

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

1
2011

урология

Люди. События. Даты

V Всероссийская научно-практическая конференция
«Рациональная фармакотерапия в урологии 2011»

Т.С. Перепанова: Урологическая инфекция – общемедицинская проблема

Клиническая эффективность

Антимикробная терапия острого цистита

Современные тенденции фармакотерапии эректильной дисфункции

Расстройства мочеиспускания после ТУР ДГПЖ



Хронический
бронхит



Острый
синусит

Острый
ЦИСТИТ
Простатит



Лекарственно-
устойчивый
туберкулёз



Раневая
инфекция

Пневмония



 **ТАВАНИК®**
(левофлоксацин)

оригинальный фторхинолон для эффективной терапии
широкого круга инфекций

реклама

sanofi aventis
Деловое — здоровое

Представительство акционерного общества «Санofi-авентис груп» (Франция).
Адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2. Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11. www.sanofi-aventis.ru

Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению.

RU.LEV.10.12.08

Директор Издательского дома
группы компаний «Медфорум»
А. СИНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Директор отдела рекламы
В. ВОЙЛАКОВ
(med@webmed.ru)

Редакция журнала:
выпускающий редактор
А. ЗИМЕНКОВА
медицинский редактор Л. ГОЛОВИНА
пишущий редактор Н. ТОКАРЕВА
ответственный секретарь
И. РЕПИНА
корректор М. БАШИРОВА
набор Е. ВИНОГРАДОВА
дизайнер А. СУШКОВА
фотосъемка М. БАЛТАБАЕВ,
А. ШАНИН, Д. ЖДАНОВИЧ
подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА
(podpiska@webmed.ru)

Редакционный совет:
Ю.Г. АЛЯЕВ, О.И. АПОЛИХИН,
В.В. БОРИСОВ, А.З. ВИНАРОВ,
С.П. ДАРЕНКОВ, А.А. КАМАЛОВ,
В.А. КОВАЛЕВ, М.И. КОГАН,
С.Ю. КАЛИНЧЕНКО, Р.С. КОЗЛОВ,
Б.К. КОМЯКОВ, К.Л. ЛОКШИН,
Н.А. ЛОПАТКИН, О.Б. ЛОРАН,
А.М. МИЛЛЕР, А.Г. МАРТОВ,
Т.С. ПЕРЕПАНОВА, С.Б. ПЕТРОВ,
Д.Ю. ПУШКАРЬ, В.В. РАФАЛЬСКИЙ,
И.В. ЧЕРНЫШЕВ

Издательский дом
группы компаний «Медфорум»:
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Отпечатано
в ООО «Немецкая фабрика печати»
Тираж: 8 500 экз.

Редакция не несет ответственности за содержание
рекламных материалов. Любое воспроизведение
материалов и их фрагментов возможно только
с письменного разрешения редакции журнала.
Мнение редакции может не совпадать
с мнением авторов.

Содержание

Люди. События. Даты

V Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии 2011». Очевидные угрозы невидимой опасности	2
Новые возможности в терапии рака предстательной железы	6
V конгресс Российского общества онкоурологов (РООУ) Обмен опытом – это важно	7
Medicus medico amicus est	8
Новости компаний Счастье и полнота жизни	11

Клиническая эффективность

П.В. ГЛЫБОЧКО, Ю.Г. АЛЯЕВ, Т.Г. МАРКОСЯН, С.С. НИКИТИН, В.А. ГРИГОРЯН. Диагностика и медикаментозная терапия нейрогенных расстройств мочеиспускания	12
К.Л. ЛОКШИН. Диагностика и лечение острых неосложненных инфекций нижних и верхних мочевых путей (цистита и пиелонефрита) у женщин репродуктивного возраста	18
В.В. РАФАЛЬСКИЙ, В.В. ГАЛКИН, Е.В. ДОВГАНЬ. Антимикробная терапия острого цистита в условиях роста антибиотикорезистентности уропатогенов к фторхинолонам	22
В.П. ЯРОШЕНКО, А.М. МИЛЛЕР. Ирритативные расстройства мочеиспускания после трансуретральной электрорезекции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы	27
А.В. ЗАЙЦЕВ, П.И. РАСНЕР, А.В. ГОВОРОВ, М.А. КУРДЖИЕВ. Современный взгляд на антибактериальную профилактику при трансректальной биопсии предстательной железы в условиях роста резистентности микроорганизмов	30

Практика уролога

Ю.Г. АЛЯЕВ, Л.М. РАПОПОРТ, Д.Г. ЦАРИЧЕНКО, Л.Ю. ДЕМИДКО. Диагностика и лечение заболеваний простаты	36
В.А. КОВАЛЕВ. 13 лет эры новейшей фармакотерапии эректильной дисфункции. Эволюция клинического подхода	40
Литература	44

Медицинский форум

II Урологическая конференция. Актуальные вопросы урологии	48
Междисциплинарные аспекты взаимодействия акушеров-гинекологов, урологов и венерологов. Репродуктивное здоровье: на стыке трех специальностей	50
Формула здоровья мужчины. Как вернуть или сохранить мужскую силу. Берегите мужчин!	52
Круглый стол «Смерть или жизнь на диализе и после трансплантации органов». «Право на жизнь»	56
Конференция Лиги пациентов по раку почки. Врачи и пациенты «играют» в одной лиге	58
В сети	60
Страницы истории	62



Очевидные угрозы невидимой опасности



В Центральном Доме ученых РАН 10-11 февраля 2011 года состоится V Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии 2011». Наш корреспондент встретился с одним из организаторов конференции – профессором, доктором медицинских наук, заведующей отделом инфекционно-воспалительных заболеваний ФГУ «НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ» Тамарой Сергеевной Перепановой.

– В последние годы в нашей стране проводится значительное количество различных научных, практических конференций, конгрессов, симпозиумов. Какое, на ваш взгляд, место среди них занимает ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии»?

– Необходимость проведения конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии», очевидна. Во-первых, у фармацевтического рынка свои законы, и он далеко не всегда предлагает нам лекарственные средства, которые всесторонне изучены в соответствии с принципами доказательной медицины. Поэтому врач должен ориентироваться в актуальных отечественных и зарубежных исследованиях, для чего необходимо иметь доступ в специальные электронные базы данных, которые, как правило, платные. Во-вторых, чтобы иметь возможность регулярно знакомиться с серьезными аналитическими статьями в специализированных изданиях, надо быть членом международных профессиональных обществ. В-третьих, давно доказано – чтобы быть в курсе современных тенденций, врачу необходимо прочитывать не менее 19 научных статей в неделю. Однако надо помнить, что урология – это хирургическая специальность, а у врачей, которые постоянно оперируют, выхаживают тяжелых больных, нет возможности достаточно времени уделять чтению специальной литературы, поиску статей, систематических обзоров, анализу полученной информации. Поэ-



«Рациональная фармакотерапия в урологии 2011»

тому организаторы конференции (в соответствии с ее целями и задачами) решили помочь нашим специалистам значительно сэкономить время, аккумулируя в программах все самые актуальные аспекты лекарственной терапии урологических заболеваний и приглашая для их освещения общепризнанных авторитетных докладчиков.

– Какие темы, вынесенные на обсуждении в этом году, по Вашему мнению, наиболее интересны?

– Прежде всего, это проблема лечения инфекционно-воспалительных урологических заболеваний в современных условиях. Микроорганизмы – возбудители мочевой инфекции изменили не только антимикробную устойчивость, но и свою вирулентность и патогенность, т. е. способность вызывать инфекционное урологическое заболевание. Будет обсуждаться проблема выбора наиболее эффективного антибиотика; лечение заболевания, а не «подозрения на инфекцию» или «на всякий случай». Будет блок вопросов, посвященный инфекциям, передаваемым половым путем (хламидийной и микоплазменной), по которым выступит профессор М.А. Гомберг. Об инфекциях мочевых путей в специальных группах пациентов и безопасности лекарственных средств у беременных расскажет известный клинический фармаколог, профессор Е.А. Ушкалова (руководитель научно-аналитического отдела Федерального центра мониторинга безопасности лекарственных средств). Для многих врачей интересным будет доклад профессора кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО Л.А. Синяковой «Острый пиелонефрит у беременных». Стоит подчеркнуть особенность нашей конференции: все представленные на ней доклады основаны только на самых последних российских ис-

следованиях, проведенных по принципам доказательной медицины. Для участия в конференции приглашены ведущие отечественные специалисты: микробиологи, урологи, клинические фармакологи, профессора ведущих вузов страны. Думаю, что конференция должна вызвать широкий интерес, потому что программа долго продумывалась организаторами и, с точки зрения специалистов, составлена очень интересно.

– В программе конференции заявлены не только отечественные, но и зарубежные специалисты.

– Не в первый раз приедет в Москву вице-президент международного общества по антимикробной химиотерапии Курт Набер. Он выступит с докладом по новой классификации мочевой инфекции, уже одобренной международными экспертами и Обществом инфекции в урологии Европейской урологической ассоциации. Представляемая классификация новая, возможно, несколько громоздкая, но, безусловно, подлежит всестороннему обсуждению. Мы заранее разместили на сайте института урологии и российского общества урологов www.uro.ru выборочные слайды из его доклада и пригласили всех участвовать в дискуссии как в интернете, так и на самой конференции. И мы обязательно зададим профессору Наберу возникшие вопросы и озвучим мнение российских урологов.

Известный американский профессор Томас Хутон расскажет о применении карбопенемов – высоко эффективных препаратов, раньше входивших в группы резерва. Сегодня эти препараты стоят на первом месте по чувствительности к ним грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, и в тяжелых случаях острого пиелонефрита, уросепсиса, необходимо сразу начинать лечение карбопенемами.

Приглашен профессор Михаэль Попп из Германии, очень авторитетный специалист по фитотонингу, т. е. научно обоснованному применению растительных препаратов. Он будет у нас читать доклад по фитотерапии с позиции доказательной медицины и практики. К слову, причину появления этой темы в нашей программе лучше всего объясняет сам профессор Попп. Он подчеркивает, что даже при отсутствии компенсаций со стороны медицинских страховых компаний, все большее число пациентов, врачей и фармацевтов с возрастающим доверием относится к исцеляющим силам природных растительных препаратов, которые, в отличие от синтетических лекарственных средств, обладают гораздо меньшим числом побочных эффектов.

– На конференции запланировано представление нового Международного руководства по урогенитальной инфекции. Расскажите, пожалуйста, о нем.

– В 2008 г. Общество инфекций в урологии (ESIU) Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology – EAU), членами и международными экспертами которого мы также являемся, пригласило экспертов для подготовки Международного руководства по урогенитальной инфекции. От России туда вошли директор НИИ урологии, профессор О.И. Аполихин и я. Работа над руководством была серьезной, длительной и скрупулезной и требовала от каждого глубоких знаний, причем не только практических, но и теоретических – в области микробиологии, патофизиологии, антимикробной химиотерапии, иммунологии. Каждый из экспертов собирал всю значимую и интересную информацию по международным базам данных (обязательно давал библиографическую и электронную ссылку, чтобы их можно было проверить), обрабатывал ее. Затем мы

урология



V Всероссийская научно-практическая конференция

встречались, обсуждали, добавляли, правили. Не знаю, как другие, но свою главу я переделывала раз пять. Но наши труды были не напрасными: Руководство получилось очень полным и серьезным, и построено оно, конечно же, на принципах доказательной медицины.

– В рамках конференции запланирована и расширенная встреча Проблемной комиссии по инфекции мочевых путей и мочеполовых органов Научного совета по «Уронефрологии» МЗ СР РФ и РАМН с главными урологами регионов. Какова ее проблематика?

– Действительно, на нашей конференции мы планируем встречу с главными специалистами регионов по проблеме антибиотикорезистентности, по проблеме современных подходов к антимикробной химиотерапии как не осложненной, так и осложненной инфекции мочевых путей. Также планируется обсуждение вопросов стандартизации медицинской помощи. Это будет рабочее совещание, которое, надеюсь, принесет пользу региональному здравоохранению.

– Несмотря на многовековую борьбу медиков с инфекциями, эта тема не закрыта. Сегодня ее обсуждают уже не только инфекционисты, но и врачи иных специальностей. На конференции этой проблеме уделено достаточно много времени.

– Первый день конференции, действительно, посвящен инфекциям мочевых путей (а второй – различным аспектам медикаментозной терапии в урологии). К сожалению, сегодня это чрезвычайно актуально, поскольку микробы меняют свои свойства, активно защищаются от антибиотиков, антисептиков. Наши нынешние проблемы – это следствие повального применения антибиотиков, не только в медицине, но и в сельском хозяйстве и в животноводстве. Битва

за урожай уже немыслима без антибактериальных препаратов, в животноводстве ими кормят скот. Ежедневно с пищей здоровые люди могут получать антибиотикорезистентные штаммы возбудителей инфекции, которые способны вызывать инфекционно-воспалительный процесс.

Но есть и другая проблема. В наши дни фармацевтические компании практически не производят новые антибиотики. Нет разработок препаратов с новым механизмом действия, ведутся единичные разработки антимикробных препаратов с новой мишенью действия. Экономически уже не выгодно разрабатывать новые препараты и вести исследовательские работы, так как микробы настолько быстро развивают резистентность к антибиотикам, что производители просто не успевают окупать свои расходы. Нам необходимо сохранить имеющиеся препараты, к которым некоторые микроорганизмы уже развили устойчивость, использовать их грамотно, так, чтобы они успевали проявить свою эффективность.

Формирование антибактериальной устойчивости, конечно же, естественная способность микроорганизмов. Поэтому полное предотвращение и элиминация устойчивости к антибактериальным препаратам в принципе невозможны. Тем не менее, есть достаточно широкие возможности стратегии борьбы с резистентностью, направленные на сдерживание ее формирования. Это прежде всего оптимизация схем терапии. Это еще один важный аспект, который также будет обсуждаться на конференции. Современное знание фармакокинетики и фармакодинамики позволяет нам применять даже хорошо известные антимикробные препараты против резистентных, т. е. устойчивых штаммов микроорганизмов. Речь идет о специальных мерах: о новых способах дозирования –

большие дозы антибиотиков, вводимые в течение длительного времени.

– Какова специфика инфекций в урологии?

– В урологии проблема инфекции стоит особенно остро. Она уже приобретает социальное значение. Дело в том, что на сегодняшний день возбудитель мочевой инфекции – уропатогенная кишечная палочка – становится переносчиком генов резистентности и передает их возбудителям других инфекций (вызывающих пневмонию, инфекцию гениталий у женщин, раневую инфекцию и пр.), благодаря чему они становятся устойчивыми к антибиотикам. «Наша», урологическая, инфекция становится общемедицинской проблемой. Поэтому, казалось бы, узкоспециальная конференция, нацеленная на повышение профессионального уровня урологов, имеет огромное значение и для других врачей-специалистов.

Ситуация усугубляется тем, что в урологии, как известно, широко применяется дренирование мочевых путей. Нефростомические, цистостомические дренажи, мочеточниковые катетеры и т. д., а еще есть протезы, сфинктеры и другие инородные тела – все они быстро колонизируются микроорганизмами. У нас практически каждая операция заканчивается установкой того или иного катетера или дренажа: нефростомический дренаж в почку, уретральный катетер – в мочевой пузырь, самоудерживающиеся катетеры типа «Стент» – и в почку, и в мочевой пузырь. Микроорганизмы их начинают атаковать практически с первых часов внедрения, а через неделю они уже все заселены микробами. И я еще не сказала о камнях, других инородных телах в мочевых путях, которые тоже становятся очагами хронической инфекции в организме, что также требует антибактериальной профилактики. Понятно,



«Рациональная фармакотерапия в урологии 2011»

насколько важно грамотно вести таких больных. Кстати, об угрозах катетер-ассоциированной инфекции мочевых путей и роли биопленок при урогенитальной инфекции на конференции расскажет профессор из Венгрии Петер Тенке.

– Тамара Сергеевна, вы автор многих работ по рациональной фармакотерапии в урологии. Расскажите о роли фармакотерапии в урологии, каковы перспективы развития этого направления?

– Роль фармакотерапии и клинических исследований в современной медицине огромна. И урология – не исключение. Конечно, без лекарств мы не можем вылечить больного. Даже при оперативном лечении необходима серьезная эффективная медикаментозная поддержка. Тем более она нужна урологическим больным, которые, как правило, имеют почечную недостаточность, требующую строгого дозирования лекарственных препаратов.

О значении фармакотерапии говорит и тот факт, что в 1998 г. в России была утверждена новая медицинская специальность клинического фармаколога. Уровень подготовки этих специалистов достаточно серьезный. Помимо основ фармакологии, они изучают фармакокинетику, фармакодинамику, фармакоэкономику лекарственных средств. Я сама уролог, но прошла еще и специализацию по клинической фармакологии.

Еще 20 лет назад мы начали работу по созданию формуляра лекарственных средств. Сегодня это обязательное требование для каждой больницы. Создана формулярная комиссия, рассматривающая списки лекарственных препаратов, которые необходимы для лечения урологических больных. Список составляется по принципу доказательных исследований, а перечень антимикробных препаратов – с уче-

том данных микробного пейзажа (бактериологических анализов). На основании материалов, собранных за последние десятилетия, мы корректируем списки лекарственных средств. К примеру, мы будем ограничивать применение цефалоспоринов – по нашим данным, микробы вырабатывают защитные ферменты против β -лактамазы уже более чем в 40-50% случаев, так что необходимо временно ограничить их применение. Это и есть проведение антибактериальной политики.

Более того, отдел воспалительных заболеваний с группами клинической фармакологии и эфферентных методов лечения НИИ урологии проводит ежегодный анализ, оценку финансовых затрат на лекарственные препараты, закупаемые аптекой института. Благодаря работе формулярной комиссии и нашего отдела корректируется формулярный список лекарственных средств. Мы ежедневно консультируем больных в клинике института по поводу рациональной фармакотерапии и рекомендуем начинать с эффективного препарата, который уничтожит микроорганизм, не дав ему возможности развить устойчивость к антибиотику. Кстати, современное медикаментозное лечение очень затратное, сейчас цена одного флакона антибактериального препарата (к примеру, одного из карбопенемов) составляет от 1000–2000 рублей. Приходится заниматься и экономическими проблемами: мы даем регулярный отчет формулярному комитету, готовим анализ для главного врача, директора. Там, где нужны эффективные дорогостоящие препараты, без нашей подписи аптека их не выдает.

– Проводятся ли клинические исследования лекарственных препаратов в вашем институте?

– Наш институт ведет большую работу по клиническим исследованиям различных лекарственных препаратов, в том числе и

антибиотиков, препаратов для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, аденомы простаты, недержания мочи у женщин, нейрогенных мочевых пузырей, онкологии.

Многие отделы нашего НИИ участвуют в международных рандомизированных клинических исследованиях, в российских исследованиях. Мы также инициируем наши собственные исследования, в том числе и для диссертационных работ. Это традиционная практика для института. Так было и когда я работала над докторской диссертацией. Мы тогда создали новый лекарственный препарат, обладающий антисептическим, обезболивающим и антимикробным эффектом (гель Лигентен). Его разрабатывал НИИ урологии совместно с Научным центром по антибиотикам и даже было запущено производство его на заводе «Ферейн». Но, к сожалению, после начала перестройки и смены хозяина предприятия, не заинтересованного в новых лекарственных средствах, выпуск препарата был прекращен. И сегодня в институте сохранен этот подход – недавно мой сотрудник защитил диссертацию, в основе которой было исследование уже известного препарата, но мы предложили его использование по новым показаниям и по новому способу введения. Сейчас мы работаем с НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи по биопленкам на камнях и, надеемся, наши исследования завершатся разработкой нового препарата.

Так что в современной медицине медикаментозное лечение по объему ничуть не уступает оперативному лечению. И вот все, что касается медикаментозной терапии, особенно в урологии, мы выносим на обсуждение. В этом, на мой взгляд, особенность конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии».

Беседовала Н.Токарева

Урология



Симпозиум «Международный и междисциплинарный подход к лечению рака предстательной железы»

Новые возможности в терапии рака предстательной железы



Урология

В Москве в начале сентября состоялся российско-немецкий симпозиум «**Международный и междисциплинарный подход к лечению рака предстательной железы**». Благодаря поддержке Департамента здравоохранения Москвы и компании GAZPROM-Germania GmbH, ведущие специалисты России и Германии получили возможность поделиться опытом диагностики и терапии одного из самых распространенных злокачественных заболеваний среди мужчин – **рака предстательной железы**. Участники симпозиума обсудили инновационные методы лечения рака простаты. Гости из Германии представили новое руководство по лечению рака предстательной железы. Организаторы встречи уверены, что российские медики должны иметь возможность опираться в своей практике на самые современные рекомендации экспертов в области онкоурологии, в том числе и немецких. Это расширяет возможности лечения рака предстательной железы на территории России. Не обошлось без дискуссии о скрининге рака предстательной железы. Известно, что успех лечения рака простаты во многом зависит от его своевременного выявления. Но на ранних стадиях это заболевание чаще всего протекает бессимптомно. К сожалению, в нашей стране большинство больных обращаются к урологу только после появления симптомов, когда полное излечение уже невозможно. Система скрининга рака простаты в России еще не налажена, а в Европе программы профилактических обследований мужчин – повседневная практика. Однако подобные массовые обследования имеют как плюсы, так и минусы: гипердиагностика, лечение опухолей, которые никогда не перерастут в заболевание с клиническими проявлениями. Что дает ранняя диагностика и какие методики целесообразны? На первый взгляд эти вопросы кажут-

ся простыми, но споры вокруг них продолжают-ся. Немецкие коллеги рассказали об исследовании HAROW, которое с 2008 г. проводит фонд «Здоровье мужчин». Данная работа поможет определить точные критерии: когда при выявлении рака предстательной железы следует сразу начинать лечение, а когда (если речь идет о медленно растущей опухоли) можно применить выжидательную тактику или метод активного наблюдения. Ранняя диагностика в онкологии имеет принципиальное значение, но не менее важно для достижения наилучших результатов тесное взаимодействие представителей различных специальностей. Именно поэтому на симпозиум были приглашены не только урологи, но и химиотерапевты, радиологи, патоморфологи. Такие междисциплинарные встречи необходимы для укрепления связей в профессиональной среде. Организаторы симпозиума: Департамент здравоохранения г. Москвы, кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО, ГКБ им. С.П. Боткина, немецкий фонд «Мужское здоровье», Союз центров Германии по лечению заболеваний предстательной железы. С докладами выступили руководитель Департамента здравоохранения г. Москвы А.П. Сельцовский, член-корр. РАМН проф. О.Б. Лоран, проф. Е.И. Велиев (кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО, Москва), проф. П. Альтхаус (Евангелическая больница, Берлин), проф. Л. Вайсбах (Фонд мужского здоровья, Берлин), проф. А. Хартманн (Институт патологоанатомии, Эрланген), д-р К. Альбрехт (Клиника лучевой терапии, Нюрнберг), проф. К. Миллер (кафедра урологии Шарите, Берлин), д-р Р. Бергес (Простатацентр, Кельн).

Источник: АБВ-экспо
(официальный организатор симпозиума)



V конгресс российского общества онкоурологов (РООУ)

Обмен опытом – это важно



6-8 октября 2010 года в Москве прошел V Конгресс Российского общества онкоурологов (РООУ).

Более тысячи онкологов, урологов, химиотерапевтов, радиологов из России, СНГ, Европы, США и Канады собрались для обсуждения наиболее актуальных вопросов онкоурологии, обмена информацией о новейших медицинских технологиях и лекарственных препаратах. Открывали V Конгресс президент Российской академии медицинских наук, генеральный директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН, академик РАН и РАМН М.И. Давыдов и президент Российского общества онкоурологов, заведующий отделением урологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина д. м. н., проф. В.Б. Матвеев.

М.И. Давыдов вручил памятные награды специалистам, внесшим особый вклад в развитие Российского общества онкоурологов. Наградные плакетки получили ведущий научный сотрудник отделения онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена, зав. курсом онкоурологии кафедры урологии ФПК медицинских работников РУДН, д. м. н., проф. Б.Я. Алексеев, зав. кафедрой урологии с курсом андрологии Института последипломного медицинского образования Воронежской государственной медицинской академии, главный уролог Воронежской области, д. м. н., проф. В.В. Кузьменко, врач отделения урологии № 1 Владивостокской городской клинической больницы № 2 к. м. н. Г.Н. Алексеева.

Научная программа конгресса затрагивала практически все аспекты современной онкоурологии. Доклады сменялись дискуссиями по спорным вопросам. Нужен ли скрининг рака предстательной железы? Роботические операции при раке простаты: цель оправдывает средства? Последовательная или комбинированная терапия рака почки: «за» и «против». Что предпочтительнее для больных раком предстательной железы группы низкого риска: хирургия, брахитерапия, активное наблюдение?

Существуют ли стандартные подходы к лечению метастатического рака почки? Когда возможно применение малоинвазивных методов лечения рака почки? Что делать в случае рецидивов в процессе лечения рака мочевого пузыря? Дает ли хирургическое лечение местнораспространенного рака мочевого пузыря шанс на излечение больным с метастазами в лимфатических узлах? Эти и многие другие вопросы сопровождалась разбором клинических случаев. Участники заседаний получили возможность обменяться мнениями, получить ответы на вопросы от российских и зарубежных экспертов. По традиции Российское общество онкоурологов представило новые печатные издания. Это «Клинические рекомендации» Европейской ассоциации урологов (2010) – уникальное, впервые переведенное на русский язык в полном объеме руководство по лечению урологических заболеваний, а также карманный «Краткий справочник» Европейской ассоциации урологов – компактное приложение к «Клиническим рекомендациям». Участники конгресса уверены, что рекомендации европейских экспертов, основанные на данных доказательной медицины, могут стать хорошим подспорьем для отечественных специалистов при выборе тактики обследования, терапии и реабилитации пациентов.

Кроме того, для практикующих врачей были подготовлены диски с номограммами – удобный инструмент для наглядного сопоставления различных прогностических факторов при выборе схем лечения больных раком предстательной железы.

В специальном сборнике были выпущены тезисы научных работ. Авторы лучших работ были приглашены для выступления в конкурсной сессии. Победитель конкурса будет награжден поездкой на 26-й Конгресс Европейской урологической ассоциации. 🌟

*Источник: АБВ-экспо
(официальный организатор конгресса)*



Medicus medico amicus est*



Историю российской онкологической урологии невозможно представить без имени Бориса Павловича Матвеева – основателя отечественной школы онкоурологии. А продолжил дело отца, сохраняя славную врачебную династию, Всеволод Борисович Матвеев, нынешний президент Российского общества онкоурологов (РООУ). На V конгрессе РООУ, проходившем 6–8 октября 2010 года в Москве, мы встретились с Всеволодом Борисовичем, который поведал нам о новейших тенденциях и перспективах этой отрасли.

*Врач врачу друг (помощник)



V конгресс Российского общества онкоурологов (РООУ)

– **Всеволод Борисович, хотите отметить хорошую организацию мероприятия. Чем, на ваш взгляд, данный конгресс отличается от предыдущих?**

– Думаю, прежде всего содержанием и тематикой. За последнее время произошли очень серьезные изменения в подходах к лечению рака почки (локализованной и метастатической форм), рака предстательной железы (локализованного, метастатического и гормонорезистентного), а также рака мочевого пузыря. Собственно, главной задачей РООУ был и есть оперативный обмен профессиональным опытом. Не секрет, что информация о наиболее современных и актуальных методах лечения не всегда доступна врачам, а особенно – работающим вне крупных специализированных центров. В наше время медицинские технологии развиваются быстро, разрабатываются новые лечебные подходы, многие из них дискуссионны и требуют подробного обсуждения.

– **В работе форума принимают участие многие иностранные специалисты. Очевидно, сыграли роль и ваши личные профессиональные контакты, членство в Американской и Европейской урологических ассоциациях, стажировка в Королевском колледже хирургов в Англии?**

– Действительно, на V конгрессе присутствует много специалистов из стран СНГ, Европы, из США и Канады. Дело в том, что лечебные подходы европейских и американских специалистов немного отличаются от наших. В чем-то они опережают Россию, в каких-то аспектах мы уже достигли общемирового уровня... Обмен мнениями и опытом очень полезен для специалистов, ведь это позволяет избежать ошибок и неверных выводов, сделанных другими.

Безусловно, мы стремимся поднять уровень отечественной онкоурологии до мировых стандартов. На сегодняшний день многие специалисты из Российского общества онкоурологов являются членами европейских групп, разрабатывающих стандарты для Европы. Мы пытаемся ознакомить с ними как можно больше российских врачей, потому что проверенные практикой медицинские стандарты должны быть едиными для всего мира. Законодателями их являются клиники, имеющие наибольший опыт.

В этом году мы перевели на русский язык сборник «Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов 2010», охватывающий весь спектр проблем, в частности, онкоурологию. Все участники конгресса и члены Российского общества онкоурологов получили эти материалы, а в дополнение – карманный «Краткий справочник уролога» в качестве компактного приложения к клиническим рекомендациям.

Хочется надеяться, что они станут настольной книгой для каждого практикующего врача, поскольку содержат ответы почти на все существующие в современной урологии вопросы. Участники конгресса уверены, что рекомендации европейских экспертов, основанные на данных доказательной медицины, могут стать хорошим подспорьем для отечественных специалистов при выборе тактики обследования, терапии и реабилитации пациентов.

Кроме того, для практикующих врачей были подготовлены диски с номограммами – удобный инструмент для наглядного сопоставления различных прогностических факторов при выборе схем лечения больных раком предстательной железы.

Нельзя не отметить и еще одно отличие нынешнего конгресса. Значительно увеличилось число участников – их стало более тысячи. Все активно участвовали в обсуждениях, в интерактивном голосовании.

– **О каких-либо организационных выводах уже можно говорить?**

– Видимо, надо отметить один важный момент. Сформировалась определенная (и эффективная) система взаимодействия в самой ассоциации: между центральным звеном, сосредоточенным в крупных российских онкоцентрах, и нашими представителями в разных регионах и городах. Ежегодному конгрессу предшествуют регулярные региональные конференции, которые проводит РООУ. Дискуссии, проходящие в рамках этих мероприятий, показывают, насколько вырос профессиональный уровень наших врачей. Мы реально ощущаем плоды своей деятельности.

– **Можете ли Вы уже что-то сказать о результатах этого конгресса?**

– Прежде всего следует отметить, что разработка общих подходов к профилактике, диагностике и лечению онкоурологических заболеваний требует участия врачей различных специальностей – урологов, онкологов, морфологов, радиологов, химиотерапевтов и др. Но столь многопрофильный штат специалистов может позволить себе только очень крупный специализированный центр. Небольшие медицинские учреждения в лучшем случае имеют одного уролога. Я думаю, понятно, как важна для него информация, прозвучавшая в докладах приглашенных нами специалистов. Участники съезда обсуждали наиболее актуальные вопросы онкоурологии, которые еще не освещаются в учебных пособиях, обменивались информацией о новейших медицинских технологиях и лекарственных препаратах. Врачам были представлены методы комбинированного лечения, сложные терапевтические подходы и случаи из практики. Для них не только интересно, но и очень важно обсудить различные проблемы с ведущими специалистами отрасли. В конечном итоге, эти обсуждения способствуют улучшению результатов лечения пациентов во всех медучреждениях, а не только в

УРОЛОГИЯ



V конгресс Российского общества онкоурологов (РООУ)

крупных онкоцентрах, что, в общем-то, и является главной целью проведения всех наших мероприятий.

– Всеволод Борисович, программа конгресса была чрезвычайно насыщенной, пожалуйста, расскажите немного о ней для наших читателей.

– Научная программа конгресса затрагивала практически все аспекты современной онкоурологии. Доклады сменялись дискуссиями по спорным вопросам. Нужен ли скрининг рака предстательной железы? Существуют ли стандартные подходы к лечению неметастатического рака почки? Насколько оправданы роботизированные операции при раке простаты? Эти и многие другие вопросы сопровождались обсуждением клинических случаев. Участники заседаний получили возможность обменяться мнениями, услышать ответы на свои вопросы от российских и зарубежных экспертов.

– Медицинская статистика уже не первое десятилетие констатирует неуклонный рост уровня онкологических заболеваний. А како-

ва сейчас общая ситуация с онкоурологическими заболеваниями?

– К сожалению, ситуация неутешительная. Рост числа онкоурологических патологий наблюдается не только в России, но и во всем мире. В России проблема часто усугубляется еще и отсутствием необходимой технологической базы. Для ранней диагностики онкозаболеваний требуется самое современное лабораторное оборудование, хирургическое лечение также становится все более технологичным. И как бы мы не повышали образовательный ценз наших врачей, если у нас не будет соответствующего медикаментозного и технического обеспечения, мы не сможем лечить наших пациентов в соответствии с требованиями существующих мировых стандартов. К примеру, на этом конгрессе мы обсуждали вопросы роботизированной хирургии (разновидность макроскопической хирургии). Использование современной техники позволяет хирургу в более благоприятных условиях выполнить операцию, что влияет на качество жизни больного в раннем послеоперационном периоде. Понятно, что по-

добный вариант вмешательства весьма и весьма недешев.

Что касается статистики заболеваемости. На сегодняшний день среди онкологических заболеваний лидирует рак предстательной железы, что связано также и с более ранней его выявляемостью. Надо заметить, что ранние стадии онкозаболевания требуют очень квалифицированного подхода, так как способов лечения очень много – это и различные варианты хирургического вмешательства, лучевая и химиотерапия. Врач должен чрезвычайно грамотно, избирательно подходить к лечению каждого пациента, что, к сожалению, не всегда бывает.

– Вот, собственно, мы вновь вернулись к целям и задачам РООУ и конгресса.

– Верно. Мы вносим свою лепту в процесс непрерывного образования наших врачей, и это очень важно, так как медицинская наука и технологии сегодня развиваются с невероятной скоростью. Одним словом, Non progredi est regredi.* *

*Беседовала Яна Соловьева
Источник «ЭФ. Онкология. Гематология. Радиология. 2/2010*

** Не идти вперед значит идти назад.

Справка

Всеволод Борисович Матвеев

Родился в 1967 г. В 1990 г. окончил Первый МГМУ им И.М. Сеченова. В 1994 г. окончил аспирантуру в НИИ Урологии РФ. В 1994–1995 г.г. работал врачом-хирургом отделения хирургической онкоурологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, а в 1995–1997 г.г. – хирургом-урологом лондонской больницы Royal Free Hospital, Великобритания. После возвращения в Россию в 1997 г. работает в РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН, где в настоящее время занимает должность заведующего отделением урологии.

В 1994 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В 2002 г. получил степень доктора медицинских наук, в 2005 г. стал профессором по специальности «Онкология».

Является автором 5 монографий и более 150 публикаций в отечественных и зарубежных журналах.

В.Б. Матвеев – член таких профессиональных организаций, как Московское научное онкологическое общество, Российское общество урологов, Европейская урологическая ассоциация (EAU). С 2007 г. он входит в группу по написанию стандартов лечения EAU. Член Европейской организации по изучению и лечению онкологических заболеваний (EORTC), президент Российского общества онкоурологов, член редколлегий журналов «Онкологический вестник», «Андрология и генитальная хирургия», «Онкоурология», «Вместе против рака».



Arik Shechter

Счастье и полнота жизни

В конце 2010 г. были озвучены результаты исследования «Сексуальное здоровье и общее самочувствие» (Sexual Health and Overall Wellness – SHOW), инициированное компанией Pfizer.

Целью исследования был сбор информации об отношении к проблемам сексуального здоровья жителей девяти стран (Чехия, Венгрия, Польша, Румыния, Словакия, Украина, Россия, Израиль и Турция) и выявление степени влияния сексуального удовлетворения на общее самочувствие и психологическое состояние людей. Только 42% мужчин и 36% женщин из опрошенных заявили, что «полностью/очень удовлетворены» своей сексуальной жизнью. При этом 67% мужчин и 55% женщин отметили, что для них секс «совершенно необходим» или «очень важен». По значимости приоритетов в жизни для мужчин секс стоит на третьем, а у женщин на восьмом месте.

Степень удовлетворенности сексуальной жизнью мужчин в наибольшей степени определяется твердостью эрекции (для женщин – твердостью эрекции у партнера). Этот показатель влияет на удовлетворенность другими элементами сексуальной жизни (способность добиться эрекции и сохранять эрекцию во время полового акта, сдерживать эякуляцию и т. д.). Участники опроса оценивали степень твердости полового члена по шкале твердости эрекции (ШТЭ), которая была разработана ведущими специалистами в урологии и используется уро-

логами всего мира как диагностический инструмент эректильной дисфункции.

В ходе опроса 27% мужчин-респондентов в России ответили, что их эрекция находится на уровне ниже оптимального, среди них:

- 5% - 1-я степень по ШТЭ (пенис становится крупнее, однако не становится твердым);
- 5% – 2-я степень по ШТЭ (пенис становится твердым, однако недостаточно твердым для полового акта);
- 16% – 3-я степень по ШТЭ (пенис достаточно тверд для полового акта, однако не абсолютно тверд).

«Твердость эрекции, несомненно, является важной составляющей сексуального удовлетворения», – отметил Джон Дин, сексолог из Великобритании. – Поскольку при недостаточной твердости эрекции наблюдается снижение удовлетворенности сексом и даже ухудшение общего самочувствия как мужчин, так и их партнеров. Врачи, к сожалению, редко спрашивают об эректильной дисфункции, а пациенты часто не решаются рассказать о проблеме. Очень важно, чтобы при возникновении эректильной дисфункции мужчины обращались к медицинскому специалисту. Лечение эректильной дисфункции должно затраги-

вать не только мужчин с эрекцией 1-й и 2-й степени по Шкале твердости эрекции, но и мужчин с недостаточной твердостью эрекции (3-я степень), способных совершить половой акт».

Российские специалисты согласны с коллегами. «Не более 10% российских мужчин приходят с проблемами эрекции к врачу, однако самостоятельное лечение эректильной дисфункции крайне не желательно, – рассказал главный уролог Минздравсоцразвития Дмитрий Пушкарь, – это не рекомендуют ни российское, ни европейское общества урологов. Самостоятельное и бесконтрольное применение лекарств может повлечь за собой побочные эффекты, опасные для сердечно-сосудистой системы».

Таким образом, сексуальная удовлетворенность напрямую зависит от степени твердости эрекции, а удовлетворенность от секса способствует повышению удовлетворенности от жизни в целом. «Сексуальное удовлетворение является важной составляющей ощущения счастья и полноты жизни, тесно связано с повышением самооценки и успешным построением личных отношений», – отметил доктор Арик Шехтер, семейный врач (Израиль).

По материалам компании Pfizer



Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова^[1]
НИИ общей
патологии и
патофизиологии
РАМН^[2]

Диагностика и медикаментозная терапия нейрогенных расстройств мочеиспускания

Д. м. н., проф. П.В. Глыбочко^[1], д. м. н., проф. Ю.Г. Аляев^[1],

к. м. н. Т.Г. Маркосян^[1], д. м. н. С.С. Никитин^[2], д. м. н. проф. В.А. Григорян^[1]

Нарушениям иннервации и сократительной способности мышц тазового дна придается ведущее значение в возникновении различных патологических состояний – расстройств мочеиспускания, эрекции, функций прямой кишки. Поиск новых подходов к лечению этих заболеваний требует совместных усилий специалистов различных областей. Внедрение нейрофизиологических методов диагностики и лечения в традиционную урологическую практику привело к формированию нового, перспективного направления – нейроурологии. В последние годы опубликованы данные о роли денервации и реиннервации поперечно-полосатых мышечных структур и, в частности, наружных сфинктеров уретры и ануса в развитии недержания мочи. По результатам исследований предложена также унифицированная нейрогенная теория данного заболевания [12]. По некоторым данным, у 20–50% больных недержанием мочи выявляются скрытые денервационные нарушения промежности [16]. В числе прочих возможными причинами хронической тазовой боли и абактериального простатита могут быть повреждения сакрального отдела спинного мозга и пудентального нерва [6, 11, 17].

Введение

Недержание мочи, хроническая задержка мочеиспускания, постоянная ирритативная симптоматика в значительной степени ухудшают результаты оперативного

лечения пациентов с заболеваниями простаты. Частота возникновения недержания мочи после ТУР гиперплазированной простаты, по данным разных авторов, составляет 10–26%, при ра-

дикальной позадилоной простатэктомии – от 18 до 47%. Причинами нарушений мочеиспускания после радикальной простатэктомии могут быть погрешности операции, стриктуры пузырно-уретрального анастомоза, повреждения сфинктера уретры, а также дорсолатеральных сосудисто-нервных пучков [18, 19].

Игольчатая электромиография (ЭМГ) является методом объективного исследования биоэлектрической активности мышц тазового дна. Игольчатая ЭМГ позволяет судить о регенераторных возможностях мышц промежности, в значительной степени определяющих эффективность консервативной терапии, а также выявить органические невропатии, которые могут являться причинами неэффективности хирургического лечения таких заболеваний, как стрессовое недержание мочи.

В отличие от крупных соматических мышц, двигательные элементы тазового дна имеют сравнительно малые размеры и труднодоступны для изучения. На сегодняшний день имеются только единичные сообщения об исследованиях функционального состояния мышц тазового дна, при этом представленные результаты



неоднозначны. Не до конца отрабатана нормативная база для изучения мышц промежности, нет достаточного числа примеров типичных нарушений, позволяющих провести статистическую обработку данных о патологических состояниях мышц при различных расстройствах мочеиспускания.

Время центрального моторного проведения (ВЦМП) – устойчивый и воспроизводимый нейрофизиологический параметр, являющийся показателем проводящей способности кортикоспинального тракта. Расчет ВЦМП производится путем оценки временной разницы вызванных моторных ответов (ВМО) при транскраниальной (ТМС) и сегментарной магнитной стимуляции (СМС). Наименее изучены вопросы проводимости по кортикоспинальному тракту для мышц тазового дна, что не позволяет разработать эффективные лечебные мероприятия в подобных ситуациях.

С появлением в последнее время большого количества новых фармакологических препаратов и альтернативных методов лечения симптомов нижних мочевых путей открываются определенные перспективы в терапии нейрогенных расстройств мочеиспускания. Многие лекарственные средства, помимо воздействия на периферические органы-мишени, обладают также центральными эффектами, не всегда предсказуемыми и желаемыми при лечении пациентов данной категории. Во многих ситуациях терапия нейрогенных расстройств мочеиспускания требует комплексного подхода и динамической замены препаратов в соответствии с особенностями течения заболевания.

Новые методы энергетического воздействия (магнитная и электрическая стимуляция центров мочеиспускания), направленные на стимуляцию центров мочеиспускания, мышц промежности и мочевого пузыря, находятся в стадии разработки, а показания к их использованию требуют дополнительного уточнения. Изу-

Таблица 1. Распределение пациентов по группам и полу

Исследуемые группы	Муж.	Жен.	Всего
Группа контроля	7	7	14
Пациенты с заболеваниями нижних мочевых путей, из них:	26	18	44
Рак простаты (после HIFU-терапии)	5	–	5
Рак простаты (после радикальной простатэктомии)	4	–	4
Гиперплазия простаты (после ТУР)	6	–	6
Хронический простатит	6	–	6
Хронический цистит	–	8	8
Хроническая тазовая боль	4	4	8
Стрессовое недержание мочи	1	6	7

чение особенностей иннервации мышц тазового дна, проводящей способности кортикоспинального тракта, роли скрытых денервационных процессов в патогенезе нейрогенных расстройств мочеиспускания, а также возможности лекарственной терапии при подобных заболеваниях определили интерес к настоящему исследованию.

Материал и методы

С целью получения объективной картины нейрогенных расстройств мышц промежности и разработки нормативной базы нами обследовано 14 здоровых добровольцев, не имеющих заболеваний нижних мочевых путей нейрогенного или воспалительного характера, ранее не подвергавшихся оперативному лечению, а также 44 пациента с заболеваниями нижних мочевых путей, сопровождающиеся расстройствами мочеиспускания. Исследуемые группы были сравнимы по возрасту (средний возраст $37,6 \pm 9,5$ лет) и половому распределению (табл. 1).

Кроме того, нами обследовано 15 пациентов, которые в сроки от 3 до 12 месяцев перенесли операции по поводу заболеваний простаты: ТУР гиперплазированной простаты ($n = 6$), радикальную позадилонную простатэктомию

($n = 4$), ТУР HIFU при раке простаты ($n = 5$). Все обследованные пациенты были не удовлетворены результатами проведенного лечения в связи с имеющимися нарушениями мочеиспускания, снижающими качество жизни.

У всех женщин, участвующих в исследовании, отсутствовали травматические повреждения гениталий, воспалительные заболевания мочевых путей и полового тракта, а степень опущения стенок влагалища была не выше первой. У мужчин с синдромом хронической тазовой боли исключены воспалительные заболевания простаты и нижних мочевых путей. Пациенты, перенесшие лечение по поводу рака простаты, не имели клинического или биохимического рецидива заболевания.

Обследование пациентов включало сбор анамнеза, изучение дневника мочеиспускания, физикальное обследование, а также оценка кожной чувствительности и сакральных рефлексов. Степень нарушения мочеиспускания и качество жизни оценивалось с помощью опросников IPSS QOL. Прокходимость уретры оценивалась с помощью лучевых, эндоскопических, уродинамических исследований.

Игольчатая ЭМГ мышц промежности, формирующих диафрагму таза и участвующих в образо-



Таблица 2. Результаты исследования кортикоспинального тракта и средние величины ПДЕ для *m. puborectalis*: контрольная группа (n = 14)

Пол	Показатель						
	Латентность коркового ВМО, мс	Латентность сегментарного ВМО, мс	Отношение амплитуд ВМО/сВМО	ВЦМП, мс	Асимметрия ВЦМП, мс	Средняя длительность ПДЕ, мс	Средняя амплитуда ПДЕ, мВ
Мужчины (n = 7)	40,8 ± 1,4	22,8 ± 1,2	0,23/0,15	19,6 ± 1,4	0,68 ± 0,8	5,6 ± 1,3	0,36 ± 0,15
Женщины (n = 7)	41,0 ± 1,3	22,7 ± 1,3	0,20/0,14	19,0 ± 1,4	0,7 ± 0,7	6,0 ± 1,2	0,34 ± 0,17

вании замыкательного аппарата уретры, проводилась на миографе Keypoint Workstation (Дания). Были использованы игольчатые электроды той же фирмы с длиной стальной канюли 20 мм и внешним диаметром 0,45 мм. Пропускная способность частот усилителя находилась в интервале от 2 Гц до 10 кГц. Регистрировались величины параметров потенциалов действия мышечных единиц (ПДЕ) – средняя длительность и амплитуда ПДЕ, число полифазных потенциалов, а также наличие/отсутствие спонтанной (денервационной) актив-

ности мышечных волокон (потенциалов фибрилляций и положительных острых волн). Было изучено функциональное состояние наружного сфинктера ануса, *m. levator ani* (*m. puborectalis*, *m. pubococcygeus*, *m. iliococcygeus*), *m. bulbospongiosus*, наружного сфинктера уретры, *m. ischiocavernosus*. ЭМГ проводилась с двух сторон, для оценки симметричности денервационных изменений. Проводимость кортикоспинального тракта оценивалась путем ТМС с регистрацией ВМО мышц конечностей и промежности.

Результаты

В контрольной группе (n = 14) данные основных изучаемых ЭМГ-показателей – латентность коркового и сегментарного ВМО, ВЦМП, средней амплитуды и длительности ПДЕ – находились в пределах нормы. Различий по стороне исследования и по половой принадлежности не отмечено: нормативные показатели не отличаются в мышечных элементах справа и слева (обычно процессы денервации бывают несимметричными с преобладанием стороны поражения). Большинство ПДЕ имеют простую форму

Таблица 3. Показатели мочеиспускания в группе пациентов с заболеваниями нижних мочевых путей (n=44)

Заболевание	Показатель						
	IPSS (баллы)	QOL (баллы)	Объем остат. мочи (мл)	Частота микций за сутки	Q max, ср. ариф. (мл/сек)	Q ave, ср. ариф. (мл/сек)	Постоянное дренир. мочевого пузыря
Рак простаты (после HIFU терапии), n = 5	30 ± 5	5–6	110 ± 46	10–12	8,6 ± 2,1	4,7 ± 2,0	2
Рак простаты (после радикальной простатэктомии), n = 4	21 ± 4	4–5	78 ± 15	6–7	7,4 ± 2,2	3,7 ± 1,5	2
ДГПЖ (после ТУР), n = 6	20 ± 5	3–5	86 ± 27	8–12	10 ± 2,2	5,8 ± 1,8	1
Хронический простатит, n = 6	18 ± 5	2–4	36 ± 15	11–16	16,2 ± 3,4	7,2 ± 1,7	–
Хронический цистит, n = 8	19 ± 5	2–4	–	10–18	21,2 ± 3,4	10,2 ± 1,3	–
Стрессовое недержание мочи, n = 7	18 ± 2	4 ± 6	–	13–20	22,0 ± 4,5	10,2 ± 1,7	–
Хроническая тазовая боль, n = 8	7 ± 2	4–5	43,2 ± 10,5	6–8	24,0 ± 5,6	8,6 ± 2,2	–



Таблица 4. Результаты ТМС и СМС при нарушениях мочеиспускания в группе пациентов с заболеваниями нижних мочевых путей (n = 44)

Заболевание	Показатель			
	Латентность кВМО, мс	Латентность сВМО, мс	ВЦМП, мс	Полифазия кВМО
Рак простаты (после HIFU терапии), n = 5	40,8 ± 1,4	30,8 ± 1,2	19,6 ± 1,4	>N
Рак простаты (после радикальной простатэктомии), n = 4	41,2 ± 1,3	32,6 ± 1,5	19,6 ± 1,4	>N
ДГПЖ (после ТУР), n = 6	41,0 ± 1,3	22,8 ± 1,2	21,2 ± 1,6	-
Хронические воспалительные заболевания нижних мочевых путей, n = 14	45,6 ± 1,6	32,8 ± 1,2	18,2 ± 1,1	>N
Хроническая тазовая боль, n = 8	44,7 ± 1,7	31,8 ± 1,2	19,4 ± 1,8	>N
Стрессовое недержание мочи, n = 7	41,2 ± 1,4	26,8 ± 1,2	21,7 ± 1,8	>N

и представлены трехфазными колебаниями. Полифазия не превышала 5–6%. Результаты исследований для разных мышц были сопоставимы. В таблице 2 приведены изученные параметры для m. puborectalis.

Характеристики мочеиспускания в группе пациентов с заболеваниями нижних мочевых путей (n = 44) представлены на табл. 3. У 5 пациентов мочевого пузыря постоянно дренируется. Необходимо отметить, что у пациентов с отсутствием самостоятельного мочеиспускания при эндоскопических и лучевых исследованиях нарушения проходимости уретры не выявлено.

Анализ результатов ЭМГ у обследованных пациентов показал увеличение средней длительности и снижение амплитуды ПДЕ, а также выраженную полифазия, значительно превосходящую нормативные показатели. У пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей отмечены аналогичные изменения иннервации мышц тазового дна и проводимости кортикоспинального тракта. Наличие высокочастотных, полифазных ПДЕ является признаком

реиннервации. Появление потенциалов фибрилляции и положительных острых волн (ПФ, ПОВ) свидетельствует о спонтанной активности мышечных волокон, то есть денервации.

При ТМС отмечены нарушения проведения по кортикоспинальному тракту. Латентность коркового и сегментарного ВМО увеличена более чем на 10%, ВЦМП удлинено у всех пациентов более чем на 20% при сниженной амплитуде ПДЕ. Результаты нейрофизиологического исследования приведены в таблице 4, 5.

Наиболее значимым показателем при ЭМГ-исследовании оказалась спонтанная активность мышечных волокон и полифазия потенциалов двигательных единиц, свидетельствующие о текущем денервационном процессе. Так, у пациентов, обследованных через 3–6 месяцев после оперативного лечения по поводу опухолевых заболеваний простаты, наличие денервационных изменений можно связать как с неполным восстановлением иннервации после операции, так и воздействием HIFU-терапии на нервно-мышечную передачу. Наименьшие показатели спон-

танной активности отмечены у лиц с ДГПЖ, что говорит об отработанности оперативного вмешательства и малой выраженности травматических осложнений. У пациентов с хронической тазовой болью в большинстве случаев обнаружены изменения ПДЕ и состояния мышечных волокон по невритическому типу, о чем свидетельствует повышение средних значений амплитуды и длительности на фоне текущего денервационно-реиннервационного процесса (ПФ и ПОВ). Дополнительное обследование периферических нервов показало, что в 40% случаев у пациентов с хронической тазовой болью выявляется скрытая полиневропатия в нервах конечностей. Необходимо отметить, что во время предварительного отбора пациенты с вероятным наличием невропатии на фоне метаболических заболеваний (диабет, алкоголизм и др.) были исключены из исследования. Полученные данные послужили поводом для углубленного неврологического обследования, при котором в 6 случаях выявлены органические заболевания поясничного отдела позвоноч-

Урология



Таблица 5. Результаты ЭМГ тазового дна игольчатыми электродами при нарушениях мочеиспускания у пациентов с заболеваниями нижних мочевых путей (n = 44)

Заболевание	Показатель			
	Средняя длительность ПДЕ	Средняя амплитуда ПДЕ	Полифазия	Спонтанная активность (ПФ/ПОВ)
Рак простаты (после HIFU терапии), n=5	7,8 ± 1,8 мс	0,3±+/-0,15 мВ	40-60%	n=5 (1-3)/(1-3)
Рак простаты (после радикальной простатэктомии), n=4	9,7 ± 2,2 мс	0,6 ± 0,2 мВ	50-55%	n=4 (3)/(2)
ДГПЖ (после ТУР), n=6	7,7 ± 1,6 мс	0,5 ± 0,2 мВ	15-20%	n=4 (1)/(2)
Хронические воспалительные заболевания нижних мочевых путей, n=14	7,6 ± 1,5 мс	0,6 ± 0,1 мВ	10-15%	Нет
Хроническая тазовая боль, n=8	10,6 ± 2,8 мс	0,8 ± 0,5 мВ	35-50%	n=4 (3)/(2)
Стрессовое недержание мочи, n=7	9,6 ± 2,5 мс	0,7 ± 0,1 мВ	40-60%	n=5 (4)/(2)

ника, требующие специализированного лечения.

Результаты, полученные у больных недержанием мочи, приближались к таковым у больных с хронической тазовой болью – в большинстве случаев имелись признаки текущего денервационно-реиннервационного процесса. Наименьшие ЭМГ-изменения отмечены у пациентов с хроническими воспалительными изменениями нижних мочевых путей. В исследованных мышцах тазового дна не было выявлено денервационных изменений и существенной перестройки ПДЕ, что свидетельствует об отсутствии значимых изменений на уровне периферических нервов и мышц, а значит, в развитии выявленных нарушений мочеиспускания отсутствует нервно-мышечная составляющая.

В комплексной терапии расстройств мочеиспускания у пациентов вышеуказанных групп при выявлении существенных расстройств иннервации мышц тазового дна и проводимости по кортико-спинальному тракту мы применяли препараты, улучшающие питание нервной ткани. Чаще всего назначались препараты тиоктовой (α-липоевой) кислоты, например Берлитион® 300 в дозировке 600 мг/сутки. Тиоктовая кислота, являясь эндогенным антиоксидантом, помимо

позитивного влияния на нервную ткань, стимулирует липидный и углеводный обмен, оказывает гепатопротекторное, гиполлипидемическое, гипохолестеринемическое и гипогликемическое действие. Препарат назначался однократно внутривенно в течение 1 месяца, затем перорально в течение 3–4 месяцев.

При выявлении преобладающих нарушений нервно-мышечной передачи назначались препараты, улучшающие проведение нервных импульсов, повышающие тонус поперечно-полосатых мышц – калимин, нейромидин в суточной дозировке 40–60 мг. Продолжительность терапии составляла не менее 2 месяцев.

На фоне проводимого лечения у пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу заболеваний простаты, значительно улучшились параметры мочеиспускания, качество жизни больных, уменьшился объем остаточной мочи. У 3 пациентов самостоятельное мочеиспускание восстановилось, что позволило избавить больных от дренажей. У пациентов с хронической тазовой болью выраженность болевых ощущений заметно снизилась.

Заключение

Результаты проведенных нами исследований продемонстрировали





высокую информативность ЭМГ тазового дна, что обосновывает необходимость применения данного метода при обследовании пациентов с различными заболеваниями нижних мочевых путей, сопровождающимися нарушениями мочеиспускания. Следует отметить, что скрытые денервационные изменения мышц тазового дна, участвующих в обеспечении нормального акта мочеиспускания, вне зависимости от этиологической причины выявляются достаточно часто. В понимании возможных причин нарушений мочеиспускания немалое значение имеют также расстройства проводимости по кортико-спинальному тракту. Недооценка нейрогенных причин расстройств мочеиспускания приводит в конечном итоге к неадекватному лечению, поэтому выявляемые денервационные изменения в мышцах дна таза следует учитывать при выборе тактики терапии. При необходимости показано дополнительное углубленное неврологическое обследование. Использование в комплексной терапии препаратов, улучшающих питание и проводящую функцию нервной ткани, таких как препараты α-липоевой кислоты (Берлитион® 300), позволяет в значительной степени улучшить результаты лечения нарушений мочеиспускания как при неврологических, так и при урологических заболеваниях. 🌟

Берлитион® 300

α -липоевая кислота

АНТИОКСИДАНТ НУЖНОГО КАЛИБРА!



-  Восстановление чувствительности нервных волокон*
-  Улучшение иннервации тазовых органов*
-  Нормализация уродинамики*
-  Лечение эректильной дисфункции при сахарном диабете*

Шелов П. А., Гаврилов Б. Р. Коррекция эректильной дисфункции у больных сахарным диабетом // Андрология и генитальная хирургия. 2010. № 2.



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.



Диагностика и лечение острых неосложненных инфекций нижних и верхних мочевых путей (цистита и пиелонефрита) у женщин репродуктивного возраста

Д. м. н., проф. К.Л. Локшин

В клинических рекомендациях Европейской Ассоциация Урологов, обновленных в 2010 году, используется следующая классификация инфекций мочевых путей (ИМП): неосложненная инфекция нижних мочевых путей (острый неосложненный цистит); неосложненная инфекция верхних мочевых путей (острый неосложненный пиелонефрит); осложненная инфекция мочевых путей (с пиелонефритом или без); уросепсис; уретрит; специальные формы: простатит, эпидидимит и орхит. В амбулаторной практике одними из наиболее часто встречающихся ИМП являются острый неосложненный цистит и острый неосложненный пиелонефрит. Эти заболевания обычно диагностируются у женщин репродуктивного возраста, которые не имеют структурных или функциональных нарушений мочевыводящего тракта и почек, а также сопутствующих интеркуррентных заболеваний, способных оказывать негативное влияние на исход воспалительного процесса.

Известен ряд ключевых предрасполагающих факторов развития восходящей ИМП у женщин. К ним относятся:

- анатомо-физиологические особенности женского организма (короткий и широкий мочеиспускательный канал, бли-

зость к естественным резервуарам инфекции – анусу и влагалищу);

- активная половая жизнь;
- сопутствующие гинекологические заболевания, вызывающие изменение нормальной экосистемы влагалища (воспали-

тельные процессы, гормональные нарушения);

- контрацепция спермицидами.
- Диагноз острого неосложненного цистита устанавливают на основании клинических симптомов, данных анализа мочи при отсутствии осложняющих факторов, которые будут перечислены ниже. Клинические проявления острого цистита: боль внизу живота, резь, жжение при мочеиспускании, частое мочеиспускание малыми порциями, помутнение мочи, появление в ней крови и/или субфебрильная температура тела. Подчеркнем, что температура тела выше 38°C не характерна для острого цистита и если она регистрируется, то это связано, как правило, с развитием восходящего острого пиелонефрита. Для лабораторного подтверждения диагноза острого цистита проводят общий анализ мочи (с использованием тест-полосок или методом микроскопии осадка). Культуральное исследование (посев) мочи с определением чувствительности возбудителя при впервые возникшем остром неосложненном цистите не показано. Однако при подозрении на острый пиелонефрит, сохранении или рецидиве симптомов за-



болевание на протяжении 2-4 недель после проведенного лечения и/или при наличии нетипичной симптоматики данное исследование является обязательным (EAU Guidelines, 2010). Микробиологическим критерием диагностики острого неосложненного цистита является наличие 10^3 КОЕ/мл уропатогенов в средней порции мочи.

Острый пиелонефрит клинически проявляется болью в поясничной области, тошнотой и рвотой, фебрильной лихорадкой, болезненностью при пальпации косто-verteбрального угла на стороне поражения (положительный симптом Пастернацкого). При этом также могут быть дизурические явления, характерные для цистита, потрясающий озноб, сменяющийся проливным потом, головные боли в лобной области, боли в мышцах и суставах. Обязательными лабораторными методами обследования для подтверждения диагноза острого пиелонефрита являются общий анализ мочи (с использованием тест-полосок или методом микроскопии осадка) и посев мочи: диагностический критерий – наличие 10^4 КОЕ/мл уропатогенов в средней порции мочи. Из лучевых методов исследования при подозрении на острый пиелонефрит обязательно ультразвуковое исследование почек, основной целью которого является исключение обструкции и/или конкрементов в мочевых путях. Спиральная компьютерная томография (с контрастированием), экскреторная урография и/или изотопное исследование почек (с ДМСА) должны проводиться больным при сохранении симптоматики более 72 часов с момента начала адекватной терапии.

Необходимо отметить, что есть категории больных, у которых инфекция мочевых путей априори должна расцениваться как *осложненная* и, соответственно, к этим пациентам неприменимы диагностические и лечебные действия, показанные при «банальных» неосложненных ИМП. Так, осложненной инфекция мочевых путей считается у пожилых лю-

дей, пациентов мужского пола и у беременных. Помимо этого, в соответствии с клиническими рекомендациями Европейской Ассоциации Урологов, инфекция мочевыводящих путей считается осложненной при наличии:

- обструкции мочевых путей;
- камней в мочевых путях;
- аномалий мочевых путей;
- пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- госпитальной инфекции;
- вмешательств на мочевых путях в анамнезе;
- катетера или дренажа в мочевых путях;
- трансплантированной почки;
- азотемии;
- сахарного диабета;
- иммуносупрессивного состояния.

Продолжительность симптомов на момент консультации > 7 дней и неэффективность адекватной антибиотикотерапии > 72 часов также требует отнесения заболевания к разряду осложненных.

Для подбора оптимальной эмпирической терапии неосложненных (внебольничных) инфекций мочевых путей чрезвычайно важно знать характеристики их возбудителей в конкретной местности. С этой целью в настоящее время в мире регулярно проводятся многоцентровые клинические исследования. Так, крупнейшее международное исследование ECO-SENS (n = 4 734, 252 клиники в 16 странах Европы и в Канаде), закончившееся в 2003 году (G. Kahlmeter, 2003), позволило выявить следующие закономерности:

- у 77,7% пациенток инфекция мочевых путей была вызвана *Escherichia coli*, у 5,2% – *Proteus mirabilis*, у 2,8% – *Klebsiella spp.*, у 3,9% – другими представителями семейства *Enterobacteriaceae*, у 4,6% – *Staphylococcus saprophyticus* и у 5,8% пациенток – прочими микроорганизмами;
- отсутствие чувствительности к ампициллину имело место в 29,8% случаев, сульфаметоксозолу – в 29,1% наблюдений и триметоприму – у 14,8% выделенных штаммов микроорганизмов;

- устойчивость штаммов *E.coli* к ципрофлоксацину, ко-амоксиклаву, нитрофурантоину, гентамицину и фосфомицину триметамолу была отмечена менее, чем у 3% пациентов.

В России под руководством проф. Л. Страчунского и проф. В. Ра-

Данные проведенных исследований свидетельствуют о том, что в последние годы возросла распространенность уропатогенных штаммов E.coli., устойчивых к широко используемым в настоящее время антибактериальным препаратам. Необходимо помнить, что прием антибактериального препарата нецелесообразен в связи с недостаточной эффективностью при резистентности к нему в популяции более 10-20% штаммов микроорганизмов.

фальского были проведены и продолжают проводиться аналогичные исследования – УТИАР I (1998-1999), УТИАР II (2000-2001), УТИАР III (2004-2005). В результате данных исследований установлено, что на территории РФ:

- острый цистит в 85,9% наблюдений вызывала *Escherichia coli*, до 6,0% – *Klebsiella spp.*, до 1,8% – *Proteus spp.*, до 1,6% – *Staphylococcus saprophyticus*, в 1,2% – *Pseudomonas aeruginosa* и др.
- штаммы *Escherichia coli*, устойчивые к ампициллину, встречаются в 22,7–44% случаев, котримоксазолу-1 – 6,2–26,9%, нитроксолину – 6,8–7,9%.
- устойчивость штаммов *E.coli* к норфлоксацину, ципрофлоксацину и нитрофурантоину была отмечена менее, чем у 3% больных острым циститом.

Данные проведенных исследований свидетельствуют о том, что в последние годы возросла распространенность уропатогенных штаммов *E.coli.*, устойчивых к широко используемым в насто-



ящее время антибактериальным препаратам. Необходимо помнить, что прием антибактериального препарата нецелесообразен в связи с недостаточной эффективностью при резистентности к нему в популяции более 10-20% штаммов микроорганизмов. Выбор антибиотика для эмпириче-

фекции нижних мочевых путей) у женщин наиболее предпочтительна антибиотикотерапия фосфомицина трометамолом (Монуралом) или одним из фторхинолонов: норфлоксацином (Нолицином), левофлоксацином (Таваником, Флексидом), ципрофлоксацином (Ципробаем, Ципринолом), офлоксацином (Офлоксинном) или пefлоксацином (Абакталом). В качестве альтернативной терапии может быть использован нитрофурантоин (Фурадолин), однако длительность терапии при его применении составляет 7 дней. Выбор одного из перечисленных препаратов для эмпирической терапии, по нашему мнению, должен осуществляться не только на основании современных данных о чувствительности возбудителей цистита, но и с учетом способности тех или иных препаратов проникать в ткани. Так, в частности, фосфомицина трометамол создает высокие концентрации в моче и выделяется с ней в неизменном виде, однако не проникает в слизистые мочевых путей, в то время как фторхинолоны обладают способностью накапливаться в уретели. Поскольку основные возбудители цистита способны проникать в слизистую мочевых путей, применение фторхинолонов представляется нам предпочтительным при циститах с признаками деструкции тканей (например, при геморрагическом цистите), а также когда пациентка начинает лечение не в первые дни развития воспалительного процесса и, соответственно, существует более высокая вероятность внедрения возбудителей в уретелий.

В соответствии с клиническими рекомендациями Европейской Ассоциации Урологов, антибиотикотерапию при остром неосложненном цистите следует проводить по одной из следующих схем:

1. Фосфомицина трометамол – 3 г, однократный прием.
2. Норфлоксацин 400 мг 2 раза в день, или левофлоксацин 250 мг 1 раз в день, или ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в день, или офлоксацин 200 мг 2 раза в

день, или пefлоксацин 400 мг 1-2 раза в день – 3 дня.

3. Нитрофурантоин 50 мг 4 раза в день – 7 дней.

Дополнительно к антибиотикотерапии с целью быстрого уменьшения степени выраженности симптомов заболевания при остром цистите целесообразно обильное (2-2,5 литра в сутки) питье и, при наличии боли, назначение анальгетиков (ибупрофен, диклофенак, парацетамол, феназопиридин).

Принципы современной терапии острого пиелонефрита следующие:

- рациональное назначение перорального или парентерального антибиотика;
- использование нестероидных противовоспалительных средств;
- обильное введение в организм жидкости (перорально или внутривенно);
- госпитализация (при пиелонефрите тяжелого течения, сепсисе или осложненном).

Важно отметить, что при выявлении осложненной инфекции мочевыводящих путей обязательной является эрадикация поддающихся коррекции осложняющих факторов. Так, в частности, при остром обструктивном пиелонефрите прежде всего необходимо восстановление оттока мочи из пораженной почки путем катетеризации лоханки или установления пункционной нефростомы.

При неосложненном пиелонефрите (неосложненной инфекции верхних мочевых путей) продолжительность антибиотикотерапии обычно составляет 7-14 дней.

При остром неосложненном пиелонефрите легкой и средней тяжести рекомендуется терапия пероральными фторхинолонами такими, как ципрофлоксацин (Ципробай, Ципринол) или левофлоксацин (Таваник, Флексид). В качестве альтернативы (при распространенности в популяции *E. coli* с бета-лактамазой расширенного спектра менее 10%) могут быть использованы пероральные цефалоспорины 3-го поколения – цефтибутен (Цедекс). Амоксициллина клавуланат (Аугментин,

При неосложненном пиелонефрите тяжелого течения (с тошнотой и рвотой), когда пациент не может принимать препараты перорально, изначально терапия проводится парентеральным антибиотиком одной из перечисленных выше групп. Пациентки с подобным течением пиелонефрита обязательно должны быть госпитализированы и получать инфузионную терапию.

ской терапии определяется следующими факторами:

- спектром чувствительности возбудителей;
- эффективностью препарата по данным клинических исследований;
- переносимостью антимикробного препарата;
- стоимостью;
- доступностью на территории данной страны.

На сегодняшний день доказана адекватность использования короткого курса антибиотикотерапии при лечении острого неосложненного цистита. Установлено, что лечение фторхинолонами (норфлоксацином, ципрофлоксацином, офлоксацином) в течение 3 дней или фосфомицином (однократный прием) является адекватным, а более длительная терапия не имеет никаких преимуществ (K. Naber, 1999).

С учетом представленных выше исследований особенностей возбудителей и в соответствии с клиническими рекомендациями Европейской Ассоциации Урологов при остром неосложненном цистите (остром неосложненной ин-



Амоксиклав) не рекомендуется для эмпирической терапии пиелонефрита. Его применение целесообразно только при выявлении чувствительного грамположительного микроорганизма. В популяциях с высокой (более 10%) резистентностью к фторхинолонам и высокой распространенностью (более 10%) кишечной палочки с бета-лактамазой расширенного спектра (ESBL) исходная эмпирическая терапия до получения результатов посева проводится парентеральным аминогликозидом или карбопенемом.

При неосложненном пиелонефрите тяжелого течения (с тошнотой и рвотой), когда пациент не может принимать препараты перорально, изначально терапия проводится парентеральным антибиотиком одной из перечисленных выше групп. Пациентки с подобным течением пиелонефрита обязательно должны быть госпитализированы и получать инфузионную терапию.

В соответствии с клиническими рекомендациями Европейской Ассоциации Урологов антибиотикотерапию пероральными препаратами следует проводить по одной из следующих схем:

1. Ципрофлоксацин (Ципринол, Ципробай) 500-750 мг 2 раза в день 7-10 дней.
2. Левофлоксацин (Флексид, Таваник) по 500 мг 1 раз в день 7-10 дней или по 750 мг 1 раз в день 5 дней
3. Цефтибутен (Цедекс) по 400 мг 1 раз в день 10 дней
4. Амоксициллина клавуланат 500/125 мг 3 раза в день 14 дней (при грамположительном уропатогене)

Схемы назначения парентеральных препаратов при неосложненных пиелонефритах тяжелого течения следующие:

1. Ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в день.
2. Левофлоксацин 500-750 мг 1 раз в день.
3. Цефтриаксон 1-2 г 1 раза в день.
4. Цефтазидим 1-2 г 3 раза в день.
5. Цефепим 1-2 г 2 раза в день.
6. Гентамицин 5 мг/кг/сут.

7. Амикацин 15 мг/кг/сут.
8. Эртапенем 1 г 1 раз в день.
9. Имипенем/циластатин 0,5/0,5 г 3 раза в день.

10. Меропенем 1 г 3 раза в день. По окончании 1-2-недельного курса антибиотикотерапии острого пиелонефрита в случае сохранения у пациентки каких-либо симптомов показано контрольное бактериологическое исследование мочи.

Больным, перенесшим острую инфекцию нижних или верхних мочевых путей, для поддержания несколько повышенного (2 и более литров в сутки) диуреза целесообразно обильное потребление жидкости. Также благоприятным воздействием обладают некоторые препараты растительного происхождения, которые обладают противовоспалительным, диуретическим, антисептическим действием, например, препарат Канефрон Н (Bionorica, Германия). Уже более 75 лет препарат с успехом применяется в Германии, а теперь и в России. Канефрон Н – комбинированный лекарственный препарат растительного происхождения, который применяется для профилактики рецидивов инфекции мочевых путей, а также на этапе амбулаторного долечивания. После прекращения антибактериальной терапии препарат обеспечивает противовоспалительный эффект. Комплексное действие Канефрона Н способствует снижению персистенции микроорганизмов в мочевых путях, что приводит к увеличению безрецидивного периода.

Выводы

1. Адекватная антибиотикотерапия является краеугольным камнем успешного лечения острых неосложненных инфекций мочевых путей.
2. Формирование резистентности штаммов микроорганизмов к наиболее часто применяемым антибиотикам вынуждает изменить спектр лекарственных средств, применяемых в терапии острого цистита.
3. Фосфомицин, фторхинолоны и нитрофурантоин являются оптимальными антибиотиками

для лечения острой неосложненной инфекции нижних мочевых путей.

4. Фторхинолоны, цефалоспорины 3-го поколения, а в отдельных случаях аминогликозиды и карбопенемы являются препаратами выбора при острых неосложненных пиелонефритах.
5. При тяжелом течении острого неосложненного пиелонефрита показана госпитализация и парентеральная терапия.
6. При выявлении осложненной инфекции мочевыводящих путей обязательна эрадикация поддающихся коррекции осложняющих факторов – при остром обструктивном пиелонефрите первоочередным является дренирование верхних мочевых путей стентом, нефростомой или мочеточниковым катетером.
7. При неосложненных инфекциях мочевых путей в качестве вспомогательной и противо-

Канефрон Н – комбинированный лекарственный препарат растительного происхождения, который применяется в качестве метода профилактики рецидивов инфекции мочевых путей, а также на этапе амбулаторного долечивания. После прекращения антибактериальной терапии препарат обеспечивает противовоспалительный эффект. Комплексное действие Канефрона Н способствует снижению персистенции микроорганизмов в мочевых путях, что приводит к увеличению безрецидивного периода.

рецидивной терапии целесообразно применение растительных лекарственных препаратов (например, Канефрона Н), обладающих диуретическим, противовоспалительным и антисептическим действием. ☺

Литература
← С. 45



ГОУ ВПО Смоленская
государственная
медицинская академия
РОСЗДРАВА^[1]
ОГУЗ Калужская
областная больница^[2]

Антимикробная терапия острого цистита в условиях роста антибиотикорезистентности уропатогенов к фторхинолонам

Д. м. н., проф. В.В. Рафальский^[1], В.В. Галкин^[2], Е.В. Довгань^[1]

Известно, что инфекции мочевыводящих путей (ИМП) занимают второе место по частоте обращений пациентов в амбулаторные лечебные учреждения после инфекций респираторного тракта. Самой распространенной формой ИМП является острый цистит (ОЦ), заболеваемость которым среди женщин 18–40 лет достигает 500–700 случаев на 1000 человек в год [1].

Социально-экономическое значение острого цистита обусловлено не только его широкой распространенностью, но и прямыми и косвенными затратами на лечение, а также снижением качества жизни пациентов. Установлено, что около 15% всех назначений антимикробных препаратов в амбулаторных условиях – это назначения по поводу ИМП [2]. В США ежегодно расходуется более 1 млрд долларов на терапию ИМП [3]. Рациональный выбор антибактериальной терапии во многом определяет эффективность лечения ОЦ, приводит к быстрому исчезновению клинических и лабораторных симптомов заболевания и снижает риск рецидивов цистита в последующем.

Наряду с фармакодинамическими и фармакокинетическими параметрами при выборе препарата для терапии ОЦ важно учитывать не только его стоимость, но и соотношение «затраты/эффективность», а также то обстоятельство, что лечение ОЦ проводят преимущественно в амбулаторных условиях. В связи с этим препарат для лечения данной инфекции должен обладать благоприятным профилем безопасности и выпускаться в пероральной форме. Помимо вышперечисленного, препарат выбора для лечения ОЦ должен иметь удобный режим дозирования для приема 1 или 2 раза в сутки – это позволяет достигать высокой приверженности пациентов к терапии, что является важным фактором ее эффективности.

Одной из отличительных особенностей антимикробных препаратов является изменение их активности с течением времени, обусловленное формированием у микроорганизмов устойчивости к ним. На сегодняшний день во многих странах отмечается рост резистентности уропатогенных микроорганизмов к фторхинолонам – препаратам выбора при лечении ОЦ. Так, по данным различных авторов, в США распространенность фторхинолонрезистентных штаммов уропатогенной *Escherichia coli*, выделенных от амбулаторных пациентов, варьирует в пределах 6,8–25,4%

[4]. В ряде европейских стран наблюдается высокая распространенность штаммов уропатогенной *E.coli*, устойчивых к фторхинолонам, например, в Италии и Великобритании она составляет 11,7% и 9,3%, соответственно [5]. Высокая распространенность фторхинолонрезистентных штаммов уропатогенной *E.coli* зарегистрирована в Индии (31%) и Японии (26,4%) [6]. Тенденция роста резистентности уропатогенов к фторхинолонам, наблюдаемая в зарубежных странах, характерна и для некоторых регионов РФ. В ряде областей Центрального федерального округа к ципрофлоксацину устойчивы 10% выделенных штаммов уропатогенной *E.coli* [7]. В исследовании V. Vorobieva (2007) было показано, что в Архангельской области распространенность фторхинолонрезистентных штаммов уропатогенной *E.coli*, выделенных от амбулаторных пациентов с ИМП, составляет 17% (табл. 1) [8]. Высокий уровень резистентности основных уропатогенных микроорганизмов к фторхинолонам вызывает необходимость поиска альтернативных препаратов для терапии ИМП.

На сегодняшний день одной из перспективных групп антибиотиков для терапии ИМП являются цефалоспорины III поколения, которые обладают высокой активностью в отношении наиболее вероятных возбудителей амбулатор-



ных ИМП – представителей семейства Enterobacteriaceae. Антибиотики данной группы включены в большинство международных и национальных рекомендаций по лечению ИМП, а в ряде случаев они являются препаратами выбора [9]. Значительного роста резистентности внебольничных уропатогенов к цефалоспорином III поколения не наблюдается, в отличие от фторхинолонов. Резистентность уропатогенной *E.coli* к цефиксиму в Европе варьирует в пределах 2,6–4,2% [10]. Низкий уровень резистентности к цефиксиму штаммов уропатогенной *E.coli*, выделенных от пациентов с неосложненными ИМП, был выявлен в исследовании отечественных ученых [7]. Так было показано, что МПК90 (минимальная подавляющая концентрация для 90% бактерий) для цефиксима составила 0,5 мг/л, МПК50 – 0,125 мг/л (табл. 2). Также было установлено, что у пациентов с неосложненными ИМП не выделено ни одного штамма, резистентного к цефиксиму. Доля умеренно резистентных штаммов была низкой и составила 1,1% от общего количества исследованных бактерий (один штамм) (табл. 2). Следует отметить, что наиболее существенной угрозой для широкого применения цефалоспоринов III поколения при лечении ИМП может стать распространение штаммов грамотрицательных бактерий, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра (БЛРС). Обзор данных зарубежной литературы позволяет сделать вывод о невысокой частоте выделения продуцентов БЛРС у пациентов с неосложненными ИМП – от 1,7% в Испании до 7% в Гон-Конге [11]. По данным многоцентрового исследования УТИАР-III (2005 г.), в котором не было выявлено штаммов *E.coli* со сниженной чувствительностью к цефалоспорином II и III поколений, можно судить об отсутствии и крайне невысоком уровне продуцентов БЛРС при внебольничных неосложненных ИМП в России [12]. Правомерность этого заключения подтверждают данные исследования ARESC, в ходе которого установлено, что в настоящее время в Европе распростра-

Таблица 1. Чувствительность уропатогенной *E.coli*, выделенной от пациентов с неосложненными ИМП, к цефалоспорином II-III поколений и фторхинолонам в России

Исследование/год	Препарат	Частота резистентных штаммов, %
УТИАР-III, 2005	ципрофлоксацин	4,8
	цефуроксим	0
V. Vorobieva, 2007	ципрофлоксацин	17
	цефуроксим	13
В.В. Рафальский, 2008	ципрофлоксацин	10
	цефиксим	0
ARESC, 2008	ципрофлоксацин	12,9
	цефуроксим	3,3

ненность штаммов уропатогенной *E.coli*, продуцирующих БЛРС, составляет 1,7% [13].

Рациональный выбор препарата для терапии ИМП не может осуществляться без учета его фармакокинетических особенностей. Прежде всего, он должен обеспечивать высокие концентрации действующего вещества в моче, тканях и органах мочевого тракта [14]. На сегодняшний день количество пероральных препаратов, обладающих приемлемыми фармакокинетическими параметрами, ограничено. Для лечения ИМП наиболее подходящими являются амоксициллин/клавуланат, нитрофурантоин, фторхинолоны с высокой почечной экскрецией (ципро-, офло-, пефло-, левофлоксацин), пероральные цефалоспорины III (цефиксим, цефтибутен), фосфомицина треметамол. В таблице 3 представлены основные фармакокинетические параметры антибиотиков для перорального приема [15].

Из представленных пероральных β-лактамных антибиотиков лишь цефиксим и цефтибутен могут на-

значаться 1 раз в сутки, что в большинстве случаев позволяет достигнуть высокой комплаентности при лечении ИМП. Цефиксим создает высокие концентрации в моче, достигающие 164 мг/л (табл. 4) [16], и обладает наиболее длительным из пероральных цефалоспоринов III поколения периодом полувыведения (3,5 ч); наряду с этим уропатогены *in vitro* сохраняют высокую чувствительность к цефиксиму [7]. Следует отметить, что в серии клинических исследований была продемонстрирована высокая (> 90%) микробиологическая и клиническая эффективность цефиксима, назначаемого в дозе 400 мг 1 раз в сутки при лечении неосложненных ИМП [17].

Рациональный выбор антибиотика для терапии ИМП невозможен без оценки данных клинических исследований. Так, было показано, что наибольшей микробиологической эффективностью в лечении неосложненных ИМП среди β-лактамных антибиотиков обладают цефиксим и ко-амоксиклав (табл. 4).

Таблица 2. Чувствительность штаммов *E.coli*, выделенных от пациентов с неосложненными ИМП в России, 2005-2008 гг.

Антибиотик	МПК50, мг/л	МПК90, мг/л	Ч, %	УР, %	Р, %
Ко-амоксиклав*	4	16	87,9	11,3	0,8
Цефуроксим аксетил*	4	8	87,9	12,1	0
Цефиксим	0,125	0,5	98,9	1,1	0
Цефтибутен*	0,125	0,25	100	0	0
Ципрофлоксацин	0,03	6,4	88,9	1,1	10

Ч – чувствительные, УР – умеренно резистентные, Р – резистентные, МПК90 – минимальная подавляющая концентрация для 90% бактерий, МПК50 – минимальная подавляющая концентрация для 50% бактерий; * – данные получены в 2005 г.

Таблица 3. Основные фармакокинетические параметры пероральных антибиотиков

Препарат	Доза, мг	C _{max} , мг/л	T _{1/2} , ч	Концентрация в моче, мг/л
Ко-амоксиклав	500	5,9	1,3	440
Цефуроксим аксетил	500	8,6	1	н/д
Цефиксим	400	4,8	3,5	164
Цефтибутен	400	17	2,3	249
Ципрофлоксацин	250	1,2	4	>350
Пефлоксацин	400	3,8	6-14	492
Левифлоксацин	250	7,0	6,4-7,4	329
Фосфомицин	3000	26,1	5,7	706
Нитрофурантоин	100	<1	0,3-1	200

Нами проведено сравнение безопасности и эффективности коротких курсов перорального цефалоспоринового цефиксима (Супракс, «Гедеон Рихтер», Венгрия) и ципрофлоксацина (Ципролет, «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд», Индия) при остром неосложненном цистите (ОНЦ). Проведено многоцентровое проспективное рандомизированное исследование, в котором участвовали женщины в возрасте 18-55 лет с клиническими проявлениями ОНЦ и бактериологическим подтверждением инфекции (микробное число > 105 КОЕ/мл). Пациенты, соответствующие критериям включения, были рандомизированы в соотношении 1:1 на две группы. Пациенты 1-й группы получали цефиксим в дозе 400 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней, пациенты 2-й группы – ципрофлоксацин в дозе 250 мг на первом этапе (до проведения промежуточного статистического анализа) и 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней на втором этапе (после проведения промежуточного статистического анализа). На 2-м

(8-й день) и 3-м (28-й день) визите пациентам проводили физикальное исследование, оценивали жалобы, сведения о нежелательных явлениях, выполняли общеклинический и бактериологический анализы мочи. Бактериологическое исследование мочи проводили с использованием тест-системы Uricult Trio™ (Orion Diagnostica, Финляндия).

Всего в исследование было включено 104 пациента, из них 49 рандомизированы в группу 1 (терапия цефиксимом), 55 в группу 2 (терапия ципрофлоксацином). В рамках исследования проводился промежуточный статистический анализ сравнительной бактериологической эффективности изучаемых режимов терапии после достижения популяции включенных пациентов в количестве 42 человек. В ходе этого анализа достоверно установлена более низкая бактериологическая эффективность ципрофлоксацина 250 мг 2 раза в сутки по сравнению с таковой цефиксима 400 мг 1 раз в сутки. Частота эрадикации составила соответственно 55,6% и

100% в группах пациентов, получавших ципрофлоксацин и цефиксим, различия были статистически достоверны ($p < 0,05$). В связи с выявлением низкой микробиологической эффективности терапии ОНЦ ципрофлоксацином в стандартной дозе 250 мг 2 раза в сутки и достоверных различий в ранней микробиологической эффективности препаратов было принято решение увеличить разовую дозу ципрофлоксацина до 500 мг. Выздоровление (полное исчезновение всех симптомов, регистрируемых на 1-м визите, ко 2-му визиту) наблюдалось у 55,1% пациентов 1-й группы (цефиксим 400 мг) и у 37,3% пациентов 2-й группы (ципрофлоксацин 250-500 мг) ($p = 0,96$), а улучшение – в 75,5% и 58,1%, соответственно ($p = 0,08$) (рис. 1).

Эрадикация возбудителя (элиминация возбудителя, выделенного во время 1-го визита, при проведении исследования во время 2-го визита в отсутствии других клинически значимых возбудителей) отмечалась у 95,9% пациентов 1-й группы и 66% пациентов 2-й группы (разница статистически достоверна, $p = 0,0002$) (рис. 2). Отдаленные результаты терапии при бактериологической оценке не различались – стойкий бактериологический ответ у пациенток с эрадикацией возбудителя отмечался в 100% в обеих группах.

В ходе исследования зафиксировано 2 случая нежелательных явлений в виде бактериального вагиноза у пациенток, получавших цефиксим, и 11 случаев в группе пациенток, получавших ципрофлоксацин, – в виде крапивницы, диареи ($n = 7$), бактериального вагиноза ($n = 2$) и пиелонефрита ($p = 0,02$). Реакции, которые исследователи связывают с приемом препарата, послужили причиной отмены ципрофлоксацина (в случае возникновения крапивницы), а также госпитализации пациента в стационар (пиелонефрит).

В нашем исследовании была выявлена неожиданно невысокая микробиологическая эффективность ципрофлоксацина, назначаемого в дозе 250 мг 2 раза в сутки, в лечении ОНЦ – частота эрадикации уропатогенов составила 55,6% против 100% при терапии цефиксимом. В связи с этим после проведения промежуточного статистического

Таблица 4. Основные клинические исследования использования пероральных антимикробных препаратов при неосложненных ИМП

Автор/год	Препарат	Микробиологическая эффективность, %	Ссылка
Raz, 1991		95,7	[18]
Iravani, 1986	Ко-амоксиклав	96	[19]
Hooton, 2005		76	[20]
Williams, 1987	Цефуроксим аксетил	72	[21]
Naber, 1993		80	[22]
Leveinstein, 1986		97–100	[23]
Iravani, 1988	Цефиксим	92	[17]
Asbach, 1991		89,4	[24]
Stein, 1991	Цефтибутен	85	[25]

Супракс

цефксим
капсулы 400 мг №6

ПЕРВЫЙ среди НАДЕЖНЫХ

Доказанная высокая
эффективность при лечении:

- острого и хронического
бронхита
- фарингитов, тонзиллитов,
синуситов
- среднего отита
- инфекций
мочевыводящих путей
- острой гонореи



Пер. уд: П № 013023/01



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949 e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

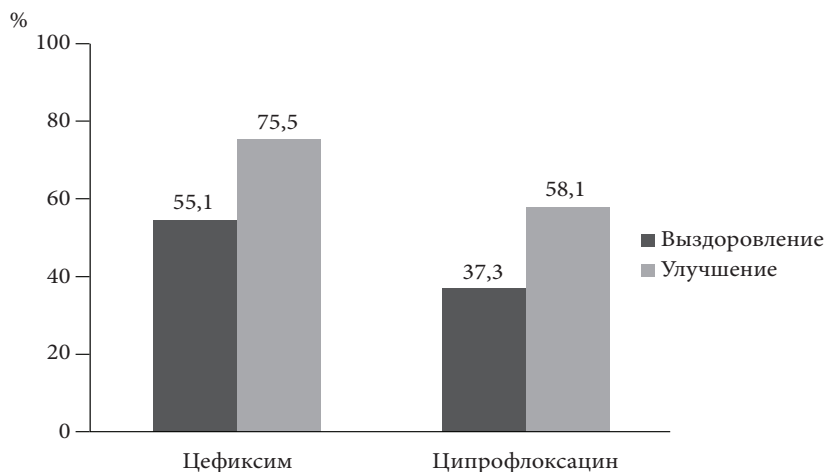
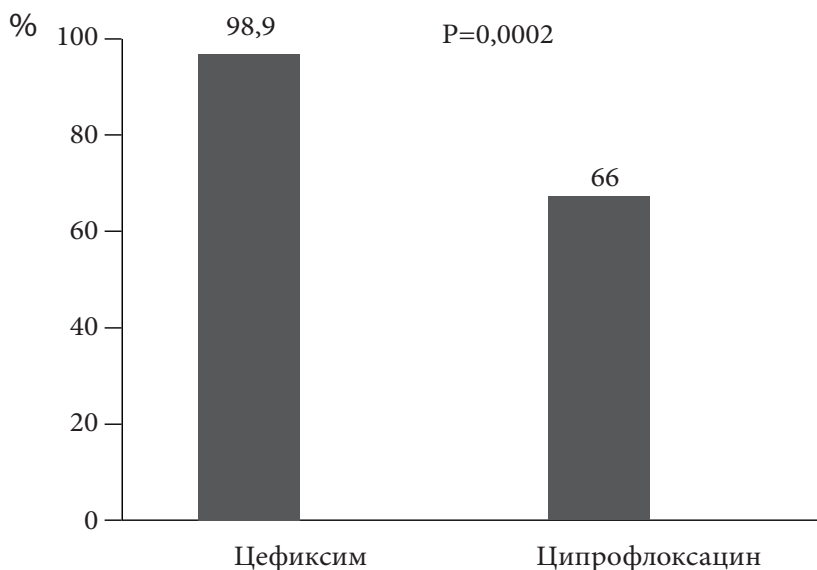


Рисунок 1. Клиническая эффективность цефиксима в дозе 400 мг 1 раз в сутки и ципрофлоксацина в дозе 250-500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней у пациентов с ОНЦ (N=104). P – достоверность «0» гипотезы, критерий χ^2

ческого анализа было принято решение о повышении дозы ципрофлоксацина в два раза. Таким образом, пациенты с рандомизационного номера 43 и далее получали ципрофлоксацин в дозе 500 мг 2 раза в сутки. Длительность курса терапии осталась без изменений. Аналогичные данные о недостаточно высокой эффективности ципрофлоксацина при ИМП были получены в ряде других исследований. В одном из них было показано, что микробиологическая эффективность ципрофлоксацина, назначаемого в дозировке 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 суток, при лече-

нии неосложненной ИМП составляла 78%, что обусловлено высокой частотой встречаемости штаммов фторхинолонорезистентной *E.coli*, выявленной у 59% пациентов [26]. Следует отметить, что в настоящее время чувствительность уропатогенных микроорганизмов к фторхинолонам значительно варьирует в зависимости от региона (от 1,6% в Австрии до 4,2-12,9% в России) [5, 27, 28]. Нельзя исключить, что низкая эффективность ципрофлоксацина в нашем исследовании была обусловлена расширением распространённости уропатогенов, резистентных к фторхинолонам.



Литература
→ С. 44

Рисунок 2. Эрадикация уропатогенных микроорганизмов при приеме цефиксима в дозе 400 мг 1 раз в сутки и ципрофлоксацина в дозе 250-500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней у пациентов с ОНЦ (N=104). P – достоверность «0» гипотезы, критерий χ^2

Необходимо учесть также тот факт, что в большинстве зарубежных исследований, в которых была отмечена высокая эффективность ципрофлоксацина, применялся оригинальный препарат. В нашем исследовании был использован наиболее распространенный в РФ генерик ципрофлоксацина [29]. Хотя формально считается, что оригинальный препарат и генерик (при условии их биоэквивалентности) не должны различаться по своей эффективности и безопасности, такой подход не лишен недостатков. Подтверждением тому являются требования проведения исследований клинической эквивалентности антибиотиков в ряде стран. Строго говоря, делать заключение о низкой эффективности ципрофлоксацина при лечении ОНЦ мы можем только по отношению к препарату конкретного производителя, использованному в нашем исследовании. Нельзя исключить, что эффективность оригинального ципрофлоксацина или генериков других производителей будет отличаться.

Данные о высокой микробиологической эффективности цефиксима, полученные в нашем исследовании, согласуются с результатами зарубежных исследований, в которых было показано, что микробиологическая эффективность цефиксима, назначаемого при неосложненных ИМП в дозировке 400 мг 1 раз в сутки в течение 1–10 дней, варьирует в пределах 89,4–100% [24].

Заключение

В условиях роста устойчивости уропатогенной кишечной палочки к фторхинолонам отмечается снижение бактериологической эффективности ципрофлоксацина при ИМП. Назначение ципрофлоксацина в дозировке 250 и 500 мг 2 раза в сутки позволяет достичь эрадикации только в 55,6% и 66% случаев соответственно. В то же время назначение цефиксима в дозе 400 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней является эффективным и безопасным режимом терапии ОНЦ, позволяющим в 95,9% случаев достичь эрадикации патогена, что сопровождается стойким бактериологическим ответом (отсутствием рецидива и реинфекции на 28-й день после завершения терапии у всех пациентов). 🌀



Ирритативные расстройства мочеиспускания после трансуретральной электрорезекции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

К. м. н. В.П. Ярошенко, к. м. н., доцент А.М. Миллер

Несмотря на появление в последнее время новых фармакологических препаратов, применяемых в терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), до 40% случаев заболевания требуют оперативного лечения [4]. «Золотым стандартом» хирургического лечения данной патологии является трансуретральная электрорезекция (ТУР) ДГПЖ, независимо от размера железы [7]. Как любое оперативное вмешательство, ТУР ДГПЖ имеет ряд осложнений. И.Ф. Новиков и соавт. выделяют интраоперационные осложнения, ранние послеоперационные осложнения (до 9 дней) и поздние осложнения (после 9 дней) [10]. Наряду с развитием инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, у больных, оперированных по поводу ДГПЖ, имеют место и ирритативные расстройства мочеиспускания.

годы при лечении заболеваний предстательной железы стали использовать препараты биологического происхождения – пептиды, выделенные из предстательной железы крупного рогатого скота (например, Витапрост®). Было доказано, что эти препараты оказывают органотропное действие, то есть влияют на процессы дифференцировки в популяции клеток органа, аналогичного органу животного, из которого были выделены. Кроме того, препараты обладают противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом, влияют на показатели гемостаза, усиливают синтез антигистаминовых и антисеротониновых веществ, улучшают микроциркуляцию в пораженном органе [2]. Благодаря особой технологии выделения пептидов нивелируется их молекулярная видоспецифичность, в результате чего препараты лишаются антигенных свойств и связанных с ними побочных эффектов.

В 2008 году на базе урологического отделения ККБ № 1 совместно с компанией «Нижфарм» было проведено исследование применения препарата Витапрост® Форте, суппозитории ректальные 100 мг, в качестве монотерапии у больных с ДГПЖ (результаты исследования опубликованы в журнале «Эффективная фармакотерапия в урологии», 2009). Полученные результаты позволили нам рекомендовать данный препарат для профилактики осложнений после ТУР предстательной железы.

Ю.М. Захматов и соавт. в своей работе «Динамика IPSS после различных видов оперативного лечения ДГПЖ» показывает, что после ТУР ДГПЖ (сравнение проводилось между ТУР предстательной железы, чрезпузырной аденомэктомией и позадилоной аденомэктомией) происходит ухудшение качества мочеиспускания непосредственно после его восстановления за счет сохранения, а иногда и усиления ирритативных симптомов [3], вызванных электротермическим воздействием на рефлексогенную зону задней уретры и шейку мочевого пузыря с форми-

рованием зон некроза и последующей регенерацией тканей. По данным С.Х. Аль-Шукри и И.Н. Ткачук, ирритативные расстройства мочеиспускания встречаются после ТУР в 15-25% случаев [1]. Основными методами лечения пациентов с ДГПЖ и ирритативными расстройствами мочеиспускания в послеоперационном периоде остаются длительные курсы антибактериальной терапии, М-холинолитики, альфа-адреноблокаторы и физиотерапевтические процедуры, которые, к сожалению, не всегда дают положительный результат. В последние

урология

Таблица 1. Характеристика основной и контрольной группы до проведения оперативного лечения

Показатель	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=25)
IPSS, баллы	26,8 + 2,9	27,9 + 3,6
QoL, баллы	4,9 + 0,4	5,1 + 0,6
Объем предстательной железы	49,8 + 6,9	50,6 + 4,8
Объем остаточной мочи	115 + 14,5	120 + 12,5
Q max, мл/сек	9,8 + 2,2	8,7 + 1,9
Q ave, мл/сек	5,2 + 1,8	5,5 + 1,4

Материалы и методы

Основную группу составили 30 пациентов, которые после ТУР предстательной железы получали одновременно с антибактериальными средствами препарат Витапрост® Форте, 100 мг суппозитории ректальные, 1 раз в сутки в течение одного месяца. Препарат назначался после удаления катетера Foley, в среднем на 4–5-е сутки после операции. В контрольную группу вошло 25 пациентов, получавших после ТУР предстательной железы стандартную антибактериальную терапию и при необходимости М-холинолитики. Средний возраст больных основной группы составил 56,5 + 3,6 года, контрольной – 60,5 + 2,9 года, общая характеристика больных приведена в табл. 1.

Литература
→ С. 46

На основании данных обследования (жалобы, анамнез, общеклини-

ческое обследование, УЗИ предстательной железы) у 23 (77%) больных основной группы и у 17 (68%) больных контрольной группы был выявлен хронический простатит, что в последующем подтвердилось при гистологическом исследовании. Все пациенты были прооперированы по стандартной методике ТУР ДППЖ (биполярная резекция предстательной железы). Оперативное лечение проводилось под общей анестезией с использованием биполярного резектоскопа фирмы «Karl Storz», диаметр тубуса 26 Fr по шкале Шарьера.

В послеоперационном периоде пациенты обследовались в динамике на 5-е, 15-е и 35-е сутки. Оценивалась симптоматика ДППЖ с использованием международной шкалы IPSS, качество жизни QoL, частота мочеиспусканий за сутки, интенсивность болевого синдрома по ви-

зуальной аналоговой шкале (ВАШ). Статистическая обработка результатов проводилась в программном статистическом комплексе Statistica for Windows V 6.0 с использованием t-критерия Стьюдента для средних значений. Различие считалось значимым при $p < 0,05$.

Результаты

Назначение биорегуляторных пептидов позволило сократить длительность курса антибактериальной терапии. Основные клинические параметры и их динамика отражены в таблице 2.

Заключение

Результаты нашего исследования показали, что назначение препарата Витапрост® Форте, суппозитории ректальные, в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших ТУР ПЖ, позволяет существенно снизить проявления ирритативных расстройств, способствует более быстрому восстановлению нормального мочеиспускания, улучшает качество жизни пациентов после данного вида оперативного вмешательства. Ни у одного из пациентов, получающих Витапрост® Форте, не было отмечено нежелательных побочных эффектов, что говорит о хорошей переносимости и безопасности препарата. Это позволяет нам рекомендовать данный препарат для применения у пациентов, перенесших ТУР предстательной железы. 🌞

Таблица 2. Динамика клинических проявлений у групп, обследуемых до и после операции

Показатель	Группы обследуемых	До операции	Послеоперационный период		
			Через 5 дней	Через 15 дней	Через 35 дней
IPSS, баллы	Основная	26,8 + 2,9	29,5 + 4,1	15,7 + 2,4	10,5 + 1,4
	Контрольная	27,9 + 3,6	30,5 + 3,9	16,8 + 2,9	13,5 + 1,6
Частота мочеиспусканий/сутки	Основная	11,2 + 1,4	16,5 + 2,6	9,1 + 1,2	5,8 + 0,8
	Контрольная	10,8 + 1,6	17,1 + 2,7	13,6 + 1,9	9,2 + 1,1
QoL, баллы	Основная	4,9 + 0,4	5,6 + 0,3	3,1 + 0,2	2,6 + 0,3
	Контрольная	4,8 + 0,3	5,5 + 0,2	4,4 + 0,4	3,7 + 0,2
Болевой симптом (ВАШ)	Основная	1,6 + 0,3	8,9 + 0,8	3,2 + 0,5	0,9 + 0,2
	Контрольная	1,7 + 0,2	9,1 + 0,9	6,5 + 0,8	2,5 + 0,3

Витапрост® Форте

Новое слово в лечении ДГПЖ

- Снижает уровень инфравезикальной обструкции у больных с ДГПЖ
- Уменьшает выраженность обструктивной и ирритативной симптоматики при ДГПЖ
- Положительные изменения исследуемых параметров сохранялись даже после отмены Витапрост® Форте в течение всего периода наблюдения
- Существенно снижает частоту ирритативных расстройств после ТУР ПЖ способствует более быстрому восстановлению нормального мочеиспускания



1. И.А. Лопаткин, А.А. Камалов, С.Д. Дорощев, Е.А. Ефремов, Я.И. Мельник, Д.А. Охоботов.

Сравнительное рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое исследование эффективности и безопасности препарата Витапрост® Форте у пациентов с ДГПЖ / ФГУ НИИ Урологии РФ // Журнал «Урология», № 3, 2007.

2. В.Г. Гомберг, Ю.Т. Надь. Эффективность применения препарата Витапрост® Форте при доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Санкт-Петербургский городской гериатрический центр

3. С.Х. Аль-Шукри, И.Н. Ткачук. Профилактика ирритативных расстройств мочеиспускания после трансуретральной резекции простаты у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Акад. И.П. Павлова // Журнал «Нефрология» №4, 2008

STADA
C I S

Тел.: (495) 797 31 10,
факс: (495) 797 31 11
www.stada.ru
www.vitamen.ru



Современный взгляд на антибактериальную профилактику при трансректальной биопсии предстательной железы в условиях роста резистентности микроорганизмов

Д. м. н., проф. А.В. Зайцев, к. м. н. П.И. Раснер, к. м. н. А.В. Говоров,
к. м. н. М.А. Курджиев

Рост резистентности микроорганизмов к антибиотикам, наблюдаемый как в амбулаторной практике, так и в стационарах, в настоящее время является серьезной проблемой во всем мире. Уровень резистентности зависит от географического положения региона и пропорциональности применения тех или иных препаратов. Вместе с тем общая тенденция к стремительному повышению этого уровня и появление мультирезистентных микроорганизмов вызывает тревогу у многих специалистов.

Под приобретенной устойчивостью понимают свойство отдельных штаммов бактерий сохранять жизнеспособность при тех концентрациях антибиотиков, которые подавляют основную часть микробной популяции. Возможны ситуации, когда большая часть микробной популяции проявляет приобретенную устойчивость.

Известны несколько биохимических механизмов формирования устойчивости бактерий к антибиотикам:

- модификация мишени действия;
- инактивация антибиотика;
- активное выведение антибиотика из микробной клетки (эффлюкс);
- нарушение проницаемости

внешних структур микробной клетки;

- формирование метаболического «шунта».

Наиболее распространенным механизмом устойчивости микроорганизмов к β -лактамам является их ферментативная инактивация в результате гидролиза одной из связей β -лактамного кольца ферментами β -лактамазами. К настоящему времени описано более 200 таких ферментов. Локализация генов (плазмидная или хромосомная), кодирующих эти ферменты, определяет эпидемиологию резистентности. При плазмидной локализации генов происходит быстрое внутри- и межвидовое распространение резистент-

ности, при хромосомной образуется резистентный клон. В настоящее время наибольшее значение для клинической практики имеют плазмидные β -лактамазы расширенного спектра (БЛРС) грамотрицательных бактерий, поскольку они способны разрушать цефалоспорины III и в меньшей степени IV поколения. Рутинные методы оценки антибиотикоустойчивости очень часто не выявляют этот механизм устойчивости. Чаще всего БЛРС встречаются у микроорганизмов рода *Klebsiella*, достаточно часто у *E.coli* и *Proteus spp.*, реже у других грамотрицательных бактерий. В России в некоторых лечебных учреждениях распространенность БЛРС среди клебсиелл достигает 90% [1]. При нозокомиальных инфекциях, вызванных *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.* и некоторыми другими микроорганизмами, в процессе лечения цефалоспорином III поколения примерно в 20% случаев формируется резистентность к этим антибиотикам, обусловленная гиперпродукцией хромосомных β -лактамаз класса C. В таких ситуациях эффективность сохраняют цефалоспорины IV поколения и карбапенемы. К неблагоприятным тенденциям, наблюдаемым в последнее время, следует отнести иммобилизацию ферментов класса C на плаз-



мидах, что создает реальные предпосылки для их широкого распространения.

Ряд международных организаций констатируют, что спустя всего лишь 70 лет после появления в клинической практике антибиотиков мы можем столкнуться с отсутствием эффективных препаратов для профилактики и лечения различных бактериальных инфекций [2]. В странах Европы уровень резистентности к антибиотикам как грамотрицательных, так и грамположительных микроорганизмов, вызывающих тяжелые инфекционные заболевания и осложнения, достиг 25% и более. Ежегодно в Европе вследствие селекции мультирезистентных штаммов бактерий умирает около 25 000 больных. Общие затраты здравоохранения в связи с распространением таких штаммов составляют не менее 1,5 миллиардов евро.

По мнению ведущих экспертов, развитие резистентности микроорганизмов к антибиотикам первого ряда во многих странах происходит по сценарию «ночного кошмара» [3]. Наглядным примером является ситуация в Испании, где регистрируется самый высокий уровень резистентности микроорганизмов в Европе. Так, в 2003 году резистентность к ципрофлоксацину у *E.coli*, выделенной у больных при посевах крови, наблюдалась в 19% случаев. По данным European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS), в 2007 году уровень резистентности к фторхинолонам в Испании превысил 25%. A. Jimenez-Pacheco et al. представили результаты исследования, продемонстрировавшего наличие у 30 изолятов *E.coli*, продуцирующих БЛРС, резистентности к ципрофлоксацину и левофлоксацину [4]. Методами ПЦР и секвенирования ДНК были выявлены специфические мутации у всех уропатогенов этой группы. Авторы исследования подтвердили возможность формирования у продуцентов БЛРС ассоциированной резистентности к фторхинолонам в результате передачи обоих механизмов через плазмиды. Таким обра-

зом, мультирезистентность повышает вероятность появления в повседневной клинической практике микроорганизмов, обладающих одновременно несколькими механизмами резистентности.

В письме к членам Европейской ассоциации урологов от 7 декабря 2010 г. профессора F.M.E. Wagenlehner и T.E. Bjerklund-Johansen обращают внимание на результаты опубликованного в этом году исследования о появлении новых резистентных штаммов микроорганизмов [5, 6]. В Великобритании, Индии и Пакистане выделены 107 представителей *Enterobacteria*, которые являются источником металло-β-лактамаз 1 расширенного спектра действия (New Delhi metallo-β-lactamase 1; NDM-1) и обладают высокой резистентностью к большинству антибиотиков. Два штамма *Klebsiella*, выделенных в Великобритании проявили резистентность ко всем известным антибиотикам. Эти микроорганизмы, или плазмиды, определяющие резистентность, способны распространяться в разных регионах мира. В то время как сегодня в клинической практике появился ряд новых антибиотиков, действующих на грамположительные бактерии, создание новых препаратов против грамотрицательных патогенов в ближайшем будущем не предвидится, что представляет огромную проблему для урологии. Рациональное применение известных сегодня антибиотиков и оптимизация антимикробной профилактики в урологии имеет большое значение для предотвращения развития серьезных инфекционных осложнений, особенно после высокотехнологичных и малоинвазивных операций. К широко применяемым малоинвазивным вмешательствам в урологии относится, например, трансректальная биопсия предстательной железы (ТРБП) под УЗ-контролем. Рак предстательной железы (РПЖ) является весьма распространенным злокачественным новообразованием у мужчин среднего и пожилого возраста. В структуре онкологических заболеваний в ряде стран РПЖ выхо-

дит на 2–3-е место после рака легкого и желудка, а в США и Швеции – на 1-е место. Россия занимает 2-е место по темпам прироста заболеваемости РПЖ (31,4%). Программы скрининга РПЖ получили широкое распространение после внедрения метода определения простат-специфического антигена (ПСА) в конце 1980-х годов и усовершенствования техники выполнения биопсии простаты. В 2006 году в США выполнено 624 000 трансректальных биопсий простаты с целью ранней диагностики РПЖ. Однако опыт показывает, что до 25% случаев РПЖ не выявляются с помощью биопсии простаты. Нередко пациентам приходится выполнять повторное исследование [7].

Сегодня основным методом верификации рака простаты является трансректальная биопсия простаты (ТРБП) под УЗ-контролем. Вместе с тем существует ряд серьезных осложнений (в особенности инфекционных), связанных с данной процедурой. Характер инфекционных осложнений (13–20%) может варьировать от асимптоматической бактериурии (13–36%), бактериемии (73–100%) и лихорадки (0–48%) до угрожающего жизни сепсиса [8, 9]. По данным литературы, острый бактериальный простатит после ТРБП развивается в 0,1–7% случаев, а уросепсис – в 0,6% [10]. Сообщается также об опасности возникновения эндокардита, обусловленного *Enterococcus faecalis* [11]. Основными возбудителями являются *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterococcus spp.* [12, 13]. Сообщается о выявлении *Bacteroides spp.*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.* и *Clostridium perfringens*, однако уровень анаэробной инфекции остается низким. Наиболее часто в позитивных посевах мочи и крови у пациентов, перенесших ТРБП, выделяется *Escherichia coli*. Осложнения нередко вызваны устойчивыми микроорганизмами, продуцирующими β-лактамазы расширенного спектра действия.

R.K. Nam и соавт. проанализировали результаты ТРБП у 75 190

урология



пациентов, наблюдавшихся в университете г. Торонто (Канада) с 1996 по 2005 гг. У 33 508 (44,6%) пациентов был диагностирован РПЖ. Количество урологических осложнений, отмеченных в течение 30 суток после операции, с 1% в 1996 году возросло до 4,1% в 2005 году. Большинство осложнений (72%) были связаны с развитием мочевого инфекции [14].

Ряд рандомизированных контролируемых исследований (RCTs) свидетельствуют, что профилактическое применение антибиотиков снижает риск развития сепсиса после ТРБП [15, 16]. Aron и соавт. показали, что применение фторхинолонов значительно уменьшает количество инфекционных осложнений после ТРБП по сравнению с плацебо (8% против 25%) [15]. Несмотря на очевидность этого факта, в настоящее время отсутствуют европейские стандартизированные рекомендации по антимикробной профилактике при ТРБП. Выбор антибактериальной профилактики при проведении ТРБП является трудной задачей, и консенсус в определении идеального режима профилактики отсутствует. Даже в одном регионе режимы профилактики могут быть различными. Вместе с тем фторхинолоны включены в большинство протоколов по антимикробной профилактике острого бактериального простатита при выполнении ТРБП, что обусловлено их широким спектром действия, фармакокинетикой, благоприятной биоэквивалентностью и удобным способом применения (перорально).

Опрос, проведенный среди 568 урологов США, показал, что 90,1% из них используют антимикробную профилактику при ТРБП, назначая с этой целью фторхинолоны, при этом в половине случаев профилактика проводится не менее 3 дней [17]. Вопрос о продолжительности профилактики остается открытым: одна доза перед процедурой перорально или внутривенно, следует ли продолжать прием препарата после процедуры и как долго? Не все проведенные исследования подтверждают преимущество пролонгирован-

ной антимикробной профилактики. Существует мнение о необходимости назначения первой дозы препарата за сутки до выполнения ТРБП [18].

Мультицентровое двойное слепое исследование эффективности ципрофлоксацина XR 1000 мг не выявило существенных преимуществ 3-дневного применения препарата по сравнению с однодневным режимом дозирования в профилактике инфекционных осложнений при ТРБП у 497 пациентов [19]. Вместе с тем среди больных, принимавших препарат 1 день, уровень бактериологической неудачи был выше (5,4%), чем при 3-дневном применении (2,1%). Авторы считают, что 3-дневный режим дозирования может играть позитивную роль при профилактике инфекций у пациентов с сахарным диабетом и наличием простатита в анамнезе.

В другом исследовании, проведенном во Франции, авторы проанализировали инфекционные осложнения после ТРБП у 288 пациентов, которым проводилась антимикробная профилактика одной дозой ципрофлоксацина или 3-дневным приемом препарата. Острый бактериальный простатит (ОБП) развивался в одном случае в каждой из групп, у 12 пациентов после процедуры имела место асимптоматическая бактериурия. У пациента с ОБП, получавшего 3-дневную антимикробную профилактику, в посевах мочи была обнаружена *Escherichia coli*, резистентная к ципрофлоксацину. Авторы не выявили клинических различий в группах на 5-й и 21-й день после процедуры и считают достаточной профилактику одной дозой антибиотика [20].

При выборе препарата для антимикробной профилактики очень важным аспектом, который часто недооценивают, являются локальные данные о резистентности микроорганизмов с учетом предшествующей антимикробной терапии. Резистентность уропатогенов к ципрофлоксацину в некоторых центрах Великобритании составляет 20-25%. Другой проблемой является предшествующий прием пациентом этого препара-

та, что было наглядно продемонстрировано в опубликованных недавно клинических наблюдениях. В одном случае перед ТРБП пациент прошел 6-месячный курс лечения ципрофлоксацином по поводу простатита, в другом больной принимал ципрофлоксацин в течение 2 недель при хирургическом вмешательстве за 3 месяца до исследования. Антимикробная профилактика во время ТРБП в первом случае проводилась гентамицином, аугментинном и метронидазолом, во втором – ципрофлоксацином и метронидазолом. У обоих пациентов развились септицемия и озноб, посев крови выявил наличие у них мультирезистентных микроорганизмов, вероятно вследствие длительного приема ципрофлоксацина. Очевидно, что предшествующая антибактериальная терапия является значимым фактором при планировании ТРБП, и в этом случае необходимо сделать существенную корректировку схемы антимикробной профилактики [21, 22].

R. Tal и соавт. выполнили ТРБП 23 пациентам, которым за 2 суток до биопсии была начата антимикробная профилактика. В 69,5% случаев были назначены фторхинолоны (ципрофлоксацин или офлоксацин). Клинические проявления в виде повышения температуры тела до 39° наблюдались у 56,5% пациентов, в 4 случаях развился орхит или орхоэпидидимит. Посев мочи был положительным у 60,8% больных, а посев крови – у 26,1%. Во всех случаях обнаружена *Escherichia coli*, резистентная к фторхинолонам и ко-тримоксазолу [23].

Ряд исследований, представленных на конгрессе Американской ассоциации урологов в 2010 г., продемонстрировал возрастающую частоту развития уросепсиса после ТРБП, обусловленную резистентностью микроорганизмов к антибиотикам. Лихорадка, потребовавшая госпитализации, наблюдалась у 769 пациентов, перенесших 945 ТРБП с 2006 по 2009 гг., при этом уросепсис был диагностирован у 15 (1,6%) пациентов [24]. Во всех случаях перед опера-



Таблица 1. Концентрация в средах организма левофлоксацина 250 мг и ципрофлоксацина 250 мг через 3 часа после однократного перорального приема

Среда организма	Левофлоксацин		Ципрофлоксацин	
	Геометрическое среднее значение, mg/l	Число добровольцев	Геометрическое среднее значение, mg/l	Число добровольцев
Плазма (Смах)	3,10 *	15	1,37 *	15
Секрет простаты	0,89 *	8	0,16 *	7
Семенная жидкость	3,25	8	2,59	8
Эякулят	3,21	8	2,63	8
Сперматозоиды	0,09	5	0,08	5
Влагалищный секрет	0,70 *	6	0,15 *	6

*значительная разница ($p < 0,05$)

цией проводилась антимикробная профилактика ципрофлоксацином. Среди 12 пациентов с положительными результатами бактериологического исследования у 10 (83%) была выделена *E.coli*, резистентная к ципрофлоксацину. Наличие микроорганизмов, продуцирующих БЛРС, привело к развитию у одного пациента дистресс-синдрома, необходимости эндотрахеальной интубации и ИВЛ в течение 30 суток.

M. Uddin et al. наблюдали уросепсис у 91 (3,1%) из 2956 пациентов, перенесших ТРБП с 2002 по 2009 в Singapore General Hospital [25]. Этиологическим агентом в большинстве случаев (94%) являлась *E.coli*. Рост резистентности этого уропатогена к ципрофлоксацину, 3-дневное применение которого являлось основным режимом антибиотикопрофилактики при ТРБП в период 2002 – 2004 гг., заставил в дальнейшем отказываться от препарата и назначать антибиотики других групп. Авторы исследования обращают внимание на отсутствие простых и однозначных профилактических режимов при ТРБП и необходимость выбора антибиотиков на основании регулярного бактериологического мониторинга, что позволит минимизировать опасность развития уросепсиса, вызванного мультирезистентными микроорганизмами.

Клиническое значение увеличивающейся резистентности уропатогенов к ципрофлоксацину отметили в своем недавнем исследовании и специалисты из Южной Кореи [26]. В целях антимикробной профилактики при ТРБП 2013 пациентам перед операцией внутривенно вводили ципрофлоксацин. Несмотря на это, уросепсис развился в 9 (0,4%) случаях. При бактериологическом исследовании крови у всех 9 пациентов была обнаружена *E.coli*, резистентная к ципрофлоксацину. Помимо этого, в 8 случаях отмечена резистентность уропатогена к ампициллину и в 7 случаях – к гентамицину. У одного пациента была выделена *E.coli*, продуцирующая БЛРС.

Развитие инфекционно-воспалительных осложнений после ТРБП может быть обусловлено в ряде случаев нозокомиальной микрофлорой [27, 28]. K. Olshtain-Pops и соавт. наблюдали 4 пациентов с пиурией и лихорадкой, которые возникли через 3 дня после ТРБП. Были выполнены бактериологические исследования мочи, крови пациентов, смывов с оборудования и инструментов, а также флакона с гелем для УЗИ. Посев крови и мочи выявил рост грамотрицательного микроорганизма *Achromobacter xylosoxidans* (*Alcaligenes xylosoxidans*). По мнению авторов, источником инфицирования у этой группы пациен-

тов являлся нестерильный флакон с гелем для УЗИ. На основании полученных данных при выполнении ТРБП для обработки ультразвукового датчика показано использование только стерильного геля [28]. Многие авторы полагают, что новые фторхинолоны, в том числе левофлоксацин, остаются высокоэффективными препаратами для антибактериальной профилактики инфекционных осложнений при проведении биопсии простаты. Выбор препарата для антибиотикопрофилактики при ТРБП во многом зависит от его фармакокинетики и способности создавать высокий уровень накопления в тканях во время процедуры. Левофлоксацин отвечает этим требованиям, поскольку концентрация действующего вещества в предстательной железе в 4 раза превышает его концентрацию в плазме крови [29].

Исследования фармакокинетики ципрофлоксацина и левофлоксацина продемонстрировали преимущество последнего (более высокую концентрацию в простатическом секрете), что позволяет рекомендовать левофлоксацин в качестве альтернативного препарата для профилактики бактериального простатита при ТРБП (табл. 1) [30, 31].

Применение левофлоксацина в однократной дозе 500 мг позволило снизить уровень развития



ИМП до 0,25% у 400 больных, перенесших ТРБП [32]. В другом исследовании среди 457 пациентов, принимавших 200 мг левофлоксацина 2 раза в день в течение 4 суток (первый прием за 12 часов до биопсии), острый простатит после ТРБП развился у 6 (1,3%) больных, причем 4 из них выполнялась повторная биопсия. Бактериологические исследования выявили у этих пациентов наличие *E.coli*, резистентной к левофлоксацину [33].

Назначение фторхинолонов после ТРБП остается эффективным методом антимикробной профилактики инфекционных осложнений, связанных с процедурой. Это подтвердил анализ 1273 подобных манипуляций, после которых пациенты получали левофлоксацин или гатифлоксацин. Количество инфекционных осложнений составило 31 (2,4%), вместе с тем авторы исследования отмечают, что в половине случаев причиной их развития было наличие микрофлоры (89% *E.coli*), резистентной к фторхинолонам [34].

Недавно проведенное в Японии проспективное рандомизированное исследование эффективности левофлоксацина и другого нового фторхинолона – тозуфлоксацина – в антимикробной профилактике инфекции мочевыводящих путей после трансректальной биопсии простаты показало, что назначение 200 мг левофлоксацина за 2 часа до процедуры и дальнейшее его применение по 200 мг 2 раза в сутки в течение 48 часов не уступает по эффективности новым фторхинолонам [35].

Целью исследования, проведенного в урологической клинике МГМСУ, являлась разработка оптимальной схемы подготовки пациента к трансректальной биопсии предстательной железы для снижения частоты развития мочевой инфекции [36]. Для достижения указанной цели авторы сравнили эффективность применения левофлоксацина и очистительной клизмы, используемых в различных режимах и сочетаниях. В клинике урологии МГМСУ 108 пациентов путем случайной выборки были разделены на 4 группы:

1. Левофлоксацин в дозе 500 мг внутрь за 2 ч до биопсии и очистительная клизма;
2. Только очистительная клизма;
3. Левофлоксацин в дозе 250 мг 1 раз в сутки внутрь в течение 5 дней;
4. Левофлоксацин в дозе 250 мг 1 раз в сутки внутрь в течение 48 часов.

Показания к биопсии были обычными: повышение уровня ПСА выше 4 нг/мл и/или изменения простаты при пальцевом ректальном исследовании. Средний возраст обследованных пациентов составил 64,4 года. Средний уровень ПСА – 15,8 нг/мл. Биопсия выполнялась из 6-18 точек под ультразвуковым и пальцевым контролем в амбулаторных и стационарных условиях. Поскольку, по нашим данным, а также данным зарубежных авторов, частота инфекционных осложнений не зависит от количества пункций при биопсии, мы не рассматривали взаимосвязь указанных параметров. Однако число больных с различным количеством точек при биопсии оказалось примерно одинаковым во всех 4 группах.

Из исследования были исключены пациенты, принимавшие какие-либо антибактериальные препараты за 2 недели до биопсии, больные с иммуносупрессивными состояниями, перенесшие недавно (в течение 3 месяцев) инфекции мочевой системы, а также пациенты с постоянным катетером, протезами клапанов сердца и т. д. Прием левофлоксацина начинался за 2 ч до биопсии, при длительном приеме препарат принимался по 250 мг каждые 24 ч. Очистительная клизма выполнялась в 22:00 накануне исследования и за 2 ч до биопсии. Оценка бактериурии в средней порции мочи проводилась до биопсии, через 48 ч и 5 дней после манипуляции. В течение 3 суток после биопсии все пациенты 3 раза в день измеряли температуру тела (ее повышение рассматривалось как проявление бактериемии). До биопсии и через 5 суток после ее проведения бактериурии не было ни у одного из пациентов. У всех лихорадящих больных гипертермия

была купирована не позже, чем к 3–4-му дню (случаев уросепсиса, абсцессов предстательной железы не наблюдалось).

Проведенное исследование позволило сделать вывод, что при выполнении трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы профилактическое назначение антибактериальных средств показано всем пациентам даже при отсутствии факторов риска развития мочевой инфекции.

Согласно ранее проведенным в клинике урологии МГМСУ исследованиям, у больных, имевших в анамнезе инфекции мочеполовой системы (простатит, орхит, эпидидимит, уретрит) риск развития какого-либо осложнения (гематурии, острой задержки мочи) был выше в 1,8 раза, а риск возникновения инфекционных осложнений возрастал в 8,3 раза по сравнению с пациентами с неотяженным урологическим анамнезом. Интересно то, что не было обнаружено существенной разницы между назначением левофлоксацина в течение 48 ч и в течение 5 дней после биопсии, но этот факт требует дальнейшего изучения. Следует отметить, что пероральный прием левофлоксацина в различных дозах оказался высокоэффективным для профилактики инфекционных осложнений такой часто осуществляемой процедуры, как ТРБП [25].

Таким образом, опыт клиники урологии МГМСУ и опубликованные результаты других исследований позволяют считать пероральный прием левофлоксацина (Таваник®) высокоэффективным методом профилактики инфекционных осложнений при ТРБП. Вместе с тем, в условиях роста резистентности микрофлоры в настоящее время необходимо дальнейшее регулярное изучение и мониторинг клинической и микробиологической эффективности режимов антимикробной профилактики. Не вызывает сомнений, что по мере развития фармакологии и появления новых лекарственных препаратов поиск новых режимов антибиотикопрофилактики будет продолжаться. ☺



III Всероссийская урологическая видеоконференция

Оперативное лечение заболеваний
органов мочеполовой системы

24.02.2011 — 25.02.2011

г. Москва, ул. Новый Арбат, д.36.

Здание Правительства Москвы

**Конференция проводится при поддержке
Министерства здравоохранения и социального развития РФ**

Организаторы конференции

Российское общество урологов

Кафедра урологии ГОУ ВПО

«Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Росздрава

Главное медицинское управление Управления делами Президента РФ

Председатели конференции:

Академик РАМН, профессор Н.А.Лопаткин, председатель Российского общества урологов

Профессор, д.м.н. С.П. Даренков, главный уролог ГМУ УДП РФ,

заведующий кафедрой урологии ГОУ ВПО «РГМУ им. Н.И.Пирогова» Росздрава

Профессор Д.Ю. Пушкарь, главный уролог МЗиСР РФ

Члены оргкомитета

Коган М.И., профессор, главный уролог Ростовского Городского Управления здравоохранения, заведующий кафедрой урологии ГОУ ВПО «Рост ГМУ» Росздрава

Лоран О.Б., член-корреспондент РАМН, профессор, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ГОУ ДПО «РМАПО» Росздрава

Матвеев В.Б., профессор, заведующий клиникой урологии ГУ «Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина» РАМН

Медведев В.Л., профессор, заведующий кафедрой урологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Куб ГМУ» Росздрава

Перепечай В.А., доктор медицинских наук, заведующий отделением урологии Клинической больницы №1 ФГУ «ЮОМЦ» Росздрава

Петров С.Б., профессор, главный уролог МО РФ, начальник кафедры урологии «ВМеДА им. С.М.Кирова» (Санкт-Петербург)

Яшина Е.Р., доктор медицинских наук, главный врач ФГУ «Клиническая больница» УД Президента РФ

Конференция посвящена современному состоянию проблемы диагностики и лечения заболеваний органов мочеполовой системы и использованию новейших технологий в сферах эндоскопической и реконструктивной урологии, урогинекологии, уроонкологии, тазовой хирургии и андрологии.

Отдельная секция конференции посвящена актуальным вопросам медикаментозной терапии урологических заболеваний (нейроурология, онкоурология, инфекции в урологии).

Видеоконференция позволит урологам разных специализаций познакомиться и освоить новые оперативные методики, приобрести практические навыки, обменяться мнениями, обсудить «сложные» вопросы.

Конференция предназначена для специалистов урологов, онкоурологов, андрологов, хирургов.

В рамках конференции

- выставка производителей медицинской техники, лекарственных препаратов и расходного материала
- секция «Фармакотерапия в урологии»
- секция «Встреча с экспертом»
- работа видеобиблиотеки по проблемам диагностики и лечения различных заболеваний малого таза, видеоматериалы из операционных отечественных и зарубежных клиник
- сертификат участника

Официальный сайт конференции: www.urovideo.ru

На сайте открыта регистрация в On-line режиме!

Информационная поддержка: www.uroweb.ru

Контактные телефоны:

т/ф +7(495) 614 40 61, тел. +7(495) 614 43 63

e-mail: medicinet@mail.ru, info@medq.ru



Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова
Клиника урологии

Диагностика и лечение заболеваний простаты

Д. м. н., проф. Ю.Г. Аляев, д. м. н., проф. Л.М. Рапопорт,
д. м. н. Д.Г. Цариченко, к. м. н. Л.Ю. Демидко

Введение

К наиболее распространенным заболеваниям простаты относятся простатит, аденома и рак. Нередко они сочетаются и вызывают похожую симптоматику. Если у пациентов молодого возраста симптомы нижних мочевых путей чаще всего обусловлены простатитом, то в старших возрастных группах причиной может быть аденома или рак простаты. Общность клинических проявлений, сочетание заболеваний осложняют диагностику и лечение наиболее значимого патологического процесса.

Простатит и аденома предстательной железы могут серьезно снизить качество жизни, но не приводят к смерти, в то время как рак простаты считается одной из главных медицинских проблем в мужской популяции. Смертность от рака простаты составляет 10% летальных исходов среди всех онкологических заболеваний у мужчин.

Распространенность

Существует мнение, что хронический простатит характеризуется высокой частотой распространения, однако заболеваемость, выявленная и подтвержденная лабораторными тестами, составляет около 9%. Простатит следует отличать от синдрома хронической тазовой боли, который объединяет множество других патологических состояний, часть из которых не связаны с патологическим процессом в предстательной железе [1]. Заболевают простатитом чаще всего

молодые мужчины. Средний возраст пациентов составляет 43 года. Как и все мочевые инфекции, простатит представляет серьезную опасность для здоровья. Симптомы нижних мочевых путей, вызванные аденомой простаты, характерны для мужчин старшего возраста. Они встречаются примерно у 30% мужчин старше 65 лет [2]. С возрастом также увеличивается заболеваемость раком простаты [6].

Классификация

При воспалении предстательной железы выделяют острый и хронический бактериальный простатит. Отдельно рассматривают синдром хронической тазовой боли, который характеризуется наличием лейкоцитов в третьей порции мочи или семенной жидкости, а также синдром хронической тазовой боли без воспалительных изменений.

Причина заболевания и клинические проявления

Наиболее частые возбудители простатита – кишечная палочка и другие энтеробактерии.

Главным фактором риска при аденоме простаты считается возраст. Наиболее значимые симптомы при этом заболевании – ноктурия и изменение потока мочи.

При раке простаты, помимо возраста, основным фактором риска является наследственность. Клинические данные подтверждают тот факт, что экзогенные факторы (расовая принадлежность, диета с высоким содержанием

животных жиров, воздействие тяжелых металлов) увеличивают риск развития рака простаты [7].

Введение эффективного теста для определения простатического специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови сделало возможным выявление рака простаты на ранней стадии, когда можно применить эффективные методы лечения.

Диагностика

При подозрении на хронический простатит следует провести дифференциальную диагностику с синдромом хронической тазовой боли, предпочтительно с помощью 4-стаканного теста по Мирсу-Стэми. При этом следует исключить инфекцию мочевых путей и заболевания, передаваемые половым путем.

Рекомендации по оценке клинических симптомов аденомы простаты применимы у мужчин старше 50 лет. В первую очередь следует исключить симптомы нижних мочевых путей, вызванные другими причинами – воспалительными заболеваниями или сопутствующими неврологическими нарушениями [9].

Для оценки симптомов аденомы простаты рекомендуется использовать международную шкалу IPSS (International Prostatic Symptom Score). Это помогает определиться с выбором лечения и контролировать его эффективность.

У пациентов с аденомой простаты необходимо исследовать уровень проста-



тического специфического антигена для своевременного выявления рака простаты.

Аденома простаты создает препятствие для эвакуации мочи из мочевого пузыря и может вызвать расширение верхних мочевых путей и почечную недостаточность. Поэтому обязательным требованием при оценке состояния верхних мочевых путей является определение концентрации креатинина в моче или ультразвуковое исследование почек.

Пальцевое ректальное исследование позволяет оценить размеры, форму и консистенцию предстательной железы. Оно проводится у мужчин с симптомами нижних мочевых путей независимо от возраста.

Общий анализ мочи позволяет исключить инфекцию мочевых путей как возможную причину симптомов нижних мочевых путей или осложнение аденомы простаты.

Наличие остаточной мочи, особенно выявленное повторно, указывает на дисфункцию мочевого пузыря. При большом объеме (более 200 мл) остаточной мочи прогноз медикаментозного лечения менее благоприятный.

Изменения в форме, размерах, консистенции простаты, определенные при помощи пальцевого ректального исследования, или повышение уровня простатического специфического антигена (ПСА) сыворотки крови могут указывать на рак простаты. Нормальные значения для уровня ПСА до сих пор не определены, но показатели менее 2,5-3,0 нг/мл считаются допустимыми у молодых мужчин. Следует обратить внимание на то, что исследование крови на ПСА рекомендуется проводить до пальцевого исследования простаты, а также после уменьшения воспалительных изменений в железе, подтвержденного лабораторными данными.

Основой диагностики рака простаты является трансректальная биопсия, проводимая под ультразвуковым контролем. Рекомендуется выполнение минимум 6-10 вколов по латеральным отделам железы. При большом объеме простаты возможно осуществление большего количества вколов [4].

Для определения степени злокачественности используют биоптат или операционный материал, который оценивают, как правило, по шкале Глисона. Данная шкала описывает

различный характер роста опухоли (дифференцировка 1-5). Дифференцировка 1 соотносится с наименее агрессивным характером роста опухоли (хорошо дифференцированная), дифференцировка 5 – с наиболее агрессивным (плохо дифференцированная). Поскольку во многих аденокарциномах встречаются области различной степени дифференцировки, оценивают гистологическую картину двух наибольших по величине областей, затем баллы складывают. Суммарное значение двух преобладающих типов дифференцировки представляет собой индекс Глисона (от 2 до 10).

При принятии решения о дополнительных диагностических мероприятиях с целью определения стадии заболевания следует учитывать возраст пациента и сопутствующие заболевания, поскольку не все лечебные мероприятия могут быть применимы.

Локальное стадирование (определение критерия T) основано на результатах пальцевого ректального исследования и данных магнитно-резонансной томографии. Оценка состояния лимфатических узлов важна лишь при планировании терапии. Точное определение состояния лимфатических узлов возможно только после лимфаденэктомии. Лучшим способом выявления скелетных метастазов является сканирование костей. У пациентов с высоко или умеренно дифференцированными опухолями, протекающими бессимптомно, такое обследование необязательно, если уровень простатического специфического антигена менее 20 нг/мл.

Лечение

Лечение простатита зависит от выявленного возбудителя и в первую очередь включает препараты, обладающие наибольшей проникающей способностью в ткань простаты.

При остром бактериальном простатите необходимо назначать бактерицидные антибиотики (аминогликозиды или цефалоспорины третьего поколения) парентерально. Лечение следует продолжать до исчезновения лихорадки и нормализации показателей крови. В менее тяжелых случаях возможно назначение фторхинолонов. Продолжительность лечения фторхинолонами при остром простатите составляет 2-4 недели.

При хроническом бактериальном простатите и воспалительном синдроме хронической тазовой боли назначают фторхинолон или триметоприм в течение 2 недель после установления диагноза. Затем нужно провести повторное обследование. Прием антибиотиков должен быть продолжен лишь в том случае, если был отмечен положительный эффект от лечения. Рекомендуемый период терапии при хроническом простатите – 4-6 недель и более.

Уродинамические исследования показывают повышение давления закрытия уретры у пациентов с хроническим простатитом. Было отмечено, что комбинированное лечение α -адреноблокаторами и антибиотиками дает больший процент излечения, чем монотерапия антибиотиками при воспалительном синдроме хронической тазовой боли.

Целью лечения больных аденомой простаты является облегчение симптомов нижних мочевых путей, улучшение качества жизни и предотвращение осложнений, связанных с заболеванием.

Для больных аденомой простаты показаны α -адреноблокаторы с умеренной и тяжелой симптоматикой нижних мочевых путей. Все α -адреноблокаторы (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин) характеризуются примерно одинаковой клинической эффективностью [3]. Тамсулозин обладает доказанной уроселективностью в лечении симптомов нижних мочевых путей при аденоме простаты. Контроль эффективности терапии α -адреноблокаторами целесообразно проводить через 6 недель, затем по истечении 6 месяцев наблюдения. В дальнейшем (при условии эффективности лечения) контроль состояния пациента следует проводить ежегодно.

Ингибиторы 5- α -редуктазы (финастерид или дутастерид) также применяются у больных аденомой простаты с умеренными или тяжелыми симптомами нижних мочевых путей и увеличением простаты более 40 см³. Финастерид и дутастерид способствуют уменьшению объема простаты на 20-30% и предположительно обладают примерно одинаковой клинической эффективностью. Ингибиторы 5- α -редуктазы способны предотвратить прогрессирование аденомы простаты.



Контроль эффективности ингибиторов 5- α -редуктазы оптимально проводить через 12 недель и 6 месяцев, а в дальнейшем ежегодно.

Врачу важно обсудить с пациентом такие аспекты, как длительность лекарственной терапии, вероятность побочных эффектов, а также контроль эффективности и безопасности лечения.

Комбинированное лечение α -блокаторами и ингибиторами 5- α -редуктазы более эффективно, чем монотерапия каждым из препаратов.

Эффективность препаратов растительного происхождения при лечении аденомы простаты требует дополнительного изучения.

При неэффективности консервативной терапии показано оперативное лечение.

Существует множество видов оперативного лечения аденомы простаты.

Трансуретральная резекция простаты выполняется при объеме простаты от 30 до 80 см³, открытая аденомэктомия – при объеме железы более 80 см³.

В настоящее время при аденоме простаты применяются также альтернативные технологии оперативного лечения, например трансуретральная электровапоризация. Она показана пациентам из группы высокого риска при небольшом объеме простаты.

Существуют различные виды лазерной терапии (визуальная лазерная абляция простаты, интерстициальная лазерная коагуляция).

Показанием к данным методам является высокий операционный риск у пациентов с аденомой простаты, требующей хирургического лечения. Резекция гольмиевым лазером представляет собой альтернативу трансуретральной резекции простаты и удалению аденомы независимо от анатомической конфигурации железы.

Трансуретральная микроволновая термотерапия и трансуретральная игловая абляция простаты также может применяться у пациентов из группы высокого риска, которым операция противопоказана по состоянию здоровья.

Простатические стенты используют в качестве альтернативы катетеризации у пациентов группы высокого риска с повторяющейся острой задержкой мочи, а также у тех больных, которым невозможно проведение других видов хирургических вмешательств.

К осложнениям простатических стентов отно-

сятся инкрустация, инфекция мочевых путей и газовая боль.

Для лечения больных раком простаты применяются оперативные, лучевые, лекарственные методы лечения, а также химиотерапия.

При одной и той же стадии рака простаты могут быть использованы различные стратегии лечения в зависимости от вероятной продолжительности жизни.

Вопросы о назначении различных видов лечения (оперативное, лучевое, гормональное, их сочетание и последовательность) при одной и той же стадии рака составляют основу Клинических рекомендаций Европейского урологического общества по раку простаты.

Радикальная простатэктомия показана пациентам молодого возраста с вероятностью долгой, не менее 10 лет, жизни, особенно при наличии низкодифференцированной опухоли.

Лучевая терапия также рекомендована пациентам с вероятной продолжительностью жизни более 10 лет, которым противопоказано оперативное вмешательство.

Гормональная терапия назначается больным раком простаты с целью облегчения симптомов при невозможности выполнения операции или проведения курса лучевой терапии.

Поскольку рандомизированных контролируемых клинических исследований в этой области явно недостаточно, невозможно утверждать, что какой-либо вид лечения превосходит другой по эффективности.

Показатель уровня простатического специфического антигена в крови после радикальной простатэктомии выше 0,2 нг/мл может ассоциироваться с остаточной либо рецидивирующей опухолью.

Увеличение уровня ПСА после лучевой терапии является надежным показателем персистирующего или рецидивирующего заболевания.

Метастатическое поражение органов таза можно обнаружить с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии, а также сканирования костей скелета.

Если пациент жалуется на боль в костях, сканирование костей должно быть выполнено независимо от уровня сывороточного простатического специфического антигена.

Пациентов, получающих гормональное лечение, необходимо обследовать через 3 и 6 месяцев после начала лече-

ния. Тесты должны включать по крайней мере определение сывороточного простатического специфического антигена, пальцевое ректальное исследование простаты и тщательную оценку симптомов для того, чтобы определить ответную реакцию и побочные эффекты терапии.

Пациентам с признаками местного рецидива после радикальной простатэктомии может быть назначена лучевая терапия. Суммарная доза должна составлять не менее 64 гр. Лечение рекомендуется проводить при уровне ПСА менее 1,5 нг/мл, при более высоких уровнях пациентам лучше назначить гормональную терапию после дополнительного наблюдения и обследования.

Этот вид лечения может быть рекомендован и при подозрении на рецидив после лучевой терапии.

При выявлении признаков прогрессирования рака простаты на фоне гормональной терапии следует прекратить лечение антиандрогенами. Эффект отмены станет очевиден спустя 4–6 недель.

Возможна также замена препарата, однако достоверных данных о самом эффективном препарате для гормональной терапии рака простаты в настоящее время нет.

Пациентам с метастатическим гормонорезистентным раком показана химиотерапия.

Осложнения

Тяжелым осложнением простатита является абсцесс предстательной железы. В этих случаях проводится дренирование абсцесса, после чего назначается антибактериальная терапия.

При осложнениях аденомы простаты – частых, повторяющихся острых задержках мочеиспускания, наличии камней в мочевом пузыре, рецидивирующей инфекции мочевых путей, а также повторяющейся гематурии – назначается хирургическое лечение.

Еще одним осложнением аденомы простаты является расширение верхних мочевых путей.

Костные осложнения при раке простаты являются фактором, существенно снижающим качество жизни и уменьшающим выживаемость. Во избежание развития костных осложнений назначают бисфосфонаты.

На сегодняшний момент самым мощным бисфосфонатом является золедроновая кислота – эффективность других препаратов на порядок меньше [9].

СОНИЗИН[®]

тамсулозин 

Как раньше ... ЛЕГКО!



- Быстро устраняет дизурию
- Не влияет на АД
- Не требует подбора дозы



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949 e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru



ИППО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
Кафедра
урологии и
андрологии

13 лет эры новейшей фармакотерапии эректильной дисфункции. Эволюция клинического подхода

Д. м. н., проф. В.А. Ковалев

Эректильная дисфункция (ЭД) определяется как неспособность мужчины достигать или поддерживать эрекцию на уровне, необходимом для удовлетворительной сексуальной активности. Пероральная терапия эректильной дисфункции имеет многовековую историю. Свои рецепты восстановления «мужской силы» имелись у древних греков и египтян. Гомер рекомендовал в качестве лекарства семена дурмана и цветки папоротника. На протяжении многих столетий с целью продления сексуального долголетия использовались различные стимулирующие средства, многие из которых относились к разряду галлюциногенов, психостимуляторов и наркотических средств.

Современной пероральной терапии эректильных расстройств около 40 лет. Механизм действия негормональных препаратов, как правило, основан на блокаде β -адренорецепторов и стимуляции допаминэргических рецепторов. Эпоху фармакотерапии эректильной дисфункции нового поколения, которую с уверенностью можно на-

звать «эрой ингибиторов фосфодиэстераз (ФДЭ-5)», можно сравнить разве что с периодом начала использования пенициллина в 40-е годы XX столетия. Ингибиторы содержащейся в кавернозной ткани фосфодиэстеразы 5-го типа предотвращают распад циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) – вторичного мессенджера, ответственного за на-

ступление эрекции. Разработка и внедрение в клиническую практику ингибиторов ФДЭ-5 привели к значительному улучшению результатов лечения эректильных расстройств.

Исследования последних лет показали, что эндотелиальная дисфункция является ключевым патофизиологическим звеном любой циркуляторной недостаточности и приводит к дефициту оксида азота и нейротрансмиттерной недостаточности. Ингибция фосфодиэстераз представляет собой перспективное направление терапии подобных расстройств. Идеальная терапия должна быть эффективной и надежной, простой и безболезненной, безопасной, универсальной и физиологичной. Этим требованиям полностью соответствуют три препарата данной группы – силденафил, тадалафил, варденафил, схожие по эффективности, но отличающиеся фармакодинамическим профилем. Эффективность ингибиторов ФДЭ-5 достаточно высока и составляет в среднем до 75% при различных формах эректильных расстройств [1]. В настоящее время препараты данной группы ис-



пользуются как ситуационно, так и в режиме ежедневного приема [2]. Несмотря на то, ингибиторы ФДЭ-5 в большинстве стран являются первой линией терапии эректильной дисфункции, от 20% до 50% пациентов отмечают неудовлетворительные результаты при монотерапии этими препаратами [3, 4], в 10–15% случаев имеет место первичный отказ пациентов от терапии силденафил цитратом [5]. Кроме того, проведенные исследования в Европе и США показали, что 95% пациентов, использующих силденафил, предпочли бы испробовать лечение новыми ингибиторами фосфодиэстераз [6]. Причины отказа от терапии весьма разнообразны. Большую роль играет неэффективность монотерапии, обусловленная этиопатогенезом эректильной дисфункции, в частности, у пациентов с сахарным диабетом, метаболическим синдромом, больных, находящихся на программном гемодиализе и после трансплантации почки. В этих случаях качество сексуальной адаптации существенно улучшается при комбинированном использовании ингибиторов ФДЭ-5 и тестостерона [7]. Психологические факторы также являются одной из важных причин отказа от терапии ингибиторами ФДЭ-5. Как показали психологические исследования, отношение к проблеме сексуальных расстройств менялось на протяжении времени (восприятие, мотивация пациентов, страдающих расстройствами эрекции). В период начала проведения научных исследований в этой области целью терапии было достижение любого улучшения эректильной функции. В последующем пациентам уже было недостаточно «полумер», они хотели добиться стабильной хорошей эрекции, достаточной для совершения полового акта. Это время совпало с периодом широкого применения интракавернозной терапии, вакуумэректоров, имплантационной хирургии. Сегодня внимание как специалистов, так и пациентов, сфокусировано на улучшении качества жизни, что подраз-

умевает восстановление не только «механического» компонента эректильной функции, но и психологического комфорта, возвращение к привычному для пациента образу жизни.

Одним из немаловажных с психологической точки зрения факторов успешного проведения полового акта является его спонтанность и гибкость. Спонтанность – это отсутствие зависимости от времени и места приема препарата, возможность для партнеров выбирать наиболее благоприятный момент для коитуса и приблизить частоту половых контактов и сексуальное поведение к индивидуальной «норме», т. е. «так, как было раньше». Гибкость – это отсутствие боязни «упущенного момента», необходимости преодоления неожиданных внешних обстоятельств, беспокорства по поводу взаимодействия препарата с едой и алкоголем, что дает возможность пациенту «не изменять своим привычкам» и спонтанно корректировать собственные планы.

Исследуя психологические особенности при проведении половых актов, было выявлено, что в среднем до 50% пациентов предпочитают не планировать свою сексуальную жизнь заранее. По данным опроса мужчин различных возрастных групп, принимавших лечение ингибиторами ФДЭ-5, более 80% мужчин среднего возраста отдают предпочтение препаратам с 36-часовым периодом действия вместо препаратов с 4 часовым периодом [8]. Проблема временной зависимости совершения полового акта от приема препарата успешно решается при использовании ингибитора ФДЭ-5 с пролонгированным действием – тадалафила (Сиалис).

Важной отличительной особенностью препарата является его фармакокинетический профиль, значительно отличающийся от такового у силденафила и варденафила. У тадалафила отмечен более длительный период действия – до 36 часов, с периодом полувыведения 17,5 часов (у силденафила – 3,8 часа). У 79%

мужчин эффект действия препарата отмечен спустя 36 часов от начала приема. Статистически достоверный ответ на тадала-

По данным опроса мужчин различных возрастных групп, принимавших лечение ингибиторами ФДЭ-5, более 80% мужчин среднего возраста отдают предпочтение препаратам с 36-часовым периодом действия вместо препаратов с 4 часовым периодом [8]. Проблема временной зависимости совершения полового акта от приема препарата успешно решается при использовании ингибитора ФДЭ-5 с пролонгированным действием – тадалафила (Сиалис).

фил в дозе 20 мг (в сравнении с плацебо) отмечался у 32% пациентов на 16-й минуте после приема препарата. 52% мужчин способны к полноценному коитусу спустя 30 минут после приема тадалафила [4]. Пролонгированный эффект является существенным фактором достижения психологического комфорта сексуальной жизни, поскольку он устраняет зависимость от образа жизни благодаря тому, что скорость и продолжительность абсорбции Сиалиса не зависят от количества и времени приема пищи и алкоголя [9]. Столь благоприятный фармакокинетический профиль расширяет возможности применения Сиалиса в группе пациентов с сахарным диабетом, для которых очень важен регулярный прием пищи в связи с необходимостью приема инсулина или других сахароснижающих средств. Представляемая Сиалисом возможность не зависеть от времени приема препарата, «забыть» о проводимом лечении имеет



большое значение при проведении комбинированной терапии психогенных расстройств эрекции, обусловленных тревожным ожиданием неудачи, синдрома ускоренного семяизвержения на фоне эректильных расстройств или в сочетании с обострением хронического простатита.

Представляемая Сиалисом возможность не зависеть от времени приема препарата, «забыть» о проводимом лечении имеет большое значение при проведении комбинированной терапии психогенных расстройств эрекции, обусловленных тревожным ожиданием неудачи, синдрома ускоренного семяизвержения на фоне эректильных расстройств или в сочетании с обострением хронического простатита.

Предпочтения пациентов при выборе различных средств лечения эректильной дисфункции изучались во многих исследованиях. Так, исследование Govier явилось одним из первых, в которых изучались предпочтения пациентов при выборе ингибиторов ФДЭ-5. Целью исследования было выяснить, отдадут ли предпочтение тадалафилу пациенты, применяющие силденафил, учитывая схожий профиль эффективности и переносимости этих лекарств [10].

*Литература
→ С. 46*

Это рандомизированное двойное слепое 2-периодное кроссоверное исследование с фиксированными дозами проводилось в 7 исследовательских центрах США и 6 центрах Германии. Из 236 мужчин (по 118 в США и Германии) 215 (91,1%) были рандомизированы на две группы: 109 пациентов принимали лечение в последовательности «тадалафил-силденафил», а 106 – в последовательности «силденафил-тадалафил». Пациенты в двух группах с разной последовательностью лечения исходно имели одинаковые характеристики. После безлекарственного периода скрининга, длившегося одну неделю, пациенты в случайном порядке были рандомизированы для лечения в течение первых 4 недель тадалафилем 20 мг по мере необходимости или силденафилем 50 мг. После 1-2-недельного периода отмывки (безлекарственный период), следующего за первым лечебным периодом, пациенты перекрестно переводились на альтернативное лечение в течение 2 недель. Во время последнего визита (визит 5) после завершения второго лечебного периода пациентам был задан вопрос о предпочтительном лечении (Treatment Preference Question – TPQ): «Какое лечение вы предпочли?» Мужчины, ответившие на TPQ, считались подлежащими оценке. В настоящем исследовании пациенты с эректильными расстройствами, ранее не принимавшие силденафил или предпринимавшие неудачные попытки лечения силденафилем, чаще предпочитали пероральное лечение тадалафилем, чем силде-

нафилем, с преимуществом 2:1. Предпочтения пациентов не зависели от возраста, продолжительности ЭД, последовательности лечения и предшествующего приема силденафила.

Исследование под руководством проф. Stanley Althof, проведенное в 21 стране, показало, что 82% мужчин с эректильной дисфункцией предпочли Сиалис, по сравнению с 18% пациентов, выбравших Виагру. В исследовании принимали участие 2 762 пациента, которые перед началом исследования не менее 6 недель принимали силденафил. Пациентам рекомендовали принимать Сиалис по требованию, перед сексуальной активностью в течение 8 недель. Пациенты, которые предпочли Сиалис для дальнейшего приема в конце исследования, отмечали уменьшение давления фактора времени, позитивно влиявшее на психологический статус, повышение уверенности в себе и улучшение отношений в паре [10, 11].

Следует отметить, что степень предпочтения пациентами того или иного препарата (короткого или пролонгированного действия) зависит от многих факторов, среди которых немаловажное значение имеют экономические и психологические аспекты взаимоотношений в паре. Накопленный к сегодняшнему дню клинический опыт, многочисленные исследования сексуальности, ее разновидностей в настоящее время позволяют специалистам не только решить проблему эрекции, но и в целом влиять на качество сексуальной жизни пациента с учетом его потребностей и желаний. 🌸

Сиалис® – к жизни без эректильной дисфункции

- Сиалис® – доказанная эффективность и качество эрекции^{1,2}
- Сиалис® подходит пациентам с различными сопутствующими заболеваниями^{3, 4, 5}
- 7 из 10 мужчин выбрали Сиалис®⁶



СИАЛИС® (CIALIS®)

Международное (непатентованное) название: Тадалафил.

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.

1. Carson CC et al. The efficacy and safety of tadalafil: an update. BJU International, 2004;93: 1276-1281
2. Eardley et al. An open-label, multicenter, randomized, 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.
3. Montorsi F et al. Long-Term Safety and Tolerability of Tadalafil in the Treatment of Erectile Dysfunction. J Urol, 2004;172:1036-1041
4. Lewis RW, et al. The Efficacy of Tadalafil in Clinical Populations. J Sex Med, 2005;2:517-531.
5. Fonseca V et al. Diabetologia, 2004;47:1914-1923
6. Lee et al. Physician-rated patient preference and patient-and partner-rated preference for tadalafil or sildenafil citrate: results from the Canadian Treatment of Erectile Dysfunction observational study. BJU Int, 2006; 98, 623-629

ED-PM-423-30910

Реклама



Литература

Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, Д.Г. Цариченко, Л.Ю. Демидко
Диагностика и лечение заболеваний простаты

1. Alexander R.B., Trissel D. Chronic prostatitis: results of an Internet survey // *Urology*. 1996. Vol. 48. № 4.
2. Berry S.J., Coffey D.S., Walsh P.C., Ewing L.L. The development of human benign prostatic hyperplasia with age // *J. Urol.* 1984. Vol. 132. № 3. P. 474-9.
3. Djavan B., Chapple C., Milani S., Marberger M. State of the art on the efficacy and tolerability of alpha-1-adrenoceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia // *Urology*. 2004. Vol. 64. № 6. P. 1081-8.
4. Eichler K., Hempel S., Wilby J., Myers L., Bachmann L.M., Kleijnen J. Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review // *J. Urol.* 2006. Vol. 175. № 5. P. 1605-12.
5. Gleason D.F., Mellinger G.T. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging // *J. Urol.* 1974. Vol. 111. № 1. P. 58-64.
6. Jemal A., Siegel R., Ward E., Hao Y., Xu J., Murray T., Thun M.J. Cancer statistics // *CA Cancer J. Clin.* 2008. Vol. 58. № 2. P. 71-96.
7. Steinberg G.D., Carter B.S., Beaty T.H., Childs B., Walsh P.C. Family history and the risk of prostate cancer // *Prostate*. 1990. Vol. 17. № 4. P. 337-47.
8. Stöhrer M., Blok B., Castro-Diaz D., Chartier-Kastler E., Del Popolo G., Kramer G., Pannek J., Radziszewski P., Wyndaele J.J. EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction // *Eur. Urol.* 2009. Vol. 56. № 1. P. 81-8.
9. Кушлинский Н.Е., Любимова Н.В. Бисфосфонаты в лечении метастазов рака предстательной железы в кости. Под ред. Трапезниковой М.Ф. М.: ПАМН, 2002.

В.В. Рафальский, В.В. Галкин, Е.В. Довгань

Антимикробная терапия острого цистита в условиях роста антибиотикорезистентности уропатогенов к фторхинолонам

1. Лопаткин Н.А., Деревянко И.И., Страчунский Л.С., Рафальский В.В. и др. Антибактериальная терапия неосложненного острого цистита и пиелонефрита у взрослых. Пособие для врачей // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2000. № 1. с. 69-76.
2. Nicolle L. Epidemiology of urinary tract infections // *Clinical Microbiology Newsletter*. 2002. № 24. С. 135-140.
3. Grabe M., Bjerklund-Johansen T., Botto H., Naber K., Bishop M. Guidelines on urological infections. European Association of Urology, 2010.
4. Zhanel G.G., Hisanaga T.L., Laing N.M., DeCorby M.R., Nichol K.A., Weshnowski B., Johnson J., Noreddin A., Low D.E., Karlowsky J.A., Hoban D.J. Antibiotic resistance in escherichia coli outpatient urinary isolates: Final results from the north american urinary tract infection collaborative alliance (nautica) // *Int. J. Antimicrob. Agents*. 2006. № 27. С. 468-475.
5. Naber K.G., Schito G., Botto H., Palou J., Mazzei T. Surveillance study in europe and brazil on clinical aspects and antimicrobial resistance epidemiology in females with cystitis (aresc): Implications for empiric therapy // *Eur. Urol.* 2008. № 54. С. 1164-1178.
6. Mathai E., Chandy S., Thomas K., Antoniswamy B., Joseph I., Mathai M., Sorensen T.L., Holloway K. Antimicrobial resistance surveillance among commensal escherichia coli in rural and urban areas in Southern India // *Trop. Med. Int. Health*. 2008. № 13. С. 41-45.
7. Рафальский В.В., Белокрысенко С.С., Малев И.В. и соавт. Чувствительность возбудителей инфекций мочевыводящих путей, выделенных в российской федерации к пероральному цефлоспорино III поколения цефиксиму // *Лечащий врач*. 2008. № 8. С. 27-29.
8. Vorobieva V., Semenova N., Haldorsen B.C., Aasnaes B., Naseer U., Simonsen G., Sundsfjord A. Clinical urinary tract isolates of enterobacteriaceae in the Arkhangelsk region, Russia: Antimicrobial resistance profiles and characterization of esbl-strains. 17th ECCMID/ 25th ICC March 31- April 3, 2007, Munich, Germany. 2007.
9. Andes D.R., Craig W.A. Cephalosporins. In: *Infectious diseases*. Eds. Cohen J., Powderly W.G. London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto, 2004. P. 294-307.
10. Hummers-Pradier E., Koch M., Ohse A.M., Heizmann W.R., Kochen M.M. Antibiotic resistance of urinary pathogens in female general practice patients // *Scandinavian journal of infectious diseases*. 2005. № 37. P. 256-261.
11. Calbo E., Romani V., Xercavins M., Gomez L., Vidal C.G., Quintana S., Vila J., Garau J. Risk factors for community-onset urinary tract infections due to escherichia coli harboring extended-spectrum beta-lactamases // *J. Antimicrob. Chemother.* 2006. № 57. P. 780-783.
12. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Бабкин П.А., Валенская В.С. и др. Резистентность возбудителей неосложненных инфекций мочевых путей в России // *Урология*. 2006. № 5. С. 34-37.
13. Schito G.C., Naber K.G., Botto H., Palou J., Mazzei T., Gualco L., Marchese A. The ARES study: An international survey on the antimicrobial resistance of pathogens involved in uncomplicated urinary tract infections // *Int. J. Antimicrob. Agents*. 2009. № 34. P. 407-413.
14. Naber K., Bjerklund-Johansen T., Bishop M. Eau guidelines for the management of urinary and male genital tract infections: European Association of Urology, 2006.
15. Lin C., Lim J., Radwanski E., Marco A., Affrime M. Pharmacokinetics and dose proportionality of ceftibuten in men // *Antimicrob. Agents Chemother.* 1995. № 39. P. 359-361.
16. Faulkner R.D., Bohaychuk W., Desjardings R.E., Look Z.M., Haynes J.D. et al. Pharmacokinetics of cefixime after once-a-day and twice-a-day dosing to steady state // *Journal of Clinical Pharmacology*. 1987. № 27. P. 807-812.
17. Iravani A., Richard G., Johnson D., Bryant A. A double-blinding, multicenter comparative study of the safety and efficacy of cefixime versus amoxicillin in the treatment of acute urinary tract infections in adult patient // *American Journal of Medicine*. 1988. № 85. P. 17-25.
18. Raz R., Rottensterich E., Boger S., Potasman I. Comparison of single-dose administration and three-day course of amoxicillin with those of clavulanic acid for treatment of uncomplicated urinary tract infection in women // *Antimicrob. Agents Chemother.* 1991. № 35. P. 1688-1690.
19. Iravani A., Richard G.A. Amoxicillin-clavulanic acid versus cefaclor in the treatment of urinary tract infections and their effects on the urogenital and rectal flora // *Antimicrob. Agents Chemother.* 1986. № 29. P. 107-111.
20. Hooton T.M., Scholes D., Gupta K., Stapleton A.E., Roberts P.L., Stamm W.E. Amoxicillin-clavulanate vs ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated cystitis in women: A randomized trial // *JAMA*. 2005. № 293. P. 949-955.
21. Williams K.J., Hebblethwaite E.M., Brown G.W., Cox D.M., Pleded S.J. Cefuroxime axetil in the treatment of uncomplicated uti: A comparison with cefaclor and augmentin // *Drugs Exp. Clin. Res.* 1987. № 13. P. 95-99.
22. Naber K.G., Koch E.M. Cefuroxime axetil versus ofloxacin for short-term therapy of acute uncomplicated lower urinary tract infections in women // *Infection*. 1993. № 21. P. 34-39.



Литература

23. Levenstein J., Summerfield P.J., Fourie S., Brink G., Michaelides B., Murray E., Naidoo N. Comparison of cefixime and co-trimoxazole in acute uncomplicated urinary tract infection. A double-blind general practice study // South African medical journal (Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde). 1986. № 70. P. 455-460.
24. Asbach H.W. Single dose oral administration of cefixime 400 mg in the treatment of acute uncomplicated cystitis and gonorrhoea // Drugs. 1991. № 42. P. 10-13.
25. Stein G.E., Christensen S., Mummaw N. Treatment of acute uncomplicated urinary tract infection with ceftibuten // Infection. 1991. № 19. P. 124-126.
26. Ceran N., Mert D., Kocdogan F.Y., Erdem I., Adalati R., Ozyurek S., Goktas P. A randomized comparative study of single-dose fosfomycin and 5-day ciprofloxacin in female patients with uncomplicated lower urinary tract infections // J. Infect. Chemother.
27. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Бабкин П.А., Валенская В.С., Габбасова Л.А., Дмитриева О.Б., Емельянова И.В., Крупин В.Н., Малев И.В., Петров С.Б., Рохликов И.М., Фурлетова Н.М., Хайруллов А.С. Резистентность возбудителей неосложненных инфекций мочевых путей в России // Урология. 2006. С. 34-37.
28. Рафальский В.В., Белокрысенко С.С., Малев И.В., Деревицкий А.В., Галкин В.В., Остроумова М.В., Ляхова О.А. Чувствительность возбудителей инфекций мочевыводящих путей, выделенных в российской федерации к пероральному цефалоспорино III поколения цеффиксиму // Лечащий врач. 2008. С. 27-29.
29. URL: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=394&d_no=1593, 2010.

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, Т.Г. Маркосян, С.С. Никитин, В.А. Григорян
Диагностика и медикаментозная терапия нейрогенных расстройств мочеиспускания

1. Хирургия предстательной железы / под ред. проф. С.Б. Петрова. СПб.: Изд. Сергея Ходова, 2004. 270 с.
2. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Уродинамические исследования у женщин. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 136 с.
3. Карлов В.А. Неврология. М.: МИА, 1999. 624 с.
4. Крупин В.Н., Белова А.Н. Нейроурология. М., 2005. 464 с.
5. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. и др. Результаты электромиографических исследований при консервативном лечении стрессового недержания мочи у женщин // Урология. 2001. № 5. С. 29-36.
6. Мазо Е.Б., Касаткина Л.Ф. и др. Синдром хронической тазовой боли или хронический простатит: взгляд с точки зрения игольчатой электромиографии мышц тазового дна // Урология. 2006. № 1. С. 43-47.
7. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. Вече, 2003. 160 с.
8. Felten, D.L., Jozefowicz R.F. Atlas neuroanatomii I neurofizjologii Poland. Wroclaw. Nettera / polish edition, translated by A. Szczudlik. Elsevier Urban and Partner. 2007. P. 304.
9. Brostrom S., Jennum P., Lose G. Motor evoked potentials from the striated urethral sphincter and puborectal muscle: reproducibility of latencies // Clin. Neurophysiology. 2003. № 114. P. 1891-1895.
10. Borland R.N., Walsh P.C. The management of rectal injury during radical retropubic prostatectomy // J. Urol. 1992. Vol. 147. № 3. P. 905-7.
11. Shafik A, Doss S: Surgical anatomy of the somatic terminal innervation to the anal and urethral sphincters: role in anal and urethral surgery // J. Urol. 1999. № 161. P. 85-89.
12. Swash M., Snooks S.J. Henry M.M. Unifying concept of pelvic floor disorders and incontinence // J. Roy. Soc. Med. 1985. Vol. 30. P. 906-911.
13. Ripert T. Transrectal high-intensity focused ultrasound (HIFU) treatment of localized prostate cancer: review of technical incidents and morbidity after 5 years of use // Prostate cancer Prostatic Dis. 2010. Vol. 13. № 2. P. 132-7.
14. Challacombe B.J. High-intensity focused ultrasound (HIFU) for localized prostate cancer: initial experience with a 2-year follow-up // BJU Int. 2009. Vol. 104. № 2. P. 200-4.
15. Murat F.J. et al. Mid-term results demonstrate salvage high-intensity focused ultrasound (HIFU) as an effective and acceptably morbid salvage treatment option for locally radiocurrent prostate cancer. // Eur. Urol. 2009. Vol. 55. № 3. P. 640-7.
16. Allen R.E., Hosker G.L., Smith A.R., Warrell D.W. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1990. Vol. 97. № 9. P. 770-9.
17. Robert R., Prat-Pradal D., Labat J.J., Bensignor M., Raoul S., Rebai R., Leborgne J. Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve // Surg. Radiol. Anat. 1998. Vol. 20. № 2. P. 93-8.
18. Park R., Martin S. et al. Anastomotic strictures following radical prostatectomy // Urology. 2001. Vol. 57. № 4. P. 742-746.
19. Wej J.T., Dunn R.L., Marcovich R. Prospective assessment of patient reported urinary continence after radical prostatectomy // J. Urol. 2000. № 164. P. 744-8.

К.Л. Локишин

Диагностика и лечение острых неосложненных инфекций нижних и верхних мочевых путей (цистита и пиелонефрита) женщин репродуктивного возраста

1. Kahlmeter G. Prevalence and antimicrobial susceptibility of pathogens in uncomplicated cystitis in Europe. The ECO.SENS study // J. Antimicrob Agents. 2003. Suppl. 2. P. 49-52.
2. Kahlmeter G. An international survey of the antimicrobial susceptibility of pathogens from uncomplicated urinary tract infections: the ECO.SENS Project // J. Antimicrob. Chemother. 2003. Vol. 51. № 1. P. 69-76.
3. Naber K. Short-term therapy of uncomplicated cystitis // Curr. Opin. Urol. 1999. P. 57-64.
4. Naber K.G., Bergman B., Bishop M.C., Bjerklund-Johansen T.E., Botto H., Lobel B., Jinenez Cruz F., Selvaggi F.P. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU).EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU) // Eur. Urol. 2001. Vol. 40. № 5. P. 576-88. Updated 2004.
5. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Кречикова О.И. и др. Резистентность возбудителей амбулаторных инфекций мочевыводящих путей по данным многоцентровых микробиологических исследований UTIAP-I и UTIAP-II // Урология. 2004. № 2. С. 13-17.
6. EAU Guidelines 2010, www.uroweb.org.



Литература

В.А. Ковалев

13 лет эры новейшей фармакотерапии эректильной дисфункции. Эволюция клинического подхода

1. Porst H., Sharlip I. History and Epidemiology of Male Sexual Dysfunction // Standart Practice in Sexual Medicine / ed. Porst H., Buvat J. 2006. P. 43–48.
2. Behr-Roussel D., Gorny D. et al. Chronic sildenafil improves erectile function and endothelium-dependent cavernosal relaxations in rats: lack of tachyphylaxis // Eur. Urol. 2005. Vol. 47 P. 87–91.
3. Shabsigh R., Kaufman J., Steidle C. et al. Randomized study of testosterone gel as adjunctive therapy to sildenafil in hypogonadal men with erectile dysfunction who do not respond to sildenafil alone // J. Urol. 2004. Vol. 172. P. 658–663.
4. Padma-Nathan H. et al. On demand IC351 (Cialis) enhances erectile function in patients with erectile dysfunction // Int. J. Impotence Res. 2001. Vol. 13. P. 2–9.
5. Ковалев В.А. Диагностика и лечение эректильной дисфункции: дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2001.
6. Porst H., Arnds S., Kleingarn M. A comparator trial between sildenafil, tadalafil and vardenafil - preliminary results in 150 patients // Int. J. Impot. Res. 2003. Vol. 15. Suppl. 6. P. 5.
7. Калинченко С.Ю., Роживанов Р.В. Причины неэффективности ингибиторов ФДЭ-5 типа у больных сахарным диабетом и эректильной дисфункцией // Сахарный диабет. 2006. № 1(30). С. 54–58.
8. Stanley E. Understanding ED emotions: the distress of performance and time. Regional Medical conf. 2003. Amsterdam.
9. Padma-Nathan H., Rosen R., Snabsigh R. et al. Tadalafil (IC351) provides prompt response and extended period of responsiveness for the treatment of men with erectile dysfunction (ED) // Int. J. Impot. Res. 2001. Vol. 13. Suppl. 4. P. 33.
10. Govier F., Potempa A.J., Kaufman J. et al. A multicenter randomized, double-blind cross-over study of Patient preference for Tadalafil 20 mg or Sildenafil Citrate 50 mg during initiation of treatment for erectile dysfunction // Clin. Therap. 2003. Vol. 25. № 11.
11. Stroberg P., Murphy A., Costigan T. Switching patients with erectile dysfunction from sildenafil citrate to tadalafil: results of a European multicenter, open-label study of patient preference // Clin. Ther. 2003. Vol. 25. № 11. P. 2724-2737.

В.П. Ярошенко, А.М. Миллер

Ирритативные расстройства мочеиспускания после трансуретральной электрорезекции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

1. Аль-Шукри С.Х., Ткачук И.Н. Профилактика ирритативных расстройств мочеиспускания после трансуретральной резекции простаты у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Нефрология. 2008. Т. 12. № 4. С. 67-71.
2. Горбачев А.Г., Бобков Ю.А., Аль-Шукри С.Х. Роль простатилена в патогенетическом лечении хронического простатита // Материалы Международного симпозиума «Геронтологические аспекты пептидной регуляции функций организма». СПб., 1996. С. 36.
3. Захматов Ю.М., Варенцов Г.И., Ответчиков И.Н., Корнев А.И. Динамика IPSS после разных видов оперативного лечения ДГПЖ // Материалы 10-го Российского съезда урологов. М., 2002. С. 112-114.
4. Камалов А.А., Гуцин Б.Л., Дорофеев С.Д. и соавт. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Урология. 2004. № 1. С. 30-34.
5. Камалов А.А., Ефремов Е.А., Дорофеев С.Д. и соавт. Витапрост-форте в лечении больных с аденомой предстательной железы // Урология. 2007. № 3. С. 39-47.
6. Лоран О.Б., Лукьянов И.В., Марков А.В. Комплексная терапия ирритативных расстройств мочеиспускания после оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы с применением АПК «Андро-гин» // Урология. 2005. № 3. С. 15-18.
7. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. М., 1997.
8. Мартов А.Г., Меринов Д.С., Корниенко С.И. и соавт. Послеоперационные урологические осложнения трансуретральных электрохирургических вмешательств на предстательной железе по поводу аденомы // Урология. 2006. № 2. С. 25-31.
9. Миллер А.М., Ярошенко В.П., Сорока П.В., Стахнев Е.Ю. Изучение эффективности применения препарата Витапрост Форте у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Эффективная фармакотерапия в урологии. М, 2009. № 3. С. 32-35.
10. Новиков И.Ф., Александров В.П., Артемов В.В. Эндоскопические методы лечения урологических больных. СПб., 2002. 230 с.

А.В. Зайцев, П.И. Раснер, А.В. Говоров, М.А. Курджиев

Современный взгляд на антибактериальную профилактику при трансректальной биопсии предстательной железы в условиях роста резистентности микроорганизмов

1. Эйдельштейн М.В., Страчунский Л.С. и др. // КМАХ. 2005. № 4. P. 323-36.
2. The bacterial challenge: time to react: ECDC/EMEA Joint Technical Report. Stockholm, 2009.
3. Krieger J.N. Infection and Inflammation // AUA News. 2010. Vol. 15. Iss. 6. P. 7-9.
4. Jimenez-Pacheco A. et al. // AUA. 2010. abstr. № 599.
5. Wagenlehner F.M.E., Bjerklund-Johansen T.E. ESIU alert: pan-resistant bacteria in urinary tract infections. 2010. 7 December. EAU Newsletter.
6. Kumarasamy K.K., Toleman M.A., Walsh T.R., Bagaria J. et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study // The Lancet Infectious Diseases. 2010. Vol. 10. Iss. 9. P. 597–602.
7. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Диагностика и лечение локализованного



Литература

- рака предстательной железы. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 320 с.
8. Webb N.R., Woo H.H. Antibiotic prophylaxis for prostate biopsy // BJU Int. 2002. № 89. P. 824–8.
 9. Nóbrega de Jesus C.M., Corrêa L.A., Padovani C.R. Complications and risk factors in transrectal ultrasound-guided prostate biopsies // Sao Paulo Med. J. 2006. Vol. 124. № 4. P. 198–202.
 10. Miura T., Tanaka K., Shigemura K., Nakano Y., Takenaka A., Fujisawa M. Levofloxacin resistant Escherichia coli sepsis following an ultrasound-guided transrectal prostate biopsy: Report of four cases and review of the literature // International Journal of Urology. 2008. № 15. P. 457–459.
 11. Scotton P.G., Vaglia A., Rizzi M., Ravasio V., Mengoli C. Which antibiotic prophylaxis to use for urologic procedures in patients at risk for infective endocarditis: a report on two cases // Infez. Med. 2006. Vol. 14. № 4. P. 246–7.
 12. Crundwell M.C., Cooke P.W., Wallace D.M. Patients' tolerance of transrectal ultrasound-guided prostatic biopsy: an audit of 104 cases // BJU Int. 1999. № 83. P. 792–5.
 13. Puig J., Darnell A., Bermúdez P. et al. Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: is antibiotic prophylaxis necessary? // Eur. Radiol. 2006. № 16. P. 939–43.
 14. Nam K.R., Saskin R., Lee Y. et al. Increasing Hospital Admission Rates for Urological Complications After Transrectal Ultrasound Guided Prostate Biopsy // J. Urol. 2010. № 183. P. 963–969.
 15. Aron M., Rajeev T.P., Gupta N.P. Antibiotic prophylaxis for transrectal needle biopsy of the prostate: a randomized controlled study // BJU Int. 2000. № 85. P. 682–685.
 16. Kapoor D.A., Klimberg I.W., Malek G.H. et al. Single-dose oral ciprofloxacin versus placebo for prophylaxis during transrectal prostate biopsy // Urology. 1998. № 52. P. 552–8.
 17. Shandera K.C., Thibault G.P., Deshon G.E.Jr. Variability in patient preparation for prostate biopsy among American urologists // Urology. 1998. № 52. P. 644–6.
 18. Burden H.P., Ranasinghe W., Persad R. Antibiotics for transrectal ultrasonography-guided prostate biopsy: are we practicing evidence-based medicine? // BJU Int. 2008. № 101. P. 1202–1204.
 19. Schaeffer A.J., Montorsi F., Scattoni V., Perroncel R., Song J. Haverstock D.C., Pertel P.E. Comparison of a 3-day with a 1-day regimen of an extended-release formulation of ciprofloxacin as antimicrobial prophylaxis for patients undergoing transrectal needle biopsy of the prostate // BJU Int. 2007. № 100. P. 51–57.
 20. Briffaux R., Coloby P., Bruyere F., Ouaki F., Pires C., Doré B., Irani J. One preoperative dose randomized against 3-day antibiotic prophylaxis for transrectal ultrasonography-guided prostate biopsy // BJU Int. 2008. № 103. P. 1069–1073.
 21. Patel U., Kirby R. Infections after prostate biopsy and antibiotic resistance // BJU Int. 2008. № 101. P. 1201.
 22. Chappell B., O'Brien T. The letter on article [Patel U, Kirby R. Infections after prostate biopsy and antibiotic resistance // BJU Int. 2008. № 101. P. 1201 // BJU Int. 2009. № 103. P. 409.
 23. Tal R., Livne P.M., Lask D.M., Baniel J. Empirical management of urinary tract infections complicating transrectal ultrasound guided prostate biopsy // J. Urol. 2003. № 169. P. 1762–5.
 24. Casay J. et al. // AUA. 2010. abst. № 609.
 25. Uddin M. et al. // AUA. 2010. abst. № 807.
 26. Jung S. et al. // AUA. 2010. abst. № 808.
 27. Gillespie J.L., Arnold K.E., Noble-Wang J. et al. Outbreak of Pseudomonas aeruginosa Infections After Transrectal Ultrasound-Guided Prostate Biopsy // Urology. 2007. Vol. 69. Iss. 5. P. 912–914.
 28. Olshtain-Pops K., Block C., Temper V. et al. An Outbreak of Achromobacter xylosoxidans Associated With Ultrasound Gel Used During Transrectal Ultrasound Guided Prostate Biopsy // J. Urol. 2011. Vol. 185. Iss. 1. P. 144–147.
 29. Drusano G.L., Preston S.L., Van Guilder M., North D., Gombert M., Oefelein M., Boccumini L., Weisinger B., Corrado M., Kahn J. A population pharmacokinetic analysis of the penetration of the prostate by levofloxacin // Antimicrob. Agents Chemother. 2000. Vol. 44. № 8. P. 2046–51.
 30. Croom K.F., Goa K.L. Levofloxacin: a review of its use in the treatment of bacterial infections in the United States // Drugs. 2003. Vol. 63. № 24. P. 2768–802.
 31. Naber K.G. Levofloxacin in the treatment of urinary tract infection and prostatitis // J. Chemotherapy. 2004. Vol. 16. Suppl. 2. P. 18–21.
 32. Griffith B.C., Morey A.F., Ali-Khan M.M., Canby-Hagino E., Foley J.P., Rozanski T.A. Single dose levofloxacin prophylaxis for prostate biopsy in patients at low risk // J. Urol. 2002. Vol. 168. № 3. P. 1021–1023.
 33. Shigehara K., Miyagi T., Nakashima T., Shimamura M. Acute bacterial prostatitis after transrectal prostate needle biopsy: clinical analysis // J. Infect. Chemother. 2008. Vol. 14. № 1. P. 40–3.
 34. Feliciano J., Teper E., Ferrandino M., Macchia R.J., Blank W., Grunberger I., Colon I. The incidence of fluoroquinolone resistant infections after prostate biopsy are fluoroquinolones still effective prophylaxis? // J. Urol. 2008. Vol. 179. № 3. P. 952–5.
 35. Yamamoto S., Ishitoya S., Segawa T., Kamoto T., Okumura K., Ogawa O. Antibiotic prophylaxis for transrectal prostate biopsy: a prospective randomized study of tosufloxacin versus levofloxacin // Int. J. Urol. 2008. Vol. 15. № 7. P. 604–6.
 36. Берников А.Н., Раснер П.И., Говоров А.В., Бормотин А.В. Профилактическая антибактериальная терапия при трансректальной биопсии предстательной железы // Фарматека. 2002. № 10. P. 59–60.
 37. Говоров А.В., Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В., Курджиев М.А. Антибактериальная профилактика Левофлоксацином при трансректальной биопсии предстательной железы – новый стандарт? Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов». Москва. 8–9 февраля. 2007. С. 34–35



Актуальные вопросы урологии



Приветственное слово
проф. О.И. Аполихина



Выставочная экспозиция



Проф. В.А. Ковалев на открытии
конференции

14–15 октября 2010 года в Москве при активном участии группы компаний «Медфорум» состоялась II Урологическая конференция «Актуальные вопросы урологии». В ходе данного мероприятия специалисты из разных городов смогли обменяться опытом, прослушать доклады и информационные сообщения о передовых методиках и технологиях восстановления мужского здоровья, а также, посетив проходившую в рамках конференции специализированную выставку, ознакомиться с новейшими достижениями как отечественной, так и зарубежной медицинской промышленности: препаратами для фармакотерапии урологических заболеваний и современным медицинским оборудованием для хирургического лечения болезней данного профиля.

Важнее важного

Открывая конференцию, к собравшимся с приветственным словом обратился директор НИИ урологии профессор Олег Иванович Аполихин. Он отметил, что хотя количество конференций, семинаров и других мероприятий, на которых присутствуют урологи, год от года лишь увеличивается, конференция «Актуальные вопросы урологии» по-прежнему стоит особняком, так как обладает определенной тематической направленностью, представляющей интерес для практикующих врачей данной специальности.

Также присутствующих поприветствовали остальные члены президиума: заведующий кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, член-корреспондент РАМН Юрий Геннадьевич Аляев и заместитель директора института урологии профессор Элана Константиновна Яненко, после чего начались выступления докладчиков. Первым на трибуну поднялся заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, профессор Валентин Александрович Ковалев.

Профессор Ковалев – одна из заметных фигур отечественной и мировой урологии: в период с 1998 по 2001 год он был членом консультативного Совета Европейского общества мужской генитальной хирургии, в тот же период проходил стажировку по имплантационной хирургии в ведущих клиниках США. Сегодня Валентин Александрович является членом Российского и Европейского обществ урологов, Европейского общества мужской генитальной хирургии, а также Европейского и Международного обществ сексуальной медицины. В программном докладе «Актуальные вопросы урологии», которым профессор Ковалев открыл работу конференции, Валентин Александрович осветил наиболее значимые вопросы, стоящие сегодня перед представителями данной области медицины. Проблемных моментов оказалось немало, что неудивительно, если учесть, что болезни урологического профиля причиняют пациентам одновременно физические и психологические страдания. Более того, именно от распространенности урологических заболеваний, от того, насколько своевременно и качественно оказывается медицинская помощь



II Урологическая конференция

данного профиля, напрямую зависит состояние российской демографии.

Чтобы понять, насколько значима деятельность врача-уролога, достаточно вспомнить, что урологические заболевания не только уносят жизни пациентов, но и не дают им шанса на полноценную половую жизнь и рождение детей. А значит, реальный ущерб, наносимый урологическими заболеваниями здоровью нации, гораздо больше, чем тот, что отражается в медицинской статистике.

Именно поэтому так велика значимость регулярных профилактических осмотров. Они должны проводиться среди всего мужского населения страны вне зависимости от возраста. И маленький мальчик, и подросток, и молодой, и зрелый мужчина – все они нуждаются в постоянном наблюдении уролога. Сегодня же первая встреча с данным специалистом, как правило, происходит в возрасте 60 лет, уже после получения результата анализа крови на простат-специфический антиген. К сожалению, даже данное скрининговое обследование – по причине слабой технической оснащенности, территориальной удаленности от крупных федеральных центров и кадровых проблем – проводится далеко не во всех уголках нашей страны.

Борьба с инфекцией

В ходе конференции все присутствующие получили возможность ознакомиться с последними достижениями медицины в области урологии. Специалисты из самых разных лечебных и научных учреждений страны зачитывали доклады, посвященные наиболее актуальным проблемам современной урологии. Всего за 2 дня конференции было сделано около 50 сообщений, затрагивающих самые разные аспекты лечения заболеваний мужской мочеполовой системы как оперативными, так и консервативными методами.

В частности, довольно много говорилось о проблемах антибиотикотерапии. Так, профессор кафедры

урологии и хирургической андрологии Любовь Александровна Синякова рассказала присутствующим о современных подходах к эмпирической терапии осложненных инфекций мочевых путей. Данная тема хорошо известна ей как ученому секретарю Проблемной комиссии «Воспалительные заболевания мочеполовой системы» Научного совета по уронефрологии РАМН и МЗ РФ.

Грамотно подобранная терапия обладает целым рядом неоспоримых преимуществ: экономической и терапевтической эффективностью, а также возможностью предотвращения появления полирезистентных штаммов микробов. Если говорить об эмпирической терапии, то проблему следует рассматривать сразу по трем позициям: антибиотик и предполагаемый возбудитель, антибиотик и стадии и формы пиелонефрита и антибиотик и резистентность возбудителя. Профессор Синякова подчеркнула: «Для назначения адекватного эмпирического лечения необходимо учитывать предполагаемую этиологию. Терапия различается в зависимости от того, идет ли речь о восходящей инфекции (и тогда можно предположить наличие кишечной палочки), об обструктивном пиелонефрите (как правило, вызываемом несколькими возбудителями) или о первичном пиелонефрите в стадии единичного абсцесса (в 90% случаев он обусловлен стафилококковой инфекцией)».

Обсуждались также вопросы профилактики инфекций, например, профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. Сеченова Андрей Зиновьевич Винаров выступил с докладом на тему «Противорецидивное лечение и профилактика инфекций мочевых путей».

Очевидно, что лучшей профилактикой рецидивов является адекватная терапия первичной инфекции, которая должна быть направлена на полное устранение возбудителя. К сожалению, нередко бывает и так, что возбудитель первичной инфекции не обнаруживается и

не устраняется: ошибки в лечении неосложненных инфекций возникают почти в 48% случаев. Получается, что практически у половины пациентов неправильно выбирается препарат или сроки лечения, что приводит к появлению персистирующего гнойно-воспалительного процесса.

Профессор Винаров подчеркнул важную роль эпидемиологических исследований, касающихся резистентности различных микроорганизмов к противомикробным препаратам. Именно на эти данные и должны опираться врачи, подбирая лечение. При этом эмпирическое назначение препаратов, резистентность к которым в популяции больше 15–20%, нецелесообразно, оно возможно лишь после посевов и определения чувствительности микрофлоры конкретного пациента к определенному противомикробному препарату.

Прошлое, настоящее, будущее

Еще одним значимым выступлением прошедшей конференции был доклад Валентина Александровича Ковалева, посвященный приоритетам в отечественной урологической науке. Во всем мире сейчас делаются операции по уретропластике с применением слизистой ротовой полости, но мало кто знает, что первую подобную операцию в мире выполнил отечественный хирург еще в 1894 году, и только спустя 100 лет медицина вернулась к использованию этой методики, сочтя ее высокоэффективной. Упомянул профессор Ковалев и о других достижениях отечественной урологии, например, о проведенной в 1973 году российским хирургом Лопаткиным трансплантации почки и о выполненной 25 лет назад докторами Марковым и Морозовым перкутанной нефролитэкстракции.

Будем надеяться, что прошедшая II Урологическая конференция «Актуальные вопросы урологии» дала специалистам-урологам возможность поделиться с коллегами собственными достижениями и послушать об успехах других. 🍷

Урология



Репродуктивное здоровье: на стыке трех специальностей

Первая Научно-практическая конференция «Междисциплинарные аспекты взаимодействия акушеров-гинекологов, урологов и венерологов» состоялась 28 октября 2010 г. Ведущие специалисты смежных специальностей собрались, чтобы поделиться друг с другом взглядами на диагностику, лечение и профилактику заболеваний на стыке урологии, дерматовенерологии, акушерства и гинекологии. Форум заложил основу для концептуальных междисциплинарных подходов в решении острых вопросов ряда социально значимых заболеваний.

Необходимость рассматривать эти вопросы на междисциплинарном уровне назрела давно. Об этом, в частности, говорил проректор по лечебной работе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, директор Клинического центра, член-корреспондент РАМН, профессор Н.А. Ефименко. Он отметил, что принцип междисциплинарности – один из эффективных способов решения проблем в современной медицине. Это закреплено в тексте «Всемирной Декларации о Высшем образовании XXI века: подходы и практические меры», принятой участниками Международной конференции по Высшему образованию (Штаб-квартира ЮНЕСКО). Статьи 5 и 6 Декларации содержат рекомендации по внедрению принципов междисциплинарности и трансдисциплинарности в программу учебного процесса. Следуя этим рекомендациям, по инициативе ректора Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, член-корреспондента РАМН, профессора П.В. Глыбочко в 2010 г. создан Научно-исследовательский институт уронефрологии и репродуктивного здоровья человека. В состав НИИ входят 13 научно-практических подразделений. Эта инновационная структура призвана консолидировать уси-

лия по решению междисциплинарных проблем в уронефрологии, акушерстве и гинекологии, репродуктивном здоровье человека.

Н.А. Ефименко обозначил несомненную актуальность и своевременность проведения конференции. В частности, он подчеркнул: «Женское и мужское репродуктивное здоровье – это основные факторы, определяющие демографическую ситуацию в стране. В последние годы увеличилась доля заболеваний мочеполовых органов, что во многом определяет рост числа осложнений во время беременности и родов, а также неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья новорожденных».

Учитывая лидирующие позиции Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в развитии инновационных технологий диагностики, лечения и профилактики социально значимых заболеваний, конференция привлекла внимание широкой медицинской общественности. Конференц-зал Клиники акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева был переполнен слушателями. Всего мероприятие посетили более 400 специалистов в области урологии, акушерства, гинекологии и дерматовенерологии из Москвы и Московской области. На пленарных заседаниях обсуждались наиболее актуальные

вопросы, общие для акушеров-гинекологов, урологов и венерологов. Основное внимание было уделено проблеме инфекций: внутриутробных инфекций плода, вагинальных инфекций, генитальной папилломавирусной, микоплазменной и герпетической инфекции, инфекций в урогинекологической практике. Кроме того, поднимались вопросы профилактики и лечения интраоперационных урологических осложнений у гинекологических больных, расстройства мочеиспускания у женщин и др.

В рамках конференции проходила специализированная выставка «Женское и мужское здоровье», на которой были представлены последние достижения в области инновационных лекарственных средств. Для журналистов был организован пресс-тур с посещением Центра репродуктивного здоровья и Клиники акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева.

Участники конференции выразили желание сделать мероприятие традиционным, поскольку взаимодействие акушеров-гинекологов, урологов и венерологов крайне необходимо для эффективного решения целого ряда научных и практических задач. 🌸

*Подготовила
А.Зименкова*

План научно-практических мероприятий и специализированных выставок

ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Минздравсоцразвития России на 2011 год



27–28 января	XXVIII Научно-практическая конференция с международным участием Рахмановские чтения «Генодерматозы: современное состояние, проблемы» Специализированная выставка «Дерматовенерология: диагностика и лекарственная терапия» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
10–11 марта	Общественный международный форум, приуроченный к Всемирному дню почки «Здоровье нации – наше общее дело» Специализированная выставка «Нефрология сегодня» Место проведения: г. Коломна, Московская область, конькобежный центр «Коломна»
30 марта	Ежегодная научно-практическая конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины» Специализированная выставка «Лекарственные средства для лечения болезней уха, горла и носа» Место проведения: Медицинский центр Управления делами Президента (г. Москва, Романов переулок, д. 2)
25–27 мая	III Научно-образовательный форум с международным участием «Медицинская диагностика – 2011» совместно с V Всероссийским национальным конгрессом лучевых диагностов и терапевтов «Радиология-2011» Специализированная выставка «Меддиагностика-2011» Место проведения: г. Москва, МВЦ «Крокус-Экспо»
4 октября	Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Фундаментальные и клинические аспекты клеточных, тканевых и нанотехнологий в уронефрологии» Место проведения: г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1, ЦКК Университетской клинической больницы № 1, конференц-зал, II этаж
6–7 октября	Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей» Специализированная выставка «Туберкулез – профилактика, диагностика и лечение туберкулеза у детей» Место проведения: г. Москва, ул. Достоевского, д. 4, НИИ фтизиопульмонологии
13–14 октября	Всероссийская Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы эпидемиологии на современном этапе» Специализированная выставка «Современные технологии и средства диагностики, надзора и профилактики инфекционных болезней» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
13–14 октября	VII Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Лучевая диагностика и научно-технический прогресс» Место проведения: г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр. 1, ЦКК Университетской клинической больницы № 1, конференц-зал, II этаж
28 октября	Научно-практическая конференция «Междисциплинарные аспекты взаимодействия акушеров-гинекологов, урологов и венерологов» Специализированная выставка «Женское и мужское здоровье» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
3–4 ноября	IV Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
9 ноября	Научно-практическая конференция «Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога и косметолога» Специализированная выставка «Новые лекарственные препараты в дерматовенерологии и косметологии» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
18–19 ноября	Научно-практическая конференция с международным участием «Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному» Специализированная выставка «Новые лекарственные препараты в педиатрии, питание и средства ухода за малышом» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
8 декабря	Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Актуальные проблемы гастроэнтерологии. Василенковские чтения» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
Декабрь 2 дня	II Всероссийская конференция «Когнитивные и другие нервно-психические нарушения» Специализированная выставка «Лечение когнитивных и других нервно-психических нарушений» Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж



Берегите мужчин!

1 декабря 2010 года состоялась пресс-конференция «Формула здоровья мужчины. Как вернуть или сохранить мужскую силу». Проблема ухудшения мужского здоровья в нашей стране весьма актуальна. Средняя продолжительность жизни мужского населения в России составляет 59 лет. О причинах сложившейся неблагоприятной ситуации и путях выхода из нее говорили ведущие российские и зарубежные урологи-андрологи и специалисты смежных областей медицины. Особое внимание было уделено современному подходу к профилактике и лечению эректильной дисфункции.



Призыв 1970-х годов «Берегите мужчин!» напомнила собравшимся представителям СМИ и спикерам модератор пресс-конференции **И.И. Чукаева**, д. м. н., профессор РГМУ. Она заметила: «Я думаю, что большинство этот лозунг забыли, потому что мы стали говорить о здоровье женщин. На самом деле, когда мы анализируем проблемы современного общества, то прекрасно понимаем, что по-прежнему

именно с мужчинами связано уменьшение продолжительности жизни населения и особое течение заболеваний. Скажем, метаболический синдром и артериальная гипертония возникают раньше и обычно устойчивее у мужчин. Ишемическая болезнь сердца тоже возникает раньше и протекает гораздо тяжелее, риск внезапной смерти, конечно, выше именно у этого контингента пациентов. У российских мужчин

раньше возникает зависимость от табакокурения, алкоголизм. И, безусловно, проблемы, связанные с мужской анатомией, – уроандрологические проблемы – требуют особого внимания».

С точки зрения председателя Российского общества урологов, академика РАМН, профессора **Н.А. Лопаткина**, «важно то, что особое внимание в здравоохранении будет уделено улучшению оказания помощи детям, подрост-



Формула здоровья мужчины. Как вернуть или сохранить мужскую силу

кам и прочим проблемам восстановления численности населения нашего государства. Социальная значимость уроandroлогии несомненна: как уже было сказано, продолжительность жизни российского мужчины значительно меньше, чем за рубежом – в Америке, во Франции. И тому есть много причин. Другой вопрос: есть ли условия для того, чтобы с успехом справиться с решением этой задачи. Сегодня все чаще появляются хорошо оснащенные мужские консультации. Но мало иметь хорошее и современное оборудование, надо, чтобы этим оборудованием врачи умели пользоваться. Без этого ничего хорошего не получится, – утверждает академик Лопаткин. – Основная, на мой взгляд, задача – готовить специалистов высокого класса. Недавно открывшийся в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова Научно-исследовательский институт уронефрологии и репродуктивного здоровья человека сыграет важную роль в борьбе со многими мужскими недугами. Важно помнить, что здоровье мужчины не только его личное дело – от него напрямую зависит благополучие семьи и здоровье будущих детей».

Проректор по научной и инновационной деятельности Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор **В.Н. Николенко** рассказал коллегам о деятельности нового НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека. «Восстановление репродуктивного здоровья – это проблема не только медицинская, но и социальная. Это проблема государственной важности. Сохранение репродуктивного здоровья мужчин стоит в одном ряду с проблемой национальной безопасности, – отметил Николенко. – На сегодняшний день у каждой пятой семьи возникают проблемы с зачатием ребенка. На Ученом совете университета было принято решение создать в структуре университета научно-исследовательский институт, главной задачей которо-

го станет консолидация усилий, направленных на изучение нарушений репродуктивного здоровья мужчин и женщин и лечение пациентов. Возглавил Институт ректор нашего университета, член-корреспондент РАМН, профессор Петр Витальевич Глыбочко, который является вице-президентом Российского общества урологов. Одной из особенностей нового НИИ станет возможность работать не только с отдельными пациентами, но и решать проблемы семьи».

Профессор **И.И. Чукаева** напомнила о том, что ВОЗ уже давно разграничила понятие репродуктивного и сексуального здоровья и «репродуктивное здоровье – это, по сути, отсутствие расстройств, дисфункций, болезней, которые препятствуют рождению ребенка. Сексуальное здоровье – это комфорт, чувство эмоционального, социального благополучия, которое человек получает от интимных отношений. Очень важно понимать, что в обоих направлениях нам надо работать, когда мы говорим о мужском здоровье. Не говоря уже о том, что и кардиологи, и терапевты, и другие специалисты могут и должны принимать в этом участие. Сегодня мы знаем, что отношения между мужчиной и женщиной – это не только рождение детей, но и продолжительность, и качество жизни. 25-летние наблюдения продемонстрировали, что частота полового акта – это значимый предиктор продолжительности жизни. Раннее прекращение половой жизни (до 70 лет) ассоциируется с риском смерти. Как мы можем не говорить об этом?» По мнению профессора, генерального секретаря Международного общества «Мужское здоровье» (Вена, Австрия) **Зигфрида Мерина**, в первую очередь людей волнует качество жизни, а его во многом определяет полноценная сексуальная жизнь. «За последние 3–4 года было опубликовано множество исследований, которые показывают как с точки зрения мужчин, так и с точки зрения женщин,



Н.А. Лопаткин

что если на протяжении жизни у них был позитивный сексуальный опыт, то само качество жизни было намного лучше. Сейчас мы уже расстались с мифом о том, что после 50–60 лет сексуальная жизнь заканчивается. Тем более для молодых мужчин секс обязательно представляет громадный интерес». 3. Мерин привел данные отчета Европейского комитета о состоянии здоровья мужчин в 27 странах-членах ЕС. Надо сказать, что продолжительность жизни мужчин на 4–6 лет короче, чем у женщин. Результаты показали, что во всех странах мужчины все больше и больше интересуются своим здоровьем, но, к сожалению «не только сами мужчи-



В.Н. Николенко



Пресс-конференция



Зигфрид Мерин

ны, но также масса врачей стесняется говорить о сексе». З. Мерин привел несколько тому причин: некоторые не имеют знаний в области сексологии, андрологии, а «для некоторых говорить о сексе – табу». Профессор подчеркнул, что «нужно воодушевить мужчин говорить на эту тему, обращаться к врачу и задавать интересующие



В.В. Борисов

вопросы, поскольку это связано с качеством жизни. Для России это связано с будущим страны, с рождением детей. Иногда бывает, что мы можем выявить какие-то другие заболевания и помочь этим мужчинам на ранней стадии развития болезни», – завершил профессор З. Мерин.

В подтверждение слов З. Мерина И.И. Чукаева привела такой пример: «Я думаю, вы все помните ситуацию 80-х гг., когда в телемосте с Америкой прозвучало, что в Советском Союзе секса нет. Кстати, потом прозвучали слова «У нас есть любовь». Но эти слова утонули в грохоте аплодисментов и хохоте. Но проблема в том, что, действительно, отношение к самому слову в нашей стране было чрезвычайно непостоянным. Вот несколько цифр по России: 21% мужчин недовольны качеством своих сексуальных отношений и хотели бы их улучшить, но только 10% из них считают возможным обратиться по этому поводу к врачу. Более того, они не знают, к кому. И только 4% респондентов готовы обсуждать эту проблему со своими близкими».

Профессор кафедры нефрологии и гемодиализа ФППО врачей Первого МГМУ им. И.М. Сеченова **В.В. Борисов** подчеркнул, что причины большинства проблем заключаются в «тесно переплетенных сексуальных взаимоотношениях и социальных аспектах совместной жизни» мужчины и женщины. А также взгляды на идеал мужчины и женщины, на отношение к себе, на сексуальную самооценку, на определенные предпочтения, влияние социального положения мужчины и женщины на выбор сексуального партнера, проблемы семейных измен, жизни в браке в целом ряде случаев без секса, попытки восстановления сексуальных отношений и многое другое. В последние годы наметилась совершенно определенная тенденция: большее внимание уделять партнерским взаимоотношениям, анализу мужских и женских сексуальных расстройств как причин, которые в частности вызывают эректильную дисфункцию. Однако В.В. Борисов отметил, «что вопросы эти настолько интимны, что вмешательство возможно только если имеется сформулированная жалоба со стороны больного или со стороны сексуальной пары». До-

кладчик остановился на возникших с появлением эффективных средств для лечения эректильных дисфункций противоречиях. «С одной стороны, уролог, занятый андрологическими проблемами, порой отказывается учитывать в должной мере парность полового акта и уподобляет эрекцию у мужчины работе бытового выключателя. С другой – сексопатологи, психиатры рекомендуют устранять препятствия к установлению взаимоотношений, советуют скорейшим образом разрешать психологические и бытовые проблемы, устранять стрессы, заниматься необходимым психосексуальным обучением пары. И эти рекомендации порой носят общий неопределенный характер и невозможны в практической врачебной деятельности». На основании крупных популяционных исследований было установлено, что для 85% женщин в сексе важнее всего длительность полового акта. А для большинства мужчин приоритетным условием успешности сексуального контакта является твердость эрекции. Однако В.В. Борисов подчеркнул, что «половые органы в норме при половом акте функционируют так, что женщина может способствовать максимально твердой эрекции, а мужчина может ее обеспечить и поддержать для совершения полноценного продолжительного полового акта. Именно в этом и есть сексуальная гармония».

В.В. Борисов коснулся темы медикаментозного лечения эректильной дисфункции. «С появлением ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа мы стали лечить больных патогенетически. И знание патогенеза позволяет сегодня сказать, что в настоящее время неизлечимых нарушений эрекции не существует. Двенадцать лет, которые прошли с момента появления первого ингибитора ФДЭ-5, позволили не только детально изучить те физиологические процессы, которые лежат в основе эрекции, но и понять, как эта функ-



Формула здоровья мужчины. Как вернуть или сохранить мужскую силу

ция регулируется. Ингибиторы ФДЭ-5 по своему действию абсолютно аналогичны, но отличаются некими индивидуальными особенностями. Именно это на сегодняшний день и должно быть критерием их назначения конкретным больным».

Завершая свое выступление, В.В. Борисов подвел итог: «Задачей лечения эректильной дисфункции сегодня следует считать достижение длительного и стойкого эффекта в виде качественного, регулярного и безопасного секса в стабильной паре, являющегося основой ее сохранения в бесконфликтном существовании. И врач любой специальности для лечения такого рода больных должен иметь качественную медицинскую общебиологическую подготовку и в то же время обладать и достаточным тактом, и достаточным жизненным опытом, и, бесспорно, соблюдать все необходимые этические принципы и ограничения».

Особый интерес слушателей вызвал доклад заведующей кафедрой эндокринологии РУДН, профессора **С.Ю. Калинченко**. Она говорила о прогрессирующем мужском бесплодии: «Если в 2001 году на долю мужского бесплодия приходилось 38% случаев, то в 2010 на долю мужского бесплодия в мире приходится уже более 50% случаев. 50 лет назад мужское бесплодие было казуистикой, и мужчину начинали обследовать только тогда, когда была идеально обследована женщина». С.Ю. Калинченко рассказала, что в структуре бесплодия у мужчин первое место занимает идиопатическое бесплодие, когда нельзя точно установить его причину. «На втором – варикоцеле, на третьем – низкий тестостерон, в 10% случаев – эректильная дисфункция. Эрекция – это сосудистый феномен, и нужно, чтобы сосуды работали, детренированность сосудов – это плохо. Диагноз неизлечимой эректильной дисфункции сегодня ставить стыдно. У нас есть аб-

солютно все, чтобы не довести любое заболевание до его тяжелых последствий». Завершая свое выступление, профессор Калинченко развеяла миф о том, что возраст – лимитирующий фактор для сексуальной активности: «Здоровый мужчина – это мужчина без ожирения, с нормальным уровнем тестостерона и с нормальными сосудами. Он должен до последнего вздоха сохранять желание и возможность проведения полового акта так, как было в 30 лет. Другое дело, что в 50-60-70 и 80 лет не каждое желание реализуется так, как было в 30. Нормальный уровень тестостерона, нормальные сосуды – это залог долголетия. И сексуального в том числе».

Директор центра маркетинговых исследований **Д.В. Мелик-Гусейнов** представил обзор рынка средств для лечения эректильной дисфункции: «Первый препарат класса ингибиторов ФДЭ-5 Виагра для лечения эректильной дисфункции был открыт совершенно случайно. Изначально препарат таргетировался под нозологию сердечно-сосудистых заболеваний, и его влияние на эректильную функцию было побочным действием, которое обнаружили при испытании препарата. Именно побочный эффект препарата определил его популярность. Важная проблема, которая тормозит развитие рынка, – конечно, низкая культура потребления и низкая культура назначения. Мы здесь уже говорили о кадрах и, к сожалению, сегодня единицы врачей, которые компетентны в этой теме и способны сделать квалифицированные назначения».

Завершая пресс-конференцию, модератор И.И. Чукаева подчеркнула важность рассмотрения проблемы эректильной дисфункции как междисциплинарной. Инфаркт, инсульт, сахарный диабет, артериальная гипертензия, возраст «не должны лишать мужчин радости секса». Об этом должны знать больные и со многими другими соматическими за-



С.Ю. Калинченко

болеваниями, которые приводят к развитию эректильной дисфункции. «Мы должны знать, говорить и понимать, что спасение есть».

Информация, представленная на пресс-конференции, собравшей многие федеральные СМИ, может послужить поводом для мужчин чаще посещать врачей и



Д.В. Мелик-Гусейнов

в какой-то мере восполнить недостаток образовательной и просветительской работы с населением, который является одной из немаловажных причин сложившейся катастрофической демографической ситуации в России. ☹

Материал подготовила
В. Павлова



«Право на жизнь»

На сегодняшний день в России более 13% населения страдает заболеваниями почек. Ежегодный рост числа больных составляет порядка 14%. Проблемам диагностики нефрологических заболеваний, лечения и лекарственного обеспечения как диализных, так и трансплантированных больных был посвящен круглый стол «Смерть или жизнь на диализе и после трансплантации органов», который состоялся 14 декабря 2010 года в РИА «Новости». Организатором круглого стола выступила Всероссийская общественная организация нефрологических и трансплантированных пациентов «Право на жизнь». В его работе приняли участие сопредседатели Всероссийской организации «Право на жизнь» М.Ю. Гавриков и И.Н. Христова, заместитель председателя Форумного комитета РАМН, д. м. н., профессор П.А. Воробьев, заведующая центром нефрологии в Санкт-Петербурге И.Н. Конакова и другие.

Одной из серьезных проблем, с которой сталкиваются больные с хронической почечной недостаточностью, является проблема доступности диализа. «Сегодня заместительную почечную терапию (ЗПТ) получают 21000 диализных больных и 6500 трансплантированных больных. Обеспеченность населения страны диализом составляет 157 человек на 1 миллион жителей и остается одной из самых низких в мире, – заявил в своем выступлении М.Ю. Гавриков, сопредседатель Всероссийской организации «Право на жизнь», – именно

по этой причине больные с терминальными стадиями хронической почечной недостаточности просто не доживают до начала диализа». Другой аспект проблемы заключается в катастрофической нехватке квалифицированных врачей-нефрологов в регионах, способных поставить точный диагноз и провести адекватное лечение. К примеру, в Южном федеральном округе на 22 миллиона жителей приходится всего 165 нефрологов. Между тем в России более 13% населения страдает заболеваниями почек. Однако, как отметила И.Н. Конакова,

заведующая Санкт-Петербургским центром нефрологии, в силу ряда особенностей заболевания почек длительное время протекают без явных симптомов, в результате чего пациенты обращаются за медицинской помощью уже на стадии хронической почечной недостаточности. «Необходимо включить в программу плановой диспансеризации такие базовые исследования, как ежегодный анализ крови на уровень креатинина, электролитов крови и анализ мочи на альбуминурию», – подчеркнула она. Эти исследования не требуют больших



Смерть или жизнь на диализе и после трансплантации органов



затрат, но смогут существенно помочь ранней диагностике жизнеугрожающих состояний и снизить количество пациентов с запущенными формами тяжелых заболеваний, ведущих к инвалидизации и даже гибели людей.

Еще один наболевший вопрос касается лекарственного обеспечения пациентов, находящихся на диализе и перенесших трансплантацию. Больные пожизненно должны принимать подавляющие иммунитет препараты, чтобы исключить отторжение пересаженного органа. Эти препараты входят в перечень 7 нозологий, но с их получением у пациентов часто возникают сложности. Больных также преследуют сопутствующие заболевания, им необходимы препараты из списка жизненно важных лекарственных средств (ЖНВЛС), который не удовлетворяет реальных потребностей. Между тем меняются стандарты лекарственной терапии, однако новые импортные препараты, способные существенно улучшить качество жизни больных, не рассматриваются для включения в список Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Заго, как заметил П.А. Воробьев, д. м. н., профессор, заместитель председателя Форумного комитета РАМН, в этом списке есть такие жизненно необходи-

мые препараты, как, например, активированный уголь и другие. «Мы более 10 лет тому назад начали создавать перечень лекарственных средств, действительно жизненно необходимый, и сейчас продолжаем это делать. В результате сегодня существуют два перечня – государственный и, так сказать, общественный. Но пока наш перечень не заинтересовал государственных чиновников», – отметил он.

По словам П.А. Воробьева, за гранью внимания чиновников остается также социальная адаптация людей после трансплантации и получающих диализ. В стране отсутствует система организованной реабилитации и отдыха, возможность нормального трудоустройства для подобных людей. Большие проблемы остаются при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ) инвалидов. Больные, перенесшие трансплантацию, обязаны проходить МСЭ ежегодно и каждый год доказывать, что орган действительно пересажен, а проблемы со здоровьем, обусловленные этим обстоятельством, не исчезли. В существенной корректировке нуждается закон о трансплантологии. Пути решения обозначенных проблем, по мнению участников круглого стола, заключаются в организации полноценной нефрологической помо-

щи, доступной каждому человеку, где бы он ни проживал, в создании развитой сети отделений диализа, наличии бесперебойного лекарственного обеспечения больных на всех стадиях ХПН, открытии отделений патологии трансплантированной почки и специализированного НИИ нефрологии. Среди других проблем, отмеченных участниками круглого стола, – использование препаратов дженериков, необходимость создания специализированного НИИ нефрологии, социальная адаптация больных, упрощение бюрократических процедур. Об этом собравшимся рассказали сами пациенты, перенесшие трансплантацию органов или находящиеся на диализе.

Итогом работы круглого стола «Смерть или жизнь на диализе и после трансплантации органов» стало обращение к Президенту Российской Федерации. Участники направили Д.А. Медведеву письмо, в котором содержится просьба уделить внимание людям, бесспорно являющимся инвалидами, но в то же время – равноправными членами общества. При получении адекватного лечения они могут не только вести нормальный образ жизни, но и работать, принося пользу государству. 🌟

Подготовила С. Евстафьева



Врачи и пациенты «играют» в одной Лиге

В конце 2010 г. проведена очередная конференция Лиги пациентов по раку почки. От большинства медицинских форумов это мероприятие отличается своим форматом. Здесь каждый заинтересованный участник, будь то пациент или специалист, член общественной организации или сотрудник Министерства здравоохранения, может получить ответ на любой вопрос, связанный с раком почки. Для этого организаторы конференции – Лига пациентов по раку почки, Международная ассоциация по раку почки и Бюро по изучению рака почки, под эгидой Международного противоракового союза – включают в ее программу несколько типов семинаров и симпозиумов, предусматривающих открытое общение.

сказы пациентов об их борьбе с тяжелой болезнью, практические советы для больных, их родственников.

Тема работы с пациентами стала основной на III Всероссийском семинаре по раку почки для пациентов, который вели проф. И.В. Чернышев и д-р А. Cesas. Как оказалось, пациенты – члены Лиги – весьма хорошо информированы в вопросах диагностики рака почки, возможностей его лечения, контрольного наблюдения, а также своих прав. Традиционно много вопросов от участников поступало специалистам, в том числе А.В. Галактионовой («Психологические аспекты заболевания»), А.В. Снеговому («Правильное питание»), В.Л. Баль («Найти клиническое исследование по раку почки»).

Интересными оказались и научные симпозиумы для специалистов. Так, программа симпозиума «Редкие опухоли почки» (председатели: проф. Т.А. Шароев и проф. Р. Padrik) вызвала столько вопросов у участников, что дискуссию пришлось продлить на полтора часа. Впрочем, это неудивительно – докладчики рассказывали о заболеваниях, частота встречаемости которых составляет 1 случай на 1–36 тыс. человек. К примеру, синдром VHL: 1 на 30 тыс.; нефробластома у детей: 0,4–1 на 10 тыс.; нефробластома у взрослых: <1 на 100 тыс.; метастатическая эпителиоидная гемангиоэндотелиома почки – всего несколько случаев. Часто ли на онкологических форумах можно услышать сообщения о диагностике и лечении болезни фон Гиппеля-Линдау (доклад А.В. Снегового), уротелиальном раке (А.З. Винарова), опухоли Вильямса (Т.А. Шароева), раке единственной почки (И.В. Чернышев) и др.?



Carolyn Konosky

В этом году конференцию Лиги пациентов по раку почки докладом «Мир без рака почки. Сотрудничество международных организаций» открывала вице-президент Международной ассоциации по раку почки Carolyn Konosky (Чикаго, США). По данным Американского противоракового общества, раком почки ежегодно заболевают 206 тыс. человек во всем мире, в том числе 17 тыс. россиян, 50 тыс. американцев, 7 тыс. жителей Великобритании. Таким образом, проблема стоит остро во всех развитых государствах планеты, поэтому и в борьбе с этим видом рака объединяются все силы мирового сообщества. Важную роль здесь играют и общественные организации, ведущие просветительскую работу среди пациентов. С. Konosky представила собравшимся русское издание книги «У меня рак почки» (выпущено Лигой пациентов по раку почки). Популярное по форме издание содержит полную информацию о заболевании, рас-



Конференция Лиги пациентов по раку почки



Симпозиум «Редкие опухоли почки»,
председатели: проф. Т.А. Шароев и проф. P. Padrik

На симпозиуме «Почечно-клеточный рак» (председатели: проф. P. Padrik, проф. Л.В. Демидов, д-р А. Cesas, д-р Н.В. Жуков, д-р И.В. Тимофеев) каждый из участников (а среди них были онкологи, урологи, врачи других специальностей) также мог поделиться личным опытом, обсудить практические и нерешенные вопросы.

В работе конференции приняли участие многие зарубежные специалисты, делившиеся с российскими коллегами своим опытом. О новых подходах в хирургическом и лекарственном лечении рассказали **P. Padrik** (директор отдела онкологии и гематологии клиники Университета Тарту, руководитель Эстонского общества по лекарственному лечению опухолей, национальный представитель ESMO в Эстонии) и **A. Cesas** (заведующий отделом химиотерапии клиники Университета Клайпеды, руководитель Литовского общества по лекарственному лечению опухолей, национальный представитель ESMO в Литве).

При обсуждении современных международных и российских рекомендаций по лечению ме-

тастатического рака почки горячую дискуссию вызвали различия в практической деятельности зарубежных и отечественных онкологов. Собственно, одна из главных целей создате-

лей Лиги – обеспечить лечение российских больных по стандартам, принятым в развитых мировых державах, а также изменить ситуацию с лекарственным обеспечением в России. К сожалению, собственными силами одна Лига может помочь немногим (в этом году около 50 больных получили от этой организации реальную помощь) – такие проблемы можно решать лишь на государственном уровне. По этой причине в заключение конференции **И.В. Тимофеев**, член научного совета международной Ассоциации по раку почки, представил ее участникам для обсуждения новые рекомендации по раку почки. Рекомендации, разработанные российскими и зарубежными экспертами, вызвали серьезный интерес у специалистов, принимавших участие в конференции. Хочется надеяться, что у этого документа будет и практическое применение. 🌟

Подготовила
Наталья ТОКАРЕВА

Справка

Лига пациентов по раку почки – общественное движение, созданное в 2008 г. Основными целями организации являются поддержка больных раком почки, помощь в поиске лечебных учреждений, клинических исследований, проведение образовательных мероприятий для пациентов и специалистов, участие в разработке практических рекомендаций по диагностике и лечению рака почки в России, поддержка международного марафона «Мир без рака почки!».

По данным статистики, за 1998–2008 гг. по темпам прироста заболеваемости рак почки занял первое место среди всех злокачественных новообразований. Этот показатель составил 41,35%, при среднем приросте онкозаболеваемости 15,17%. Однако участники ежегодного мероприятия Лиги пациентов по раку почки уверены, что эту ситуацию можно взять под контроль. Современные достижения в диагностике, хирургическом и лекарственном лечении позволяют если не избавиться от опухоли, то жить с ней, а новые препараты симптоматического лечения помогают делать жизнь качественной, избавляя больного от нежелательных проявлений заболевания. Эту уверенность укрепляет и мировая статистика: 65,5% больных почечно-клеточным раком полностью выздоравливает (SEER, 2007). Сегодня только в США более 200 тыс. бывших пациентов живут без опухоли. И одно из условий этого успеха, по мнению членов Лиги, – объединение усилий не только представителей медицинских наук, здравоохранения и фармакологических компаний, но и пациентов, их родственников, друзей, психологов, специалистов по социальной работе и различных общественных объединений.



Стволовые клетки для почки

Мультипотентные постнатальные почечные клетки-предшественники (ПКП) участвуют в регенерации ткани почек и повышают долговременную выживаемость после ишемического повреждения почек

Известно, что в результате ишемии ткани почек происходит острый тубулярный некроз, после чего начинается регенерация клеток почечного тубулярного эпителия. Группа ученых из Kaohsiung & National Yang-Ming University (Тайвань) предположила, что свой вклад в процесс регенерации вносят почечные стволовые клетки.

Чтобы подтвердить эту гипотезу, мышам с ишемическим повреждением почек ученые ввели ПКП, выделенные из медуллярного или папиллярного интерстиция почек грызунов линии Mnh9. Характерные свойства этих клеток: веретеновидная форма, способность к самообновлению более чем в 100 пассажах без признаков старения. Пластичность ПКП

подтверждалась их способностью дифференцироваться *in vitro* в клетки эндотелия и в остеобласты, а *in vivo* — в клетки эндотелия и в клетки тубулярного эпителия. Через несколько дней почечная ткань исследуемых мышей регенерировала, что проявлялось уменьшением содержания в сыворотке мочевого азота, сокращением зоны инфаркта и некротических повреждений в почке.

Спустя неделю после трансплантации часть введенных ПКП сформировала сосуды с эритроцитами внутри, часть — встроилась в почечные трубочки. Смертность мышей после ишемического повреждения почек также сократилась.

Источник: <http://www.medlinks.ru>



Нефрологи рекомендуют вегетарианство

Употребление овощей помогает избежать накопления токсичных уровней фосфора в организме больных с заболеваниями почек. Организм пациента с нарушениями функции почек не в состоянии нормально выводить содержащийся в пищевых белках фосфор. Больным с подобными проблемами врач непременно порекомендует обратить внимание на необходимость ограничения потребления этого минерального вещества, высокий уровень которого опасен для сердца.

Уровни фосфора в организме больных с проблемами почек, отдающих предпочтение мясному питанию, и пациентов-вегетарианцев изучали нефрологи Университета Индианы и Roudebush Veterans' Affairs Medical Center. В конце каждой недели они брали анализы у участников исследования. Несмотря на эквивалентное количество белка и фосфора в обеих ди-

етах, пациенты, отказавшиеся от мяса в пользу овощей, имели более низкий уровень фосфора в крови и снижение выделения фосфора с мочой. Видимо, источник белка в рационе питания существенно влияет на уровень фосфора у пациентов с нефрозаболеваниями, считают специалисты.

Источник: <http://www.ami-tass.ru>

Трубка от цистита

Интерстициальный цистит – тяжелое заболевание, от которого страдают тысячи людей – характеризуется учащенным мочеиспусканием и болями. Единственный способ оказания помощи этим больным – купирование остроты симптоматики с помощью частого приема лекарств.

Исследователи (Хидзин Ли и Майкл Сим) из Массачусетского технологического института объявили о решении проблемы интерстициального цистита. Разработанная ими технология представляет собой трубку из медицинского силикона со вставкой из нитинола – материала, «запоминающего» заданную форму. Трубка заполняется твердым

лекарственным средством и вводится катетером в мочевой пузырь. После установки устройство принимает сложную форму, не позволяющую ему быть вымытым из пузыря.

Лекарственное средство высвобождается из устройства строго порционно в течение двух недель. По мнению разработчиков, этого вполне достаточно для ле-



чения обострения цистита, более того, аналогичный механизм может быть использован для лечения онкологических больных (рак мочевого пузыря). Сейчас новая технология проходит первую фазу клинических испытаний.

Источник: <http://www.medlinks.ru>



ЧСС и риск повреждения почек

Низкая вариабельность сердечного ритма и высокая ЧСС в покое – признаки нарушения регуляции вегетативной нервной системы – могут быть предикторами повреждения почек. К этому заключению пришли доктор Daniel J. Brotman и коллеги (Johns Hopkins University School of Medicine) после анализа данных исследования «Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study». 13 241 участнику (наблюдались около 16 лет) регулярно измеряли ЧСС в покое и вариабельность сердечного ритма. В ходе исследования было зафиксировано 199 случаев заболевания почек в конечной стадии и 541 случай хронических заболеваний почек.

После анализа данных оказалось: у пациентов с высокой ЧСС во время отдыха примерно в 2 раза выше вероятность развития конечной стадии заболевания почек (отношение рисков 1,98), чем у людей с низкой ЧСС. Аналогично, у пациентов с более низкой вариабельностью сердечного ритма от-

мечалось повышение риска для конечных стадий заболеваний почек (1,56). «Мы надеемся, что это подтолкнет к дальнейшим исследованиям роли вегетативной нервной системы в прогрессировании заболевания почек», – считают авторы.

Источник: <http://www.abbottgrowth.ru>



Гипертония – причина недержания мочи

Как показало недавнее исследование, от недержания мочи страдают не только женщины. Данное состояние диагностируется у каждого 20-го американца среднего возраста и каждого 6-го пожилого мужчины. По словам руководителя исследования - доктора Alayne D. Markland из Медицинского центра для ветеранов в Бирмингеме и Университета штата Алабама, в США около 8,2 млн мужчин страдает недержанием мочи, и многим из них даже не приходит в голову сообщать об этом врачам, так как многие считают это нормальным проявлением старости.

При этом медицина имеет эффективные средства для борьбы с недугом: упражнения Кегеля, укрепляющие мышцы тазового дна, определенный режим посещения туалета и приема жидкостей. В конце концов, существуют препараты для медикаментозного лечения и возможность хирургического вмешательства.

В ходе исследования ученые выделили ряд факторов, способствующих недержанию мочи, среди которых: возраст, депрессия (как и у женщин), наличие артериальной гипертонии. Умеренные и тяжелые симптомы отмечались примерно у 9% мужчин-гипертоников по сравнению с 3% у мужчин с нормальным давлением. Причины этого явления еще в неясны, однако существует предположение, что это побочный эффект гипотензивных препаратов.

Источник: <http://www.abbottgrowth.ru>

Имплантировать диализный аппарат

Американские ученые разработали диализный аппарат («искусственную почку»), который можно имплантировать в организм пациента. По мнению руководителя разработки Shuvo Roy, внедрение имплантируемой искусственной почки в клиническую практику может не только повысить продолжительность и качество жизни больных с почечной недостаточностью, избавляя их от постоянных сеансов гемодиализа в условиях стационара, но и сэкономить немалые денежные средства.

Искусственная почка, которую разработали в Калифорнийском университете (Сан-Франциско), принципиально отличается от обычных диализных аппаратов. И дело не только в ее небольшом размере (со среднюю кружку), позволяющем имплантировать ее в тело пациента. Новый аппарат, помимо традиционных микрофильтров, очищающих кровь от токсинов, имеет био-реактор с клетками почечных канальцев, которые выполняют метаболические функции почек. Еще одна его особенность – фильтрация происходит за счет кровотока, поэтому дополнительное питание не требуется.

Группа мичиганских исследователей подтвердила эффективность нового



подхода даже у больных с запущенными стадиями заболевания, находящихся на традиционном диализе.

Источник: <http://www.medportal.ru>



Вашему вниманию предлагается подборка рефератов одного из самых авторитетных изданий начала XX века – «Врачебной газеты». Надеемся, что опыт прошлых лет будет интересен и современным урологам.



К вопросу о простатэктомии

Göbell обсуждает показания и технику иссечения предстательной железы на основании 23 случаев из клиники Helferich'a. Операция не должна быть предлагаема больным после первого приступа задержки мочи, но только при длительном задержании или ischuria paradoxa. Противопоказанием служат тяжелое общее состояние, выраженный пиелонефрит, тяжелый, не поддающийся лечению цистит. В смысле выбора метода Кильская клиника отдает предпочтение надлобковому способу (15 случаев – 1 смерть) перед промежностным (7 случаев – 1 смерть), сохраняя последний лишь для очень жирных субъектов и при неустрашимом цистите. В качестве предварительной опе-

рации нередко производится вазэктомия. Иссечение предстательной железы производится под спинномозговой анестезией; существенное значение придается тому, чтобы во время отслойки простаты введенным в пузырь пальцем правой руки ориентироваться по пальцу левой, введенному в rectum. Для остановки кровотечения рана промывается ледяным борным раствором. Сужение раны пузыря швом только при обширных разрезах, в остальных случаях в рану пузыря вводятся 2 дренажных трубки без всяких швов – они очень удобны для последующих промываний. Свищи зажили у всех оперированных.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, август 1907). Н. Петров

Intussusceptio urethrae. Hans.

Сообщаемый автором случай представляет, по его словам, unicum в медицинской литературе. 37-летний мужчина при падении с высоты 5 метров получил ушиб и поранение в области промежности. Тотчас же наступило кровотечение из уретры. Вначале моча выделялась без затруднений. Хотя и с примесью крови, но через 2 недели мочеиспускание стало все более и более затрудняться. Катетер не проходил. Больному удавалось выпускать мочу только каплями и то лишь при переполненном пузыре и при давлении рукой на промежность. При каждом таком напряжении область промежности, соответствующая pars membranacea и pars bulbosa urethrae припухала; при давлении же рукой эта припухлость исчезала. В таком состоянии

больной находился около года, когда, наконец, внезапно мочеиспускание совершенно прекратилось. Операция под местной анестезией. Разрез в области указанной выше припухлости на промежности. Из вскрытой таким образом полости, представляющей расширение задней части мочеиспускательного канала, выделилось небольшое количество мутной мочи. При натуживании больного через то же отверстие выделилось из пузыря около 1,5 литров мочи. При осмотре расширения канала в нем оказалось странное цилиндрическое образование, принятое автором вначале за полип. Толщина этого образования 1,5 см., высота 3 см. Когда автор ввел в уретру через это наружное отверстие металлический зонд, то головка его появилась в вершине мнимого полипа. Последний представлял, следовательно, внедрившуюся в ампулу часть уретральной стенки. При попытке вынуть зонд, головка его увлекала за собой и самый полип, так что по-

следний исчезал в уретре. Автор ампутировал внедрившуюся часть уретры, зашив культю кэтгуттовыми швами. Больной выздоровел и избавился от своих страданий. Происхождение описанной картины болезни автор объясняет следующим образом. При ушибе уретры была в одной своей части разможжена по окружности, и на большом протяжении от подслизистой ткани. Впоследствии образовалась рубцовая кольцевая стриктура, которая повела к ампулообразному расширению перепончатой части уретры. Это расширение, вследствие постоянного давления мочи, все более удлинялось, а в то же время все более и более выпячивалась та часть уретры, которая не имела прочной связи с подслизистой тканью. Затруднения при мочеиспускании возникали вследствие того, что внедрившаяся часть уретры при натуживании уходила обратно в уретру и закупоривала ее своей массой.

(Med. Klinik, 24 июня). Н. Вигдорчик.



Из архива «Врачебной газеты» за 1907-1908 гг.

Так называемые белковые почечные камни и выделение пленок с мочей.

Morawitz и Adrian описывают случай очень редкого заболевания мочевых путей у женщины 44 лет. Резкие приступы почечных колик с правой стороны за последнее время с лихорадочными движениями вынудил больную искать врачебной помощи, при исследовании мочи ей констатирована полиурия, следы белка и обильное количество буроватых пленок до 1,5 см. длины и 2-3 мм. толщины. Микроскопическое исследование этих пленок обнаружило в них обильное количество бактерий, химическое – доказало присутствие белкового вещества. Рентгенограмма почечной области не обнаружила камней. Индиго-карминовая проба показала нормальную секрецию левой почки и отсутствие секреции правой, цитоскопическая картина нормальная. Произведена правосторонняя нефрэктомия, причем найден гнойник почки и большое количество камней в ло-

ханке. Особенность последних состояла в том, что они совершенно легко растирались между пальцами и были мягки на ощупь. Химическое исследование обнаружило в них незначительное количество минеральной соли (фосфат кальция) и белковое тело ближе не определенной природы. По периферии «камней» с них слущивались те белковые пленки, о которых упомянуто при исследовании мочи. Автор полагает, что в данном случае имелось обильное отложение органических веществ (слущенный эпителий мочевых путей, гиалиновые цилиндры и т.п.) вокруг маленького неорганического ядра. Периферическое шелушение таких «камней» с образованием из их коры выделяющихся с мочой пленок, по-видимому, впервые наблюдается в случае автора. После нефрэктомии наступило полное выздоровление.

(*Mitteilungen a.d. Grenzgeb. Bd. XVII.*)

Н. Петров



К функциональной диагностике почек. R. Lenk.

Для определения функциональной способности почек Casper и Richter пользуются сравнительным определением содержания сахара в моче из каждой почки отдельно после впрыскивания флоризида. Kapsammer считает такой способ исследования недостаточно точным, главным образом в виду возможного разжижения мочи вследствие рефлекторной полиурии. Вместо определения процентного содержания сахара в моче он предлагает пользоваться моментом появления сахара в моче как критерием для определения работоспособности почек. Но приведенные Lenk'ом 3 случая показали, что почки, которые анатомически поражены в самой сильной степени, могут давать «нормальную реакцию на сахар» по Kapsammer'у, что, с другой стороны, почки, которые, судя по результату исследования на сахар в видеоизменении, предложенным Kapsammer'ом должны быть изменены так сильно, что едва ли могут иметь значение для организма, на деле безупречно выполняют свою функцию в смысле выведения мочи, что, наконец, почки, функция которых представляла самые тяжелые нарушения, на флоридзиновую пробу по Kapsammer'у, реагировали как нормальные. В виду всего этого автор считает предложенное Kapsammer'ом видеоизменение флоридзиновой пробы совершенно ненадежным приемом, показаниям которого едва ли можно придавать какое-нибудь значение.

(*Wiener klinische Wochenschrift, 21 мая.*) П. Вакс

Асептические почечные камни.

Nicolich приводит 2 случая, доказывающих, что если на лицо имеются классические симптомы нефролитиаза, то нельзя полагаться ни на чувство осязания, ни на радиографию. Чтобы исключить присутствие камня, нужно широко вскрыть почку и произвести обратную (ретроградную) катетеризацию мочеточников до самого пузыря. Несоблюдение этих правил было причиной ошибок в обоих случаях. В первом случае больную долго лечили массажем и электричеством по поводу воображаемой невралгии, затем ее послали в Карлсбад, потом оперировали: сделали декапсуляцию и нефропексию – и все это напрасно – только потому, что хирург при прощупывании почки во время операции не мог убедиться в присутствии камня, который был удален впоследствии при нефротомии;

камень лежал в почечной лоханке. В другом случае автор, прежде чем надрезать почку, ощупал ее по всем направлениям, но ничего не заметил, и даже по вскрытии почки он ничего не нашел. Положившись на отрицательный результат радиографии, автор не придал значения тому, что не мог произвести обратную катетеризацию мочеточника, и истолковал этот случай как геморрагический нефрит.

Через 3 дня больной умер от крупозной пневмонии, и при вскрытии был обнаружен небольшой камень в верхней части воронкообразного мочеточника. Если бы автор не понадеялся на результаты исследования путем радиографии, он бы призадумался над препятствием, которое встретил катетер. И удалил бы камень.

(*Wiener klinische Wochenschrift, 13 февраля.*) П. Вакс

Национальный
конгресс

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Москва, МВЦ «Крокус Экспо»
8-10 июня 2011 года

Организаторы

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- Российская академия медицинских наук
- Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов

Основные темы научной программы:

- Организационно-правовые вопросы в области пластической хирургии (образование, стандарты лечения, регулирование предоставления специализированной медицинской помощи населению)
- Отдельные аспекты анестезиологии и реаниматологии в пластической хирургии
- Пластическая хирургия в гинекологии
- Дерматокосметология, методы лечения и реабилитации
- Пластическая хирургия в оториноларингологии
- Пластическая хирургия в офтальмохирургии
- Пластическая хирургия в травматологии и ортопедии
- Пластическая хирургия в эстетике
- Пластическая хирургия в неврологии
- Пластическая хирургия в комбустиологии
- Пластическая хирургия в онкологии
- Пластическая хирургия в педиатрии
- Пластическая хирургия в черепно-челюстно-лицевой хирургии
- Пластическая хирургия в урологии

Секретариат Конгресса
117420, Москва, а/я 1
телефон (495) 722-64-20
электронная почта mail@plastsur.ru
сайт www.plastsur.ru

Оргкомитет выставки
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон (495) 722-64-20
факс (495) 786-25-57
электронная почта mail@plastsur.ru



10–11 февраля 2011 года

Пятая Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием

Рациональная фармакотерапия в урологии–2011

ОРГАНИЗАТОР ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ



ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ,
НИИ урологии, Российское общество урологов

В программе конференции

Новое международное руководство по урогенитальной инфекции
Медикаментозная терапия урологических заболеваний

В рамках конференции состоится совещание главных региональных
урологов России и стран СНГ.

Проводится выставочная экспозиция МЕДЭКСПО-2011.

Место проведения конференции:

Москва, Центральный дом ученых РАН, ул. Пречистенка, д.16.

Проезд до станции метро «Кропоткинская».

Оргкомитет: НИИ урологии, 105425, Москва, 3-я Парковая ул., д. 51.

Тел.: (499) 367-17-17; 367-75-87.

Условия участия. Участие для врачей бесплатное.

Регистрация участников конференции на сайте НИИ урологии www.uro.ru.

Окончание on-line регистрации – 3 февраля 2011 года.

Размещение тезисов. Прием тезисов до 10 декабря 2010 года по адресу:
medforum2008@mail.ru.

Информация об условиях публикации на сайте НИИ урологии www.uro.ru.
По вопросам спонсорской поддержки и участия в выставочной экспозиции,
обращаться в компанию «Медфорум».

Тел.: (495) 234-07-34; e-mail: exmed@webmed.ru.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ:



журналы «Эффективная фармакотерапия. Урология», «Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология»

Канефрон® Н



МЗ РФ П.Н. 014244/01-2006, П.Н. 014244/02-2006

Растительный лекарственный препарат для лечения и профилактики воспалительных заболеваний почек и мочевых путей

ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ЛЮБОГО ВОЗРАСТА

- **Оказывает оптимальное комплексное действие:**
 - противовоспалительное
 - диуретическое
 - антимикробное
 - спазмолитическое
 - улучшает кровоснабжение почек
 - нефропротективное
 - антиоксидантное
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Уменьшает количество повторных обострений цистита и пиелонефрита при профилактическом приеме препарата
- Применяется в комплексной метафилактике МКБ, а также до и после ДУВЛ, способствует отхождению конкрементов
- Хорошо переносится



BIONORICA®

The phytoneering company

<http://www.bionorica.ru>