в клинике урологии РГМУ в 2001 г. в рамках проспективного открытого исследования в форме наблюдения (4). В исследовании принимали участие 42 больных, которых разделили на три группы. В первой группе из 18 больных ДГПЖ I-II стадии и во второй группе из 12 больных ХП проводили терапию препаратом Простамол® Уно по 320 мг в сутки в течение 16 недель и 4 недель соответственно. В третьей группе из 12 больных Простамол® Уно не применяли. Терапия препаратом Простамол® Уно в первой группе привела к значительному улучшению качества мочеиспускания у 61,1% больных ДГПЖ. Динамика ноктурии при этом была наиболее показательной: у 14 больных – исчезновение симптоматики, а 4 остальных пациентов отметили уменьшение количества ночных мочеиспусканий до 1-2 раз. Средние значения суммарного балла IPSS и индекса качества жизни уменьшились на 40% от исходного уровня. Максимальная скорость потока мочи увеличилась в среднем на 23,3%, а среднее значение объема остаточной мочи уменьшилось на 60,9%.

В ходе исследования не отмечено изменений уровня сывороточного ПСА, клеточного состава и биохимических показателей крови после 16 недель приема препарата Простамол® Уно больных первой группы. После курса терапии во второй группе боли в тазовой области прекратились у 75% и уменьшились у 8,3% больных. На фоне лечения ХП препаратом Простамол® Уно во всех случаях прекратилась ноктурия и улучшилось качество мочеиспускания.

В третьей (контрольной) группе уменьшение симптомов через 4 недели наблюдения было заре-

гистрировано лишь в единичных наблюдениях: боли купировались у 18,1%, улучшение качества мочеиспускания отмечено у 25% больных. Через 4 недели лечения среднее значение максимальной объемной скорости потока мочи увеличилось с 19,6 до 22,3 мл/с во второй группе больных, принимавших Простамол® Уно, и с 20,6 до 21 мл/с в третьей (контрольной) группе. Количество лейкоцитов в секрете простаты на фоне лечения препаратом нормализовалось у 8 из 12 больных второй группы и у одного из контрольной группы. Все 12 больных из второй группы отметили хорошую переносимость препарата. Из побочных реакций отмечали периодическую обстипацию у одного больного.

Проведенное исследование зарегистрировало быстрый и выраженный эффект препарата у больных ДГПЖ I-II стадий и ХП, что, возможно, было обусловлено противовоспалительным и противоотечным свойствами препарата Простамол® Уно с последующим усилением эффекта за счет ингибции 5- α -редуктазы.

В развитии воспалительных, дистрофических и дегенеративных состояний при ишемии органа, которая значительно выражена при ДГПЖ, решающее значение принадлежит активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). В связи с этим особый интерес представляет исследование влияния препарата Простамол® Уно на ПОЛ, а также антиоксидантного и иммуномодулирующего эффектов данного препарата, проведенное кафедрами урологии и биохимии КГМУ. В исследование включили 35 больных ДГПЖ и ХП в возрасте 42-78 лет, контрольную группу составили 30 здоровых мужчин в возрасте 20-60 лет. Препарат Простамол® Уно больные принимали по 320 мг 1 раз в сутки от 3 до 6 мес. Статистически значимые изменения окислительного и иммунного статуса после приема препарата были зарегистрированы через 6-8 недель. При исследовании окислительного статуса снижение активности ПОЛ отмечено с третьей недели приема препарата, максимального значе-

ния оно достигло к 8-й неделе. В меньшей степени и в более поздние сроки изменился местный иммунный статус, что свидетельствовало о сохранении супрессии системы местного иммунитета у больных ДГПЖ и ХП.

Наименее выраженные положительные сдвиги отмечены у больных с более выраженными клиническими проявлениями ДГПЖ. У больных с клиническими проявлениями ХП и незначительным увеличением предстательной железы показатели местного иммунного статуса на фоне лечения препаратом были наиболее близки к нормальным. В процессе лечения препаратом Простамол® Уно у больных отметили увеличение активности фагоцитоза и его завершенности. Проведенное исследование продемонстрировало высокую антиокислительную активность и выраженное иммуномодулирующее действие препарата у больных ДГПЖ с преобладающими симптомами ХП (5).

Исследование эффективности комбинированной терапии α -адреноблокатором (тамсулозином) и препаратом Простамол® Уно в сочетании с антимикробными препаратами у больных ДГПЖ и ХП при подозрении на рак простаты, проведенное в урологической клинике РГМУ в период с 2002 г. по 2004 г., также представляет огромный интерес (6). В исследовании наблюдали 36 больных в возрасте 54-69 лет с ДГПЖ и ХП с подозрением на рак простаты по результатам анализа крови на ПСА. Уровень сывороточного общего ПСА в группе исследуемых больных составлял от 4,6 до 12,1 нг/мл. На первом этапе лечения всем больным назначали 14-дневный курс антимикробной терапии препаратами из группы фторхинолонов (у 31 больного) и цефалоспоринов (у 5 больных). Контрольное обследование после курса антимикробной терапии включало анализы мочи и секрета предстательной железы, анализ крови на ПСА и УЗИ предстательной железы. Последующее лечение предусматривало комбинацию α -адреноблокатора (тамсулозина) и препарата Простамол® Уно. В течение 6 недель назначали для устранения симптомов ДГПЖ

Таблица 1. Соотношение показателей сывороточного ПСА после лечения препаратом Простамол® Уно и тамсулозином и данных гистологического исследования биоптатов предстательной железы

Гистологическая картина	Общий ПСА крови < 4 нг/мл, кол-во больных	Общий ПСА крови > 4 нг/мл, кол-во больных
Рак простаты	–	11
ДГПЖ + ХП	5	2
ДГПЖ + ХП + ПИН	4	5

и улучшения дренирования протоков предстательной железы, а Простамол® Уно для обеспечения противовоспалительного и противоотечного эффектов терапии. После проведенного лечения все вышеуказанные исследования повторяли всем 36 больным, а 27 из них впоследствии перенесли пункционную биопсию простаты с последующим гистологическим исследованием. При отсутствии данных за рак простаты по данным гистологического исследования и сохранении симптомов прием тамсулозина и препарата Простамол® Уно продлевали на 3-6 месяцев с регулярным контролем уровня общего ПСА крови и УЗИ предстательной железы. Двухнедельный курс антимикробной терапии привел к уменьшению симптомов нижних мочевых путей у 27,8% больных и снижению уровня общего ПСА на 1,5-2 нг/мл у 25% больных. Обследование 36 больных после трехнедельного лечения тамсулозином и Простамолом® Уно выявило нормализацию уровня общего ПСА

крови у 38,9% больных и сохранение значений ПСА более 4 нг/мл у 61,1% мужчин. Последующее гистологическое исследование обнаружило рак простаты в биоптатах 11 из 22 больных с повышенным уровнем ПСА крови. Простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) в сочетании с ДГПЖ и ХП была обнаружена у 9 больных. В остальных 7 случаях наблюдали гистологическую картину ДГПЖ и ХП.

Соотношение показателей сывороточного ПСА после лечения препаратом Простамол® Уно и тамсулозином и данных гистологического исследования биоптатов предстательной железы представлено в таблице 1.

Нормализация уровня общего ПСА крови у 14 больных сопровождала уменьшение симптомов нижних мочевых путей, а снижение среднего значения объема простаты на 12,3% в этой группе больных произошло за счет объема собственной железы, но не аденоматозных узлов. Данные УЗИ про-

демонстрировали редукцию воспалительного отека и опорожнение акцинусов простаты под действием комбинированной терапии тамсулозином и препаратом Простамол® Уно. Сходную положительную динамику симптомов продемонстрировали 22 больных, у которых к завершению курса лечения сохранялось повышенное значение ПСА крови. Клинический эффект Простамол® Уно и антимикробной терапии заключался в субъективном улучшении качества мочеиспускания у 14 из 22 больных (63,6%). Как и в предыдущей группе, было отмечено уменьшение объема предстательной железы в среднем на 8,9% преимущественно за счет уменьшения отека простаты.

Проведенное исследование продемонстрировало нормализацию уровня ПСА крови у 38,9% больных ДГПЖ и ХП, получавших комбинированное лечение α-адреноблокатором (тамсулозином) и Простамолом Уно в сочетании с антимикробной терапией. В связи с тем, что растительные препараты и α-адреноблокаторы не влияют на уровень сывороточного ПСА, полученный эффект можно было объяснить исключительно с точки зрения терапевтического действия данных препаратов на хронический простатит, что подтверждалось уменьшением клинико-лабораторных признаков воспаления в предстательной железе у наблюдаемых больных. Таким образом, можно сказать, что применение препарата Простамол® Уно не привело к искажению достоверности показателей ПСА ни у одного из больных раком простаты.

Изучению эффективности препарата Простамол® Уно у больных, страдающих расстройствами мочеиспускания вследствие гиперплазии простаты 1-2 стадии, было посвящено проспективное открытое исследование, проведенное Ю.Г. Аляевым с соавт. в 2006 г. (7). В исследовании приняли участие 30 больных в возрасте от 51 года до 78 лет. Препарат назначали в дозе 320 мг однократно в сутки, продолжительность лечения составляла 16 недель. Положительный эффект лечения отметили 63,3% больных, при этом 4 больных – улучшение

В настоящее время в России успешно применяется препарат растительного происхождения Простамол® Уно, представляющий собой экстракт плодов *Serenoa repens*. Простамол® Уно обладает антиандрогенным, вазопротекторным и противовоспалительным действием, уменьшает проницаемость сосудов. Антиандрогенное действие способствует уменьшению симптомов ДГПЖ, а вазопротекторное и противовоспалительное действия способствуют устранению симптомов хронического простатита. Дополнительными механизмами действия считают ингибирование роста простаты посредством связывания пролактина с рецепторами в предстательной железе, а также антиэстрогенный эффект (ингибирование ароматазы), подавление пролиферации эпителиальных клеток и подавление базального фактора роста. Результаты проведенных в России клинических исследований подтверждают эффективность и безопасность препарата Простамол® Уно при лечении ДГПЖ в сочетании с ХП.

Таблица 2. Динамика основных показателей у больных ДГПЖ и ХП до, в процессе и после лечения препаратом Простамол® Уно

Время исследования	Суммарный балл IPSS (средние баллы)	Суммарный балл симптомов ХП (средние баллы)	Оценка качества жизни QOL (средние баллы)	Средний объем предстательной железы, см ³	Средний показатель максимальной объемной скорости потока мочи, мл/с
До лечения	12,3	27,3	4,3	43,5	10,5
Через 6 мес.	10,4	16,2	3,7	37,1	12,3
Через 12 мес.	9,6	16,6	3,5	35,2	12,1
Через 24 мес.	9,1	16,3	3,5	32,6	12,4

эректильной функции. В большинстве случаев переносимость препарата хорошая, лишь только два пациента отметили ощущение тошноты, которая в последующем самостоятельно прекратилась. Необходимо указать, что из 30 больных, принимавших участие в исследовании, 11 также страдали хроническим абактериальным простатитом. У 7 больных, страдавших гиперплазией простаты и ХП, после терапии препаратом Простамол® Уно отмечено достоверное уменьшение симптомов ХП.

В 2007 г. были опубликованы результаты исследования эффективности и безопасности монотерапии препаратом Простамол® Уно у больных ДГПЖ и неинфекционным ХП, проведенного в урологической клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (8). В исследовании участвовали 60 больных, разделенных в случайном порядке на две группы по 30 мужчин. Больные первой группы получали данный препарат в дозировке 320 мг один раз в сутки в течение 3 мес., а пациенты второй группы находились на активном наблюдении. Продолжительность исследования составила 12 нед. При контрольном обследовании через 3 мес. в группе больных, принимавших препарат, отметили снижение индекса IPSS с 14 до 6,8 балла и индекса симптомов ХП (NIH-CPSI) с 18,4 до 12,3 балла, что существенно превосходило показатели в контрольной группе больных (с 13 до 11,2 и с 17,1 до 16,8 баллов соответственно). Индекс качества жизни уменьшился более значительно в основной группе больных по сравнению с контрольной (на 2 и на 0,3 балла соответственно). Максимальная скорость потока мочи в первой группе увеличилась с 12,4 до 18,2 мл/сек., в то время как в контрольной – с 13,5 до 14,5 мл/сек. Резуль-

таты проведенного исследования свидетельствуют о достоверном уменьшении симптомов ДГПЖ и ХП, а также воспалительной реакции в ткани простаты при применении препарата Простамол® Уно в режиме монотерапии в течение 3 мес.

Было проведено исследование, посвященное изучению эффективности и безопасности длительной непрерывной терапии ДГПЖ и ХП препаратом Простамол® Уно у 28 мужчин в возрасте от 56 до 67 лет (средний возраст 62,4 года) (9). Препарат назначали всем больным по 1 капсуле (320 мг) в сутки. Общая продолжительность курса лечения составила 24 мес. Клинический контроль эффективности проводимой терапии осуществляли через 6, 12 и 24 мес. приема препарата. При контрольном обследовании 28 мужчин, получавших Простамол® Уно в течение 6 мес., отметили уменьшение симптомов ДГПЖ и ХП, а также улучшение качества жизни больных. Уменьшение объема простаты диагностировали при ультразвуковом исследовании и увеличении максимальной объемной скорости потока мочи при урофлоуметрии. Через 12 и 24 мес. непрерывного лечения препаратом Простамол® Уно объем предстательной железы уменьшился еще больше, что можно объяснить выраженными противовоспалительным и противоотечным эффектами препарата.

Динамику симптоматики, качества жизни, среднего объема железы и среднего показателя максимальной объемной скорости потока мочи иллюстрирует таблица 2.

Вследствие этого Простамол® Уно является эффективным препаратом для длительного и непрерывного лечения больных ДГПЖ в сочетании с ХП: отмечается стабилизация симптомов, показателя качества жизни и максимальной скорости потока

мочи через 12 и 24 мес. терапии на уровне, достигнутом через 6 мес. лечения, уменьшение объема предстательной железы, отсутствие побочных эффектов при лечении. Все это подтверждает целесообразность длительного приема препарата в непрерывном режиме.

Особый интерес представляют результаты сравнительного исследования эффективности и безопасности комбинированной терапии ДГПЖ α 1-адреноблокаторами и препаратами *Serenoa repens* (пальмы Сабаля) с последующим переходом на базовую монотерапию

Удобство применения, хорошая переносимость при длительном и постоянном приеме, отсутствие необходимости подбора дозы являются важными достоинствами препарата Простамол® Уно.

Serenoa repens, проведенного в ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий (10). Общая продолжительность исследования составила 9 мес. В исследовании принимали участие 60 мужчин в возрасте 45-78 лет с умеренными или выраженными симптомами ДГПЖ. Все больные исходно получали комбинированную терапию препаратами Простамол® Уно в дозе 320 мг и тамсулозином в дозе 0,4 мг 1 раз в сутки в течение 3 мес.

После проведенного 3-месячного курса комбинированной терапии отмечено достоверное снижение среднего балла симптомов ДГПЖ, уменьшение индекса IPSS на 41%, индекса качества жизни на 68,5%,

Таблица 3. Частота побочных эффектов в исследуемых группах

Побочный эффект	Частота побочного эффекта, %	
	Простамол® Уно + тамсулозин	Простамол® Уно
Ретроградная эякуляция	10,6	–
Артериальная гипотония	11	–
Диспепсия	3,6	3,3
Нарушение сна	3,6	–
Утомляемость	7,2	–

объема простаты на 10% и объема остаточной мочи на 65%. Впоследствии пациентов разделили на две группы: 28 больных продолжили прием двух препаратов (2 больных были исключены из исследования), а 30 пациентов были переведены на режим монотерапии препаратом Простамол® Уно. После 9 мес. лечения в обеих группах отмечено снижение индексов IPSS и качества жизни более чем у 87% больных. Следует отметить, что показатель качества жизни улучшился в обеих группах как после 3 мес. комбинированного лечения, так и при переходе на режим монотерапии препаратом Простамол® Уно. Профиль переносимости лечения в обеих группах больных различался.

Частота побочных эффектов в исследуемых группах продемонстрирована в таблице 3.

В исследовании показано, что клиническая эффективность комбинированного лечения на протяжении 9 мес. оказалась статистически сравнимой с монотерапией препаратом Простамол® Уно по показателям шкалы IPSS и качества жизни, урофлоуметрии и динамики объема простаты. В группе боль-

ных, принимавших Простамол® Уно, отмечено наименьшее количество побочных эффектов.

Изучению влияния препарата Простамол® Уно на субъективную и объективную симптоматику у пациентов с минимальными проявлениями ДГПЖ и на предотвращение их прогрессирования посвящено мультицентровое исследование клиники урологии ММА им. И.М. Сеченова, НИИ урологии Росмедтехнологий и клиники урологии РГМУ, предварительные результаты которого были опубликованы в 2009 г. (11). В данное исследование включали больных ДГПЖ с высоким риском ее прогрессирования. Длительность исследования составит 3 года, пациенты основной группы получают Простамол® Уно по 320 мг 1 раз в сутки, контрольную группу составили больные, находящиеся под активным наблюдением.

Через 24 мес. приема препарата в основной группе отмечено уменьшение симптомов на 37% по шкале IPSS, в контрольной группе (активное наблюдение) произошло усиление симптоматики на 36%. Улучшение показателя качества жизни на 52%, увеличение средней

скорости потока мочи на 57% и максимальной скорости потока мочи на 21% наблюдали в основной группе. В контрольной – вышеуказанные показатели достоверно снизились на 17%, 22% и 16% соответственно. В основной группе больных в течение первого года исследования не отмечено прогрессирования симптоматики ни по одному из критериев наблюдения. Полученные предварительные результаты этого продолжающегося исследования являются перспективными для определения профилактического значения препарата Простамол® Уно при его длительном применении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Простамол® Уно является эффективным и безопасным препаратом для лечения ДГПЖ в сочетании с ХП или без него. Проведенные исследования по изучению эффективности и безопасности препарата при ДГПЖ и ХП и полученные результаты позволяют рекомендовать Простамол® Уно как в режиме монотерапии, так и в сочетании с любыми лекарственными средствами у больных данной категории.

Удобство применения, хорошая переносимость при длительном и постоянном приеме, отсутствие необходимости подбора дозы являются важными достоинствами данного препарата. Возможность длительного и безопасного назначения препарата Простамол® Уно при ДГПЖ в сочетании с ХП обуславливает актуальность и перспективность его лечебно-профилактического применения. 

Литература

1. Добракачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. Н.А. Лопаткина. М., 1999.
2. Трапезникова М.Ф., Поздняков К.В., Морозов А.П. Медикаментозная терапия хронического простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Трудный пациент. 2006; Т. 4, №8: 15-19.
3. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Евдокимов М.С., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Результаты лечения препаратом Простамол® Уно больных с сочетанием абактериального воспаления и доброкачественной гиперплазии простаты // Эффективная фармакотерапия в урологии. 2008; № 1: 32-34.
4. Мазо Е.Б., Дмитриев Д.Г. Клинический эффект применения препарата Простамол® Уно у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом // Урология. 2001; № 5: 38-41.
5. Серегин С.П., Братчиков О.И., Конопля А.И., Шестаков С.Г., Долженков С.Д., Новиков А.В., Шатохин М.Н., Котов А.В. Влияние Простамол® Уно на окислительный и местный иммунный статус у больных с доброкачественной гиперплазией простаты и хроническим простатитом // Урология. 2002; № 4: 14-16.
6. Мазо Е.Б., Дмитриев Д.Г., Зиканов В.В. Комбинированное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сочетании с хроническим простатитом при подозрении на рак предстательной железы // РМЖ. 2005. Т. 13, № 9: 615-618.
7. 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: 24-28.
8. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Долгов А.Г. Применение препарата Простамол® Уно в лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты и хроническим простатитом // Врачебное сословие. 2007; № 3: 42-45.
9. Мазо Е.Б., Попов С.В. Простамол® Уно в длительном непрерывном лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом // РМЖ. 2007. Т. 15, № 12: 1004-1008.
10. Разумов С.В., Егоров А.А. Целесообразность перехода от комбинированного лечения препаратом Простамол® Уно и α1-адреноблокаторами на режим монотерапии препаратом Простамол® Уно у больных аденомой предстательной железы // Урология. 2007; № 3: 47-50.
11. Аляев Ю.Г., Аполихин О.И., Мазо Е.Б., Винаров А.З., Локшин К.Л., Медведев А.А., Пермякова О.В., Спивак Л.Г., Школьников М.Е. Эффективность и безопасность Простамол® Уно при лечении больных с начальными проявлениями аденомы предстательной железы и риском прогрессирования: 2 года исследования // Урология. 2009; № 4: 36-40.

Календарь мероприятий на II полугодие 2009 года

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

11 НОЯБРЯ

Эндокринология

Руководитель: профессор **А.М. Мкртумян**, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ

18 НОЯБРЯ

Перинатальная патология у детей, связанная с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом во время беременности и родов

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

25 НОЯБРЯ

Дерматология

Руководитель: профессор **О.Л. Иванов**, главный дерматовенеролог ГМУ УД Президента РФ

2 ДЕКАБРЯ

Нарушение системы гемостаза в практике акушера-гинеколога

Руководитель: академик РАМН **Л.В. Адамян**, главный специалист по акушерству и гинекологии ГМУ УД Президента РФ

9 ДЕКАБРЯ

Хирургия, анестезиология, реаниматология

Руководитель: профессор **Е.И. Брехов**, заместитель главного хирурга ГМУ УДП РФ, заведующий кафедрой хирургии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

23 ДЕКАБРЯ

Кардиология (Школа ВНОК)

Руководители: профессор **Б.А. Сидоренко**, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ, профессор **Д.А. Затейщиков**, кафедра кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

I УРОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ



15-16 октября 2009 г. в Москве состоялась I урологическая Конференция «Актуальные вопросы урологии», организованная Федеральным медико-биологическим агентством. В работе конференции приняли участие более 300 урологов из многих регионов России, а также стран ближнего зарубежья. С приветственным словом к участникам конференции обратились руководитель ФМБА России В.В. Уйба, Генеральный директор ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России К.В. Котенко, Председатель Российского общества урологов академик РАМН Н.А. Лопаткин. Более двадцати отечественных и зарубежных фармацевтических компаний представили свою продукцию на стендах выставочной экспозиции. Технический организатор Конференции – компания «МЕДФОРУМ».



В.А. Ковалев, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ИПК ФМБА России

В своем выступлении д.м.н. **В.В. Уйба** подчеркнул, что «перспектива развития урологии в России в целом и в системе Федерального медико-биологического агентства в частности имеет особое значение благодаря широким возможностям организации высокоэффективного этапа урологической помощи и профилактике урологических заболеваний».

В Программном докладе «Урология на страже здоровья нации» заведующий кафедрой урологии и андрологии ИПК ФМБА России д.м.н., профессор **В.А. Ковалев** отметил, что вопросы демографической политики в настоящее время являются приоритетными для государства. «Современная урология – это обширная область медицины, развивающаяся во многих направлениях – реконструктивном, онкологическом, андрологическом, репродуктивном, сексологическом, и естественно, что каждое из этих направлений имеет свои опреде-

ленные приоритеты. Фактором, объединяющим не только все направления урологии, но и выходящим за рамки медицинской науки вообще, является демография и демографическая ситуация в России», – сказал проф. В.А. Ковалев. Завершая свое выступление, В.А. Ковалев подчеркнул: «В деле сохранения нашей нации урология – это первый рубеж обороны. Без активного участия специалистов – урологов, андрологов – восполнение населения просто невозможно».

Доклад чл.-корр. РАМН, профессора **Ю.Г. Аляева** был посвящен современным методам диагностики и лечения урологических заболеваний. Сегодня технологические достижения являются основополагающей составляющей быстроразвивающейся области медицины. Научно-технический прогресс позволил достичь высокой степени эффективности как в диагностике, так в лечении урологических забо-

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УРОЛОГИИ»

леваний. «Настоящее и дальнейшее будущее медицины связано с новыми технологиями», – подчеркнул Ю.Г. Аляев.

Эффективности реконструктивных операций при обширных поражениях уретры, протяженных стриктурах и облитерациях был посвящен доклад проф. **В.А. Ковалева**. Подробно остановившись на всех методиках: пластике уретры по Хольцову (уретроуретроанастомоз), тотальной уретральной реконструкции, пластике уретры кожным лучевым лоскутом, пла-



В.В. Уйба, д.м.н., руководитель ФМБА России

стике уретры по Кворти, Оранди, пластике уретры по Дюплею, докладчик отметил: «В настоящее время коррекция аномалий урогенитального тракта остается весьма актуальной, так как широкое разнообразие методик оперативной коррекции свидетельствует об отсутствии единого концептуального подхода к решению проблемы комплексной реабилитации пациентов».

В докладе д.м.н., профессора **А.Г. Мартова** «Эндоскопическое лечение стриктур уретры» отмечалось, что проблема лечения первичных и вторичных стриктур верхних мочевыводящих путей (ВМП) остается актуальной в урологии. Основной целью работы, проведенной в городской клини-

ческой урологической больнице № 47 был критический анализ отдаленных результатов применения эндоскопических методов лечения стриктур ВМП в зависимости от локализации и протяженности стриктур ВМП, причин их возникновения и иных факторов, характеризующих заболевание. Профессор А.Г. Мартов подчеркнул: «Эндотомия стриктур ВМП целесообразна при первичных ранних послеоперационных стриктурах, локализованных в любом месте нормально развитых ВМП, протяженностью до 1 см, доступных для ригидного эндоскопического инструментария из перкутанного или трансуретрального доступов».

Большой интерес участников конференции вызвал доклад **А.Н. Абдулхамидова** «Реваскуляризация полового члена: 20-летняя эволюция собственного опыта». Докладчик отметил, что реваскуляризация полового члена является эффективным и физиологически обоснованным методом лечения васкулогенных форм ЭД при условии тщательного отбора пациентов.

Артериализация глубокой дорсальной вены с успехом может быть использована у пациентов молодого и среднего возраста с артериальной недостаточностью полового члена, с первичной венозной «утечкой», либо при их со-



Н.А. Лопаткин, академик РАМН,
Председатель Российского общества урологов

четании при условии сохранной миогенной активности кавернозных тел.

Неудовлетворительный результат реваскуляризации полового члена может быть связан не только с послеоперационными осложнениями. Как и при любом другом виде коррекции эректильной дисфункции успех зависит от множества факторов, включающих в том числе и психологические факторы успеха, к которым относятся мо-





Ю.Г. Аляев, профессор, чл.-корр. РАМН, ММА им. И.М. Сеченова

тивация и диапазон ожиданий результата. Нельзя не принимать во внимание и конституциональные факторы (характер половой конституции). К числу других возможных причин неудачи реконструкции пенильной гемодинамики относятся особенности геометрии полового члена: несоответствие кавернозного и перфузионного объемов.

Доклад д.м.н., профессора **С.В. Королевой** был посвящен фармакоэкономическим аспектам лечения эректильной дисфункции. Суммируя эффективность пероральных

средств по критерию достаточной для интромиссии ригидности полового члена, С.В. Королева подчеркнула, что «ингибиторы ФДЭ-5 являются наиболее эффективными при различных формах эректильных расстройств и могут полноправно рассматриваться как средства сексуальной адаптации наряду с интракавернозными инъекциями, создавая реальную альтернативу протезированию полового члена». В докладе было отмечено, что с тех пор как человек просил богов избавить его от «постыдного недуга» изменилось отношение общества к проблеме эректильной дисфункции, кардинальным образом изменились ожидания пациента и его надежды. Цель, которую преследовали пациенты на заре развития научных исследований, сводилась к *любому улучшению* эректильной функции. В последующем, пациент был уже не готов к полумерам. Его интерес представляла стабильная хорошая эрекция, достаточная для совершения полового акта. В настоящее время большое внимание сфокусировано на понятии *качества жизни*, которое подразумевает не только восстановление «механического» компонента эректильной составляющей, но и восстановление психологических факторов комфортного, здорового образа жизни. Того образа, к которому пациент привык на протяжении всей своей жизни. В заключение С.В. Королева ска-

зала: «Накопленный клинический опыт в настоящее время позволяет специалистам более детально подходить не только к решению проблемы эректильных расстройств, но и качественно изменять сексуальную жизнь пациента в целом с учетом его потребностей и желаний».



А.Н. Абдулхамидов, кафедра урологии и андрологии ИПК ФМБА России

Кроме научных докладов ведущих урологов России, участникам конференции была предоставлена возможность принять участие в работе видеосессии, во время которой были продемонстрированы фильмы «Аномалии урогенитального тракта. Реконструктивная хирургия», авторы – В.А. Ковалев, С.В. Королева. Фильму присуждена медаль V Всемирного конгресса по импотенции и VIII Всемирного симпозиума по реваскуляризации (Милан, 1992); «Видеоэндоскопическая внебрюшинная радикальная простатэктомия» (авторы В.А. Кислов, В.Е. Селезнев) и «Реваскуляризация полового члена» (авторы В.А. Ковалев, С.В. Королева, А.Н. Абдулхамидов).

По общему мнению всех участников конференции, научная программа и организация мероприятия прошли на высоком уровне, возможность принять участие в дискуссиях позволили урологам получить исчерпывающую информацию по многим актуальным вопросам урологии. 



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



19-я международная выставка
«Здравоохранение, медицинская техника
и лекарственные препараты»

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

7-11 декабря 2009



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ВЫСТАВОЧНЫЙ КОМПЛЕКС «ЭКСПОЦЕНТР»

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Тел.: (499) 795-28-72, 795-28-71, 795-39-43
Факс: (495) 609-41-68, (499) 795-25-76
E-mail: gureeva@expocentr.ru
www.zdravo-expo.ru
www.expocentr.ru

Организатор: ЗАО «ЭКСПОЦЕНТР»

При поддержке:

- Министерства здравоохранения и социального развития РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ

Владимир Баков: «Не делаем в Ярославле только»



Главный уролог Ярославской области, заведующий урологическим отделением ЯОКБ Владимир Николаевич Баков

Владимир Николаевич, в чем особенность ярославской урологической службы?

Ярославская областная клиническая больница относится к федеральной структуре, в Ярославле есть прекрасная медицинская академия с хорошей школой, традициями, отличными специалистами. Поэтому в Ярославле уровень диагностики и оказания медицинской помощи в урологии выше ближайших соседей и приближается к уровню Москвы и Санкт-Петербурга. Наши урологи активно участвуют в конгрессах и конференциях врачей и постоянно тем самым совершенствуются. Сама служба построена так же, как и везде. На селе или в деревне пациенты обращаются к фельдшеру, он направляет их в район к хирургу или терапевту, из района больной с направлением прибывает в областную консультативную поликлинику, затем поступает в урологическое отделение ЯОКБ. Впервые урологические койки в ЯОКБ были выделены на базе хирургического отделения в 1963 г., в 1971 г. создано нефроурологическое отделение, кото-

Об успехах и проблемах ярославской урологической службы региональный корреспондент журнала «Эффективная фармакотерапия в урологии» Наталья Лихаднева беседует с главным урологом Ярославской области, заведующим урологическим отделением Ярославской областной клинической больницы (ЯОКБ), урологом высшей категории Владимиром Николаевичем Баковым.

рое в 1980 г. преобразовалось в урологическое. В настоящее время урологическое отделение развернуто на 60 коек. В нашем отделении работают урологи только высшей и первой категорий, двое из них – кандидаты медицинских наук. Основной контингент отделения составляют пациенты с мочекаменной болезнью (МКБ), болезнями предстательной железы, аномалиями почек, мочевого пузыря, онкопатологией. Если в областном центре каждая поликлиника в своем штате имеет уролога, то в районах врач этой специальности есть только в Гаврилов-Ямском, Ярославском районе, Переславле, Ростове и в Рыбинске.

Владимир Николаевич, почему не хватает специалистов в районах?

Уролог – это врач, который в основном оперирует. Но проводить операции одному, без помощи ассистентов, крайне трудно. Да и урологические койки для больных в районах не предусмотрены. Заниматься же только консервативным лечением специалисту нашей специализации просто не интересно.

Ярославская область относится к проблемным регионам по урологической заболеваемости?

Статистика по урологическим заболеваниям у нас выборочная,

т.е. имеются данные по МКБ, онкологическим заболеваниям мочеполовой системы, предстательной железы, преимущественно в стационары с урологическими заболеваниями попадают мужчины – их 70%. По данным 2008 г., показатели МКБ в Ярославской области выше, чем в целом по Российской Федерации: 8,4 случая заболевания на 1000 человек населения против 6 случаев на 1000 населения по РФ. Что касается заболеваний предстательной железы – ниже, чем в целом по стране: 10,6 случая заболеваний в год на 1000 человек против 20,7 случая в год по РФ. По онкологическим заболеваниям мочеполовой системы данные соответствуют общероссийским: рак предстательной железы – 3 случая заболеваний в год на 10000 человек, рак мочевого пузыря – один случай заболевания в год на 10000 человек, в РФ эта цифра составляет – 0,9. Но цифры по онкологическим заболеваниям особенно предстательной железы и почки растут. Это связано с лучшей выявляемостью заболеваний, что стало возможным с широким внедрением онкомаркеров и более частым использованием УЗИ другими специалистами, например, кардиологами, неврологами, терапевтами. Раньше в ЯОКБ оперировали 8-10 больных с опухолью почки в год, сейчас мы проводим 60-70 таких операций. В 2008 г. было

пересадку почки, все остальное – пожалуйста»

выявлено 189 первичных опухолей почки, все больные прооперированы.

Владимир Николаевич, высокие показатели заболеваемости МКБ как-то связаны с экологической обстановкой в Ярославской области?

Вполне возможно, что МКБ может быть вызвана составом воды в отдельных районах области. В Ярославской области к эндемичным районам, которые отличают неблагоприятная экология и плохое качество воды, относят Даниловский, Борисоглебский, Некоузский, Гаврилов-Ямский, Некрасовский, Ростовский, Рыбинский, Ярославский районы и поселок Петровск. Как правило, наибольшее количество пациентов поступает к нам из этих мест. В то же время, если сравнить Гаврилов-Ямский и Угличский районы, то в первом – 14,6 случаев заболеваний МКБ на 1000 человек, а во втором районе – 2,6 случая соответственно. И такая разница в цифрах может объясняться еще и тем, что в Угличской районной больнице нет уролога и некому выявлять эти заболевания.

Какие методы в лечении МКБ используются в Ярославской области?

Основной современный метод лечения МКБ – дистанционная литотрипсия на аппаратных комплексах без разрезов и введения специальных зондов. У нас в области таких установок четыре. Три в Ярославле: в ЯОКБ, медсанчасти «Автодизель» и в железнодорожной больнице, а четвертая установка, что очень радует, – в Рыбинске. Все вышеперечисленные клиники оснащены также оборудованием для контактной литотрипсии. Методом дистанционной литотрипсии мы только в ЯОКБ пролечиваем в год более 300 пациентов. Этот метод в 80% случаев позволяет отказаться от

оперативного лечения, а ведь МКБ страдают в основном люди работоспособного возраста – от 20 лет и старше. При своевременном обращении пациента за помощью метод дистанционной литотрипсии очень эффективен. Мы также планируем внедрить метод нефролитолапаксии. Специалисты обучены, часть оборудования в области уже есть, нет только рентгеноурологической установки, на нее пока в области не хватает финансов.

Какое количество урологических больных ярославцев лечится амбулаторно?

Все, что можно сделать без стационара, мы делаем амбулаторно. Большинство урологических заболеваний лечится амбулаторно: циститы и прочее требуют консервативного лечения. В своей работе используем все современные методы диагностики и исследования: радиологические, рентгенологические, эндо-



В урологическом отделении ЯОКБ обход больных ведет практикующий хирург, уролог Владимир Баков

скопические, уродинамические, ультразвуковые и лабораторные. Проводится консервативное лечение с использованием физиотерапии, лечебной физкультуры, термотерапии и микроволновой гипертермии, фитотерапии. ➡



В урологическом отделении ЯОКБ идет обработка инструментов

И на операцию наши пациенты приходят полностью обследованными, чтобы мы могли сразу ее провести. Конечно, районным больным приходится поехать, так как часть обследований делается в районе, а часть – в поликлинике ЯОКБ. Но все стандартные обследования выполняются бесплатно, как и положено, за исключением тех случаев, когда обследование хотят пройти вне очереди либо настаивают на каком-то обследовании без показаний.

Ваши пациенты нуждаются в дорогостоящих лекарствах. Как программа ДЛО справляется с обеспечением урологических больных?

Сейчас цены на лекарственные препараты завышены, особенно на импортные, поэтому для лечения стараемся использовать совместные разработки. Они стоят дешевле оригинальных препаратов, и у них хорошая эффективность. Что касается системы дополнительного лекарственного обеспечения, то из-за проблем с ее реализаци-

ей, когда назначенный врачом препарат невозможно получить в аптеке бесплатно или надо его ждать, большинство наших пациентов стали отказываться от ДЛО, предпочитая взамен получать деньги. Но 400 рублей в месяц не могут компенсировать, например, пациентам с аденомой предстательной железы затраты на лекарства. Аденомой страдают 50% мужчин в 50-летнем возрасте, а каждые новые 10 лет добавляют еще 10% имеющих проблемы с предстательной железой: таковы данные статистики. Необходимые для лечения препараты (α -блокаторы) стоят от 700 до полутора тысяч рублей в месяц, а принимать их надо постоянно. Для усиления эффекта лечения назначают еще ингибитор 5-альфаредуктазы стоимостью на полгода около 18000 рублей. К сожалению, находятся среди пациентов и такие, кто предпочитает вовсе не лечиться, ссылаясь на материальные трудности. Невысокая сознательность пациентов мешает в работе больше всего. Человека проопе-

рировали, выходили, на ноги поставили, из больницы выпустили и предупредили, что надо будет периодически приходить на осмотр. В лучшем случае приходят только 10%. Остальных надо вызывать – следовательно, посылать им почтовые открытки, которые врачу надо покупать за свой счет. Будет он это делать? Вопрос по большей части риторический.

Я считаю, что стране система диспансеризации просто необходима. Обследовать здорового человека сложнее, чем больного – больной сам про себя все расскажет. Человек, считающий себя здоровым, ни на что обычно не жалуется, и выявить его проблемы могут исследования. Многие заболевания таким образом можно обнаружить на начальной стадии, а не тогда, когда уже спасать поздно.

Какие еще высокотехнологичные методы в лечении урологических заболеваний вы используете?

В операционном блоке урологического отделения ЯОКБ имеются два операционных зала, один из которых предназначен для эндоскопических операций. В связи с появлением у нас отделения дистанционной литотрипсии количество операций при МКБ значительно уменьшилось, но при показаниях может быть выполнено удаление камня из любого отдела мочевыводящей системы. При болезнях предстательной железы в основном выполняются эндоскопические операции – ТУР доброкачественной гиперплазии предстательной железы. И при раке мочевого пузыря основным методом хирургического лечения является эндоскопический. Но сегодня мы можем проводить только одну такую операцию в день, а для проведения второй операции уже требуется повторная стерилизация инструментов. Поэтому чем больше будет эндоскопических комплексов в ЯОКБ – тем лучше, но пока с приобретением подобного оборудования есть проблемы. Но главная беда заключается не



Идет операция

в отсутствии финансов, мы даже на том оборудовании, которое имеем сегодня, могли бы проводить как минимум 240 операций в год. Большая проблема заключается в том, что страховые компании не могут оплатить нам больше 120 эндоскопических операций в год. Поэтому у нас два выхода: либо формировать очередь на бесплатные эндоскопические операции, либо проводить их на платной основе. Естественно, это очень дорогое лечение. Только пребывание больного в стационаре стоит полторы тысячи рублей в день, а еще наркоз, сама операция и т.д. Сейчас в мире широко развивается лапароскопическая урология. В Ярославской области год назад этим методом у пациентки была удалена почка. Широко эти операции в нашем регионе не делаются потому, что в отделении урологии ЯОКБ нет лапароскопической стойки – ту, первую, операцию мы проводили на гинекологической. Медицина во всем мире живет за счет высоких технологий: малоинвазивной хирургии, лапароскопии, эндоскопии. За счет таких малотравматичных операций уменьшается количество дней пребывания больных и число коек в стационарах. У нас, к сожалению, только количество коек в стационарах уменьшается, но амбулаторное лечение не развивается.

Современные высокотехнологичные методы лечения требуют обучения специалистов. Как оно осуществляется в регионе?

В Ярославле существует областное урологическое общество. Мы регулярно собираемся вместе и обмениваемся опытом, приглашаем на свои заседания специалистов из Москвы: они рассказывают о новых препаратах, новых методах лечения. Все это важно и нужно, одному в собственном соку вариться нельзя – квалификация падает. Урологи постоянно совершенствуются не только в Ярославской области, но и по всей стране, этого требует профессиональный долг



Врачи урологического отделения ЯОКБ обсуждают историю болезни пациента

и стремление быть классным специалистом.

И что могут делать наши классные специалисты?

При раке I-II стадии мы делаем радикальную простатэктомию и добиваемся полного выздоровления пациентов. Три года назад внедрили цистэктомию с ортопической цистоилеопластикой. Подобные операции, когда пациенту при удалении мочевого пузыря проводится кишечная пластика, и он ведет нормальный образ жизни как полноценный здоровый человек, не делают ни в Вологде, ни в Костроме – нигде у ближайших соседей. Они и в России-то внедрены не так давно. В ЯОКБ мы проводим до 15 таких операций в год. Освоили мы и малоинвазивные операции при недержании мочи у женщин (TVT или TOT). Петлевая пластика длится 30 минут под местной анестезией, для нее используются синтетические сетки и специальные направляющие иглы. Импортные наборы для петлевой пластики стоят от 15000 рублей. Мы направляющие иглы сделали самостоятельно, а сетки позаимствовали у хирургов,

и для наших пациенток набор для пластики теперь бесплатный. К сожалению, женщин, решающихся на такую операцию, гораздо меньше, чем страдающих недержанием мочи. 40% женщин старше 50 лет имеют такое заболевание, а к нам обращаются и, следовательно, признают свой недуг только 15%. При повреждениях мочевого пузыря или мочеточника совместно с гинекологами отделения ЯОКБ «Брак и семья» проводится раннее восстановление повреждений с использованием лапароскопии и дренированием мочевых путей. При аномалиях почек и мочеточников широко используются пластические и реконструктивные операции. Ярославская область практически не направляет в Федеральные клиники больных с пузырно-влагалищными свищами – с успехом оперируем сами, как правило, трансвагинальным способом. Значительно увеличилось количество резекций почки при опухолях. По большому счету мы не делаем только пересадку почки, а все остальное, самые современные и высокотехнологичные, малотравматичные операции – пожалуйста. 

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

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

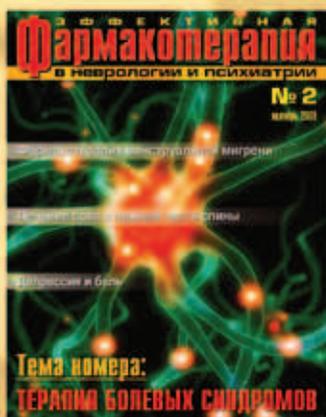
4. Центр корпоративного обучения и консалтинга: проведение бизнес-тренингов, мастер-классов для сотрудников аптек, косметических центров, фармацевтических компаний в Москве, Санкт-Петербурге, регионах России. Учебные центры в Краснодаре, Екатеринбурге, Ростове-на-Дону, Нижнем Новгороде.

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



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

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



Витапрост® Форте

Новое слово в лечении ДГПЖ

- Клинические исследования показали, что применение Витапрост® Форте снижает уровень инфравезикальной обструкции у больных с ДГПЖ¹
- Витапрост® Форте достоверно уменьшает выраженность обструктивной и ирритативной симптоматики при ДГПЖ¹
- Положительные изменения исследуемых параметров сохранялись даже после отмены Витапроста® Форте в течение всего периода наблюдения



1. Лопаткин Н.А., Камалов А.А., Дорофеев С.Д., Ефремов Е.А., Мельник Я.И., Охоботов Д.А. Сравнительное рандомизированное плацебоконтролируемое клиническое исследование эффективности и безопасности препарата Витапрост Форте у пациентов с ДГПЖ/ФГУ НИИ Урологии РФ//Журнал «Урология», №3,2007.

✓ Современный корректор уродинамики, не обладающий побочными эффектами и обладающий эффектом последействия.

STADA
C I S

Простамол® Уно

extr. Serenoa repens

1 КАПСУЛА в день

2 ПОКАЗАНИЯ

- гиперплазия простаты
- хронический простатит

3 МЕСЯЦА
— рекомендуемый курс терапии*



Одобрено
Российским обществом
урологов



**Патогенетическое
действие**

**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

15162, Москва, ул. Шаболовка, дом 31, строение Б.
Тел.: (495) 7850100, факс: (495) 7850101. <http://www.berlin-chemie.ru>

Рег. уд. П. 012255 / 01-2005

*Аллев. Ю. Г. и соавт. // Урология. 2007. № 2