

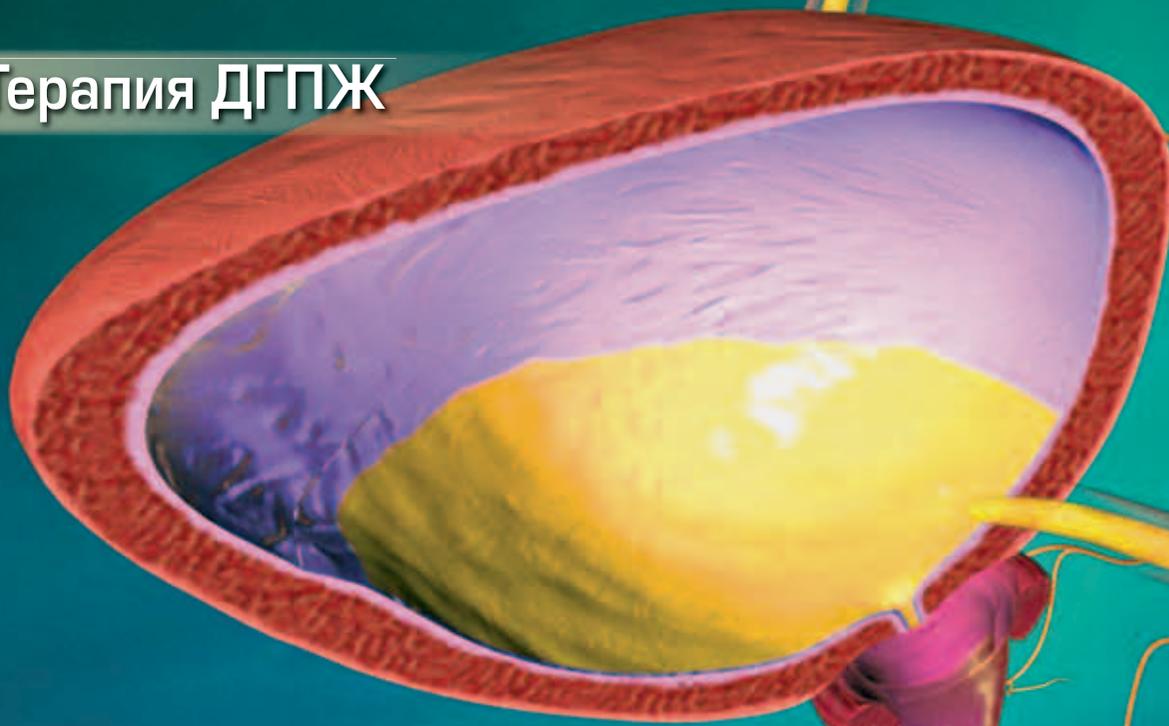
Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия в урологии

Урологический болевой синдром

№3
октябрь 2008

Новая эра в лечении рака почки

Терапия ДГПЖ



Тема номера: **ГИПЕРАКТИВНЫЙ
МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ**

Сиалис®: Наслаждайтесь жизнью без эректильной дисфункции

- Сиалис® - это непревзойденная эффективность и качество эрекции^{1,2}
- Доказанная продолжительность действия до 36 часов^{1,2}
- Эффективность Сиалиса не снижается после приема жирной пищи и алкоголя³
- Свобода выбора момента интимной близости^{4,5,6}

Пятница
вечер

Суббота
утро

Суббота
после обеда

Суббота
вечер

Воскресенье
утро

Воскресенье
после обеда



Литература:

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

 Сиалис®
Тадалафил

Наслаждайтесь
жизнью без ЭД

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

 Lilly

12-13 ФЕВРАЛЯ 2009 ГОДА

Третья Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием



Рациональная фармакотерапия в УРОЛОГИИ-2009

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

Организаторы конференции:

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

Организатор выставочной экспозиции:



В программе конференции

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

- Уропатогенная кишечная палочка и антибиотикорезистентность
- Опасность бета-лактамаз расширенного спектра действия
- Трудности в лечении неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей
- Принципы дозирования антибактериальных препаратов группы антибиотиков: «концентрация-зависимые» и «время-зависимые»
- Связь клинического течения заболевания со свойствами микроорганизма-возбудителя
- Хронический простатит – необходимость консенсуса в определении, диагностике и видов терапии; роль эпидемиологических исследований
- Биопленки и инфекции мочевых путей
- Уросепсис – причины и возможности терапии
- Пиелонефрит у детей, беременных и на фоне сахарного диабета: особенности течения и ведения пациентов
- Инфекции, передаваемые половым путем – гипердиагностика или пандемия?
- Антибактериальная профилактика урологических заболеваний
- Евро-азиатское руководство по ведению больных с катетер-ассоциированной инфекцией мочевых путей
- Современные антимикробные и антимикотические средства
- Бактериофаготерапия мочевой инфекции

Лекарственная терапия урологических заболеваний:

- Пути введения лекарственных средств
- Расчет дозы лекарственных средств
- Принципы дозирования лекарственных средств
- Значение фармакоэкономических исследований для практического врача
- Расстройство мочеиспускания у мужчин и женщин
- Синдром хронической тазовой боли: цисталгия, уретральная болевая синдром, простатический болевой синдром, скротальный болевой синдром
- Нежелательные побочные действия лекарственных средств
- Фитотерапия урологических заболеваний
- Новые препараты для лечения эректильной дисфункции
- Метафилактика уrolитиаза
- Медикаментозная терапия ДГПЖ
- Андрогендефицитное состояние у мужчин
- Недержание мочи (гиперактивный мочевой пузырь)
- Метаболический синдром как причина урологических заболеваний
- Новые технологии, медицинская техника и диагностическое оборудование в госпитальном секторе, средства ухода за урологическими пациентами

Проводится конкурс молодых ученых: принимаются научные работы по рациональной фармакотерапии урологических заболеваний от ученых до 35 лет до 1 декабря 2007 г. по адресу: imr2006@bk.ru

Информация на сайте ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий: www.uro.ru

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

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

Прием тезисов до 11 декабря 2008 г. по адресу: medforum2008@mail.ru

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

Генеральный информационный спонсор:



Информационные спонсоры:



**ВЕСТНИК
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

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



Здравоохранение сегодня

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

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

Фармакоэкономика

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

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

Клиническая эффективность лечения: компромисс между качеством и стоимостью

Фармакоэкономический анализ в урологии

Доказательная медицина

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

Эффективность и безопасность лекарственных средств

Клинические и эпидемиологические исследования

Непрерывное образование

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики

Практические школы и лекции для лечащих врачей

Симпозиум по проблеме

Обзоры, рефераты, дайджесты, зарубежный опыт

Форум (Календарь медицинских мероприятий)

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

Зарубежные новости медицины и фармации в области урологии.

Социальная ответственность бизнеса и общество

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

Валеология и профилактика заболеваний (социальная реклама)

Адресная помощь социально-незащищенным и декретированным группам населения

Формирование новой социальной потребности в здоровом образе жизни

Основные рубрики журнала ЭФ

Здравоохранение сегодня

Фармакоэкономика

Эффективная фармакотерапия

Доказательная медицина

Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей

Наука

Компании и их продукция

Социальная ответственность бизнеса

Форум

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ (8500 экз.)

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

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

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

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

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

6. Распространение через членов Российского общества урологов.

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

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

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

Специализированное распространение

Управления здравоохранения регионов России

Главные урологи 7 федеральных округов

Главные урологи 78 субъектов РФ

«Реестр врачей-урологов и андрологов России»

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

Медицинские НИИ

Коммерческие медицинские центры

Страховые медицинские компании и их клиенты (ЛПУ)

Научные урологические и андрологические общества



ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия в урологии

Редакция журнала:

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

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

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

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Ю. Морозова**

набор **Е. Виноградова**

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

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

Редакционный совет:

Ю.Г. Аляев (Москва)

О.И. Аполихин (Москва)

В.В. Борисов (Москва)

П.В. Глыбочко (Саратов)

В.В. Дутов (Москва)

В.Н. Журавлев (Екатеринбург)

А.А. Камалов (Москва)

М.И. Коган (Ростов-на-Дону)

Б.К. Комяков (Санкт-Петербург)

Н.А. Лопаткин (Москва)

О.Б. Лоран (Москва)

А.М. Миллер (Хабаровск)

А.Г. Мартов (Москва)

Т.С. Перепанова (Москва)

С.Б. Петров (Санкт-Петербург)

Д.Ю. Пушкарь (Москва)

В.В. Рафальский (Смоленск)

М.Э. Ситдыкова (Казань)

Н.И. Тарасов (Челябинск)

М.Ф. Трапезникова (Москва)

Е.А. Ушкалова (Москва)

В.Я. Фарбинович (Кемерово)

Контактная информация:

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

Тираж 8500 экз.

Перепечатка материалов разрешается
только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005 г.

№3 октябрь 2008

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

тема номера: гиперактивный мочевой пузырь

Е.Б. Мазо, М.Е. Школьников

Антихолинергические препараты для лечения больных с гиперактивным мочевым пузырем **6**

клинические исследования

Т.С. Перепанова, П.Л. Хазан, Ю.В. Кудрявцев

Урологический болевой синдром: применение геля Катеджель **12**

С.В. Михайленко, Д.В. Свиренко

Применение Генферона® у пациентов, страдающих мужским бесплодием **18**

клиническая эффективность

В.Г. Гомберг, Ю.Т. Надь

Применение препарата Витапрост Форте при доброкачественной гиперплазии предстательной железы **22**

стандарты лечения

Д.Г. Кореньков, А.В. Лукьянов

Препарат Индигал в комплексной терапии аденомы предстательной железы **28**

форумы

Один уролог на регион или специализированный центр онкоурологии?

Томская урология отмечает 120-летие **32**

Новая эра в лечении рака почки **36**

У полных мужчин риск умереть от рака простаты выше, чем у худых

У мужчин с избыточным весом и высоким содержанием инсулина риск умереть от рака простаты в 4 раза выше. Ученые исследовали 2500 мужчин. Оказалось, что у полных мужчин риск умереть от рака простаты на 47% выше, а у тех, кто страдает ожирением, – в 2,5 раза выше, чем у их худых коллег. То же касается и мужчин с высоким содержанием инсулина. И, наконец, если больной страдает и лишним весом и повышенным инсулином одновременно, то у него риск умереть от рака в четыре раза выше. Десятки тысяч мужчин проходят химиотерапию от рака простаты, и они должны продолжать это делать, поскольку такое лечение является эффективным. Но борьба с лишним весом и повышенным уровнем инсулина может принести даже больше пользы. Это открытие имеет огромное значение для науки, так как это ключ к

разработке новых стратегий в лечении и предотвращении рака. Специалистам уже известно, что мужские половые гормоны андрогены играют особую роль в ускорении развития рака простаты. Фактически такой вид рака лечился методом удаления из опухоли тестостерона. То же самое касается и инсулина. Он, как и андроген, каким-то образом влияет на поведение раковых клеток. Хотя лишний вес напрямую и не связан с образованием злокачественной опухоли, для полных пациентов с раком предстательной железы прогноз дальнейшего течения их болезни был неутешительным. Ученые обнаружили, что лишний вес имеет очень существенное влияние на результат лечения рака простаты. Теперь к таким рискам смерти от рака, как курение, алкоголь, неправильное питание, можно смело добавить и лишний вес.

Источник: Newsland.ru

Обрезание не защищает гомосексуалистов от ВИЧ-инфекции

Процедура обрезания крайней плоти, значительно сокращающая риск передачи ВИЧ при гетеросексуальных половых контактах, практически бесполезна для мужчин гомосексуальной ориентации. К такому заключению пришли специалисты Центров по контролю и профилактике заболеваний США в результате обзорного исследования, сообщает The Journal of the American Medical Association.

Ученые под руководством Грегорио Миллетта проанализировали данные 15 исследований с участием более 53 тыс. мужчин, имевших гомосексуальные контакты. Примерно половине участников было сделано обрезание.

Выяснилось, что обрезание снижает риск инфицирования ВИЧ при анальных контактах на 14%, однако этот показатель не является статистически значимым. Для подтверждения результатов необходимы дополнительные исследования, резюмировали ученые.

В настоящее время ВОЗ рекомендует массовое обрезание мужчин в африканских странах с целью профилактики ВИЧ/СПИДа. Исследования показали, что эта процедура может на 40-60% сократить риск передачи ВИЧ при вагинальных половых контактах.

Источник: Medportal.ru

Холестерин и PSA: прямая взаимосвязь

Данные, представленные на 103-й ежегодной научной конференции Американской урологической ассоциации исследователями из Duke Prostate Center, Duke University, показывают, что снижение уровня холестерина в крови ведет к снижению PSA (prostate-specific antigen), онкомаркера предстательной железы. Была проанализирована взаимосвязь между общим холестерином, холестерином липопротеинов высокой плотности (холестерин ЛПВП), холестерином липопротеинов низкой плотности (холестерин ЛПНП) и PSA. Были обследованы 1214 мужчин перед началом холестеринпонижающей терапии статинами в период с 1990 по 2006 гг. Критериями исключения из исследования были: наличие рака простаты, хирургические операции на предстательной железе, проведение андрогенподавляющей терапии, уровень PSA более 10 нг/мл. По результатам обследования, уровни PSA были ниже среди мужчин с более низким общим холестерином и холестерином ЛПНП. В 2007 г. та же группа исследователей уже показала прямую взаимосвязь между снижением уровня холестерина и PSA у мужчин, принимающих статины. Это новое исследование подтверждает данные от 2007 года и выдвигает на первый план факт, что холестерин может играть роль в биохимии предстательной железы. Таким образом, как сказал один из авторов исследования Stephen J. Freedland, «поддержание нормального уровня холестерина в крови поможет сохранить уровень PSA в норме». Таким образом, данные этого исследования показывают, что уровень холестерина в крови и PSA – это важные индикаторы мужского здоровья и обязательно должны исследоваться совместно.

Источник: Солвей Фарма

Влияние урогенитальной инфекции на мужскую сексуальность

В обзоре, опубликованном в журнале Andrologia, D. Schultheiss изучил влияние урогенитальной инфекции на мужскую сексуальность, в особенности на эрекцию и эякуляцию. Взаимозависимость урогенитальной инфекции и сексуальной дисфункции у мужчин в прошлом была проигнорирована урологами, но недавно она снова привлекла внимание ученых.

Учитывая прямые анатомические и физиологические взаимодействия тазовых структур, неблагоприятное влияние хронического простатита на качество жизни и самочувствие, возможно, будет рассмотрено как переломный

момент для любой сексуальной дисфункции. Эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция и болезненная эякуляция являются главными сексуальными симптомами при урогенитальной инфекции. В то же время хронический простатит часто может быть обнаружен у мужчин со вторичной преждевременной эякуляцией. Поэтому на первый план выступает важность тщательного физического и микробиологического обследования простаты перед любой фармакологической и психосексуальной терапией по поводу сексуальных нарушений.

Источник: Солвей Фарма

Надежный и безопасный метод лечения СНМП

На настоящий момент опубликовано очень небольшое количество долгосрочных результатов после проведения лечения симптомов нижних мочевых путей (СНМП) при ДГПЖ с использованием фотоселективной вапоризации предстательной железы (photoselective vaporization of the prostate (PVP)) при помощи GreenLight лазера. Целью данного исследования было оценить долгосрочную эффективность данного метода лечения в отношении СНМП. Для этого были оценены СНМП у 500 пациентов с ДГПЖ, подвергшихся PVP с использованием GreenLight лазера через 30,6 +/- 16.6 (5.2-60.6) месяцев после проведенного лечения. Для этого был использован опросник IPSS со шкалой оценки качества

жизни (International Prostate Symptom Score and quality-of-life questionnaire (IPSS- QoL)), также этим пациентам проводилась урофлоуметрия с измерением максимальной скорости потока мочи (Qmax), измерялся объем остаточной мочи. Средняя сумма баллов по шкале IPSS после 3 лет наблюдения составляла 8.0 +/- 6.2, качество жизни, оцененное по QoL score, составляло 1.3 +/- 1.3 баллов, Q(max) — 18.4 +/- 8.0 мл/сек., объем остаточной мочи составлял 28 +/- 42 мл. В 6,8% случаев потребовалось повторное лечение. Стриктуры уретры и шейки мочевого пузыря выявлялись в 4.4% и 3.6% случаев соответственно. Таким образом, PVP является надежным и безопасным методом лечения СНМП, сопровождающих ДГПЖ. PVP приводит к немедленному и продолжительному улучшению субъективных и объективных параметров опорожнения мочевого пузыря.

Источник: Солвей Фарма

СНМП как фактор риска падений

Большая вероятность падений у пожилых мужчин может быть связана с наличием у них симптомов нижних мочевых путей (СНМП). Падения — одна из наиболее распространенных причин заболеваемости в пожилом возрасте. Пожилые мужчины с умеренными или выраженными СНМП имеют более высокий риск падений, и этот риск увеличивается пропорционально ухудшению СНМП. Симптомами, наиболее тесно ассоциированными с падениями, являются императивные позывы к мочеиспусканию, необходимость приложения усилий для начала мочеиспускания, учащенное мочеиспускание, ночное мочеиспускание. Авторы исследования также отмечают, что медикаментозное симптоматическое лечение СНМП не уменьшает риск падений. Таким образом, скрининговое обследование пожилых пациентов с целью выявления СНМП может только помочь выявить группу риска падений. Повреждения, полученные в результате падения, часто приводят к временной или стойкой утрате трудоспособности, невозможности самообслуживания. Следовательно, своевременное выявление СНМП, как фактора риска падений, должно помочь пожилым пациентам и службам опеки своевременно принять меры по предотвращению падений, например таких, как ношение специальной защитной одежды, использование противоскользящих половых покрытий в туалетных комнатах.

Источник: Солвей Фарма

Роль эстрогенов в развитии ДГПЖ

Роль женских половых гормонов (эстрогенов) в развитии ДГПЖ изучена недостаточно. Предшествующие исследования на животных демонстрируют влияние эстрогенов на рост простаты. В человеческой популяции роль эстрогенов в развитии ДГПЖ до сих пор не ясна. Но ученые, представляющие Группу исследования заболеваний простаты Эдинбургского исследовательского центра по изучению рака, исследовали прямой эффект эстрадиола (женского полового гормона, присутствующего в определенной концентрации как в женском, так и в мужском организме) на рост и увеличение количества клеток аденомы предстательной железы. Эстрадиол увеличивал количество стромальных клеток в культуре. В то же время эстрадиол не оказывал никакого эффекта на эпителиальные клетки. Известно, что ДГПЖ — заболевание, характеризующееся преимущественно разрастанием стромального компонента. Ученые методом иммуногистохимического анализа исследовали экспрессию гена эстрогенового рецептора (ER), а также активность ароматазы, фермента, трансформирующего андрогены в эстрогены. При этом экспрессия ER в клетках стромы была повышенной, а также отмечалась повышенная активность фермента ароматазы. Таким образом, оба этих фактора (повышенная экспрессия ER и ароматазы в стромальных клетках простаты) поддерживают гипотезу о том, что эстрогены играют важную роль в развитии и поддержке ДГПЖ.

Источник: J Endocrinol. 2008

Повышенная масса тела ассоциируется с более высокой смертностью от РПЖ

Диабет в меньшей степени, чем вес, увеличивает риск смертности от всех причин у мужчин, получивших лечение местно-распространенного рака предстательной железы. Наоборот, ожирение, а не распространенный диабет увеличивает риск смертности, связанной с раком предстательной железы, сообщают американские ученые в выпуске «Journal of Clinical Oncology» от 10 сентября. Ожирение, как известно, ассоциируется с повышенным риском смертности от рака предстательной железы, и большинство мужчин с диабетом имеет ожирение. Поэтому, «метаболические изменения, вызванные диабетом, были предложены как механизм, ответственный за более высокий риск смерти от рака простаты», — сказал доктор Мэтью Р. Смит. «В проведенном исследовании мы демонстрируем, что повышенная масса тела, но не диабет, ассоциируется с более высокой смертностью от рака предстательной железы», — сказал доктор Смит.

Доктор Смит (Massachusetts General Hospital, Boston) и коллеги изучили данные более чем 1500 мужчин с местно-распространенным раком простаты, принявших участие в рандомизированном клиническом исследовании. После среднего периода наблюдения, составившего более чем 8 лет, 210 из 765 смертельных исходов (27%) были связаны с раком предстательной железы. После корректировки диабет ассоциировался со значительно более высокой смертностью от любых причин и смертностью, не связанной с раком предстательной железы (отношение рисков 2,12). Напротив, исходная масса тела ассоциировалась с более высокой смертностью, связанной с раком предстательной железы (отношение рисков 1,77), но не от любых причин, или смертностью, не связанной с раком предстательной железы. Через 5 лет смертность от рака простаты составила 7,5% среди пациентов из самой высокой категории по массе тела, по сравнению с 4,1% для группы пациентов с самым низким весом.

Источник: Солвей Фарма

Е.Б. МАЗО,
М.Е. ШКОЛЬНИКОВ
РГМУ, Москва

Антихолинергические препараты для лечения больных с гиперактивным мочевым пузырем

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) является распространенным и в значительной степени снижающим качество жизни состоянием, возникающим вследствие нарушения функции накопления мочи в мочевом пузыре. Распространенность ГМП в мире оценивают приблизительно в 12% в равной степени у мужчин и женщин (3).

По определению международного общества по удержанию (ICS), ГМП – это клинический синдром, включающий ургентное мочеиспускание с наличием или без ургентного недержания мочи, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием (число мочеиспусканий > 8 раз в сутки) и ноктурией (2 и более ночных пробуждений для мочеиспускания) (1). ICS характеризует ГМП как синдром, не имеющий явной причины, а диагноз устанавливают на основании имеющихся симптомов нарушения мочеиспускания (1, 2). Для лечения больных ГМП используют различные поведенческие методики, тренировки мочевого пузыря, медикаментозные средства, физиотерапию, нейромодуляцию, внутридетрузорное введение ботулинического токсина (как в виде монотерапии, так и в сочетании) и оперативные вмешательства.

Медикаментозные средства первой линии для лечения больных с ГМП – **антихолинергические препараты**. Они являются антагонистами мускариновых рецепторов, расположенных на гладких миоцитах детрузора, которые участвуют в

регуляции тонуса детрузора парасимпатическими нервными волокнами. Несмотря на то, что антихолинергические препараты уже в течение многих лет являются основными при лечении таких больных, их применение ограничено рядом аспектов, связанных с побочными эффектами. Первым препаратом из этой группы, одобренным FDA (США) в 1970 г., был *флавоксам*. Препарат обладал слабым антихолинергическим эффектом, но обладал прямым спазмолитическим действием на гладкие миоциты. По некоторым данным, препарат оказывает местное анестезирующее действие и имеет способность ингибировать фосфодиэстеразу (4). Несмотря на определенный положительный клинический эффект у больных с детрузорной гиперактивностью, в рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях (РПКИ) не получено данных о его эффективности (5). Позднее, в 1972 г., был представлен *оксибутинин*, который до недавнего времени оставался «золотым стандартом» медикаментозного лечения больных ГМП. Опуская сведения о ряде ранее использовавшихся препаратов, в настоящей статье представлены данные о современных пероральных антихолинергических средствах – *оксибутинин*, *толтеродин*, *троспий* и *солифенацин*, используемых в России для лечения больных ГМП.

Как уже было отмечено, антиму斯卡риновый эффект этих препаратов заключается в блокировании мускариновых рецепторов (кото-

рые активируются ацетилхолином, выделяющимся из парасимпатических нервных окончаний) в детрузоре, и тем самым подавляет непровольные сокращения детрузора. Исследования показывают, что основное действие антихолинергических препаратов проявляется во время фазы накопления мочи, когда отсутствует активность парасимпатических волокон, подавляя ургентность (ощущения внезапного непреодолимого позыва к мочеиспусканию) и улучшая накопительную способность мочевого пузыря (6). В настоящее время эффективность антихолинергических препаратов оценивают еще и по способности подавлять афферентные импульсы от мочевого пузыря (6).

Антихолинергические препараты отличаются по химической структуре, что отражается на их метаболизме, абсорбции, селективности и способности блокировать мускариновые рецепторы. Антихолинергические препараты разделяют на третичные и четвертичные амины. Третичные амины обладают высокой липофильностью (7), тогда как четвертичные – высокой гидрофильностью, что обуславливает их низкую способность проникать через гематоэнцефалический барьер. Отсюда четвертичные амины вызывают минимальную частоту побочных эффектов, связанных с действием на центральную нервную систему (ЦНС), таких, как когнитивные нарушения и нечеткость зрения (7). Такая особенность может играть важную роль при выборе антихолинергического препара-

Таблица. Сравнение фармакокинетических свойств антихолинергических препаратов

Критерии	Оксибутинин	Толтеродин	Троспий	Солифенацин
Химическая структура	Третичный амин	Третичный амин	Четвертичный амин	Третичный амин
Биодоступность, %	6	77	9,6	90
Влияние пищи на всасывание	Да (повышение концентрации в сыворотке на 25%)	Нет	Да (жирная пища снижает всасывание на 70-80%)	Нет
Время до максимальной концентрации, ч	1	1-2	4-6	3-8
Период полувыведения, ч	1,1-2,3	1,9-3,7	20	40-68
Выделение с мочой, %	< 0,1	< 1	> 80	< 15
Выделение с калом, %	-	77	6	23
Метаболизм в печени, фермент	CYP3A4	CYP3A4	Нет	CYP2D6
Активный метаболит	Дезетил-оксибутинин	5-гидроксиетилтолтеродин	Нет	4R-гидроксисолифенацин
Проникновение через ГЭБ	Да	Да	Нет	Да
Спазмолитический эффект	Да	Нет	Да	Нет
Селективность	M2 / M3	Нет	Нет	M3

та для лечения пожилых больных с возможными имеющимися когнитивными расстройствами вследствие возрастных нарушений кровообращения головного мозга или принимающих другие лекарственные препараты с антихолинергическим эффектом. Высокая гидрофильность также влияет на всасывание из желудочно-кишечного тракта, что может потребовать подбора индивидуальной дозы препарата (8).

В организме человека выделяют 5 типов мускариновых рецепторов (M_1 - M_5). У здоровых людей M_2 рецепторы могут участвовать в регуляции сокращения, однако их роль в сокращении детрузора значительно возрастает при патологических состояниях, включая ГМП (9). Основными рецепторами с прямым сократительным эффектом в детрузоре являются M_3 (10). Парасимпатические нервные волокна, иннервирующие детрузор, также имеют мускариновые рецепторы, расположенные на пресинаптической мембране. Они могут как стимулировать (M_1), так и ингибировать (M_4) выделение ацетилхолина (11). Точная роль этих рецепторов еще не определена. Также пока нет данных о функциональной роли M_5 в нижних мочевых путях. Тем не менее следует отметить, что M_1 рецепторы являются одними из основных в ЦНС (12) и возникновение когнитивных нарушений может быть вызвано связыванием этого подтипа рецепторов. Повышение се-

лективности антихолинергических препаратов к M_3 рецепторам дает надежду на уменьшение побочных эффектов препаратов при сохранении терапевтического действия. Однако клинических подтверждений этому пока не получено.

Существуют различия между антихолинергическими препаратами по их метаболизму и пути выведения. Метаболизм препарата печеночными ферментами цитохрома P-450 может приводить к взаимодействию с другими препаратами, используемыми для лечения сопутствующих заболеваний и имеющими такой же метаболизм. Поэтому препараты, не подвергающиеся метаболизму в печени (четвертичные амины), имеют определенное преимущество, в частности, у пожилых людей с ГМП, как правило, имеющих «букет заболеваний», требующих медикаментозного лечения. Кроме этого выведение активной формы препарата с мочой обеспечивает дополнительное локальное действие на уротелий и может увеличивать продолжительность клинического эффекта.

Понимание этих различий, обуславливающих терапевтический эффект и безопасность антихолинергических препаратов, является важным при решении вопросов медикаментозного лечения и позволяет врачу сделать осознанный выбор для конкретного пациента. Перечисленные особенности препаратов суммированы в таблице.

Оксибутинин был синтезирован в 1960 г. для лечения повышенной моторики желудочно-кишечного тракта. Однако его клиническое использование показало эффективность при ГМП. По химической структуре оксибутинин относится к группе третичных аминов. Являясь антагонистом M_2 и M_3 холинорецепторов, он обладает антихолинергическим, спазмолитическим и анестезирующим действием. По данным 15 РПКИ, включавших 476 больных, среднее снижение числа эпизодов недержания мочи составило 52% и числа мочеиспусканий в сутки – 33%. Суммарно субъективное улучшение симптомов отметили 74% (от 61 до 100%) больных (13). Несмотря на то что оксибутинин на протяжении более 3 десятилетий оставался «золотым стандартом» при лечении ГМП, он обладает рядом побочных эффектов (сухость во рту, сонливость, головокружение, нарушение зрения, запоры), связанных с его более выраженным избирательным действием на мускариновые рецепторы коры головного мозга и слюнных желез, которые отмечают 70% больных (от 17 до 93%). Высокая частота побочных эффектов требует подбора дозы от 2,5 до 15 мг/сут. Оксибутинин метаболизируется в печени, и его побочные эффекты связаны с его метаболитом N-дезетилоксибутинином, концентрация которого в крови в 2-5 раз превышает концентрацию самого оксибутинина и который



имеет большее сродство слюнным железам. Это предположение явилось основанием для разработки медленно высвобождающейся формы (МВФ) и кожных пластырей с препаратом. Использование МВФ позволило снизить частоту побочных эффектов. Наиболее частым из них была сухость во рту, которую при дозе МВФ 10 мг/сут отмечали 29% больных (14). Клиническая эффективность кожных пластырей с оксибутинином аналогична обычной форме препарата. Недостатком этой формы являются кожные побочные эффекты в виде покраснения и зуда у 39% больных (15).

Толтеродин тартрат специально синтезирован для лечения больных ГМП. Он имеет практически одинаковую селективность к разным подтипам мускариновых рецепторов, но в то же время обладает органной специфичностью действия в отношении мочевого пузыря. Рекомендуемая дозировка 2 мг 2 раза в день не требует титрования. Доказана практически одинаковая эффективность толтеродина и оксибутинина в отношении улучшения симптомов ГМП. В то же время переносимость толтеродина оказалась лучше. Например, 9- и 12-месячные курсы лечения толтеродином закончили 91 и 85% больных соответственно и только 18% больных продолжали принимать быстро высвобождающуюся форму оксибутинина в течение 6 мес. Частота побочных эффектов при применении толтеродина практически не отличается от группы плацебо, за исключением сухости во рту, которая отмечается у 39% больных, принимавших толтеродин, и у 16% группы плацебо (16). Медленно высвобождающаяся

форма толтеродина 4 мг отличается более значимым снижением эпизодов ургентного недержания мочи и лучшей переносимостью по сравнению с быстро высвобождающейся формой. Сухость во рту отмечали 23% больных, получавших МВФ, по сравнению с 30%, получавших быстро высвобождающуюся форму и 16%, получавших плацебо (17).

Троспия хлорид является антимускариновым препаратом с атропиноподобным действием. Его применяют для лечения больных ГМП уже более 20 лет. Препарат относится к группе четвертичных аминов и обладает всеми выше описанными свойствами этой химической группы. Будучи гидрофильным производным атропина и имея положительно заряженную молекулу, он практически не проникает через гематоэнцефалический барьер, медленно всасывается из желудочно-кишечного тракта и обладает низкой биодоступностью (около 10%). Хотя биодоступность троспия хлорида уступает таковой третичных аминов, это не оказывает влияния на его эффективность, а только определяет необходимость его применения в более высоких дозах. Обычно препарат назначают в индивидуально подобранных дозировках от 15 мг 3 р/сут в зависимости от клинической картины и тяжести заболевания. Препарат рекомендуется принимать до еды, т.к. при приеме совместно с пищей его биодоступность значительно снижается.

Троспия хлорид лишь в незначительной степени подвергается печеночному метаболизму, что определяет низкую вероятность его фармакокинетического взаимодействия с другими лекарственными

препаратами. Таким образом, применение троспия хлорида особенно показано пациентам, постоянно принимающим несколько медикаментозных препаратов. Другим важным следствием указанных особенностей метаболизма троспия хлорида является выделение большей части (до 80%) препарата с мочой в неизменном виде, в то время как для оксибутинина и толтеродина этот показатель не превышает 6%. Накопление троспия хлорида в мочевом пузыре может приводить к дополнительному местному воздействию, существование которого показано в исследованиях его внутривезикулярного применения (18). Кроме этого в недавнем исследовании K.S. Lip и соавт. показали, что уротелиальные клетки могут синтезировать ацетилхолин – и более того депонировать ацетилхолин, выделяющийся из нервных окончаний (19). Транспорт ацетилхолина через клеточную мембрану в уротелии осуществляется при помощи специальных белковых образований на клеточной мембране – органических катионных переносчиков. В исследовании продемонстрировано, что троспий в дозозависимой форме ингибирует активность всех трех типов органических катионных переносчиков уротелиальных клеток у человека, что значительно повышает его потенциал в улучшении накопительной способности мочевого пузыря.

При обычных условиях эффект от лечения наступает через неделю после начала приема. В клинических исследованиях у больных ГМП применение троспия в дозе 20 мг 2 р/сут в среднем снижало частоту мочеиспускания в сутки на 2,7, число эпизодов ургентного недержания мочи в неделю на 16,1 и увеличивало объем мочеиспускания в среднем на 35,6 мл (21, 22). Сравнительные исследования показывают, что эффективность троспия аналогична оксибутинину и толтеродину и в ряде исследований даже выше (23, 24). При этом троспий демонстрирует лучшую переносимость и меньшую частоту побочных эффектов по сравнению с оксибутинином

Медикаментозные средства первой линии для лечения больных с ГМП – антихолинергические препараты. Они являются антагонистами мускариновых рецепторов. Понимание врачом различий и особенностей существующих средств позволит сделать правильный выбор для каждого пациента. Несмотря на то, что клиническая эффективность препаратов практически одинакова, существенно различается профиль их побочных эффектов.



СПАЗМЕКС®

тростия хлорид табл. 5 мг и 15 мг

Совершенная
структура –
непревзойденные
преимущества



Высший уровень безопасности
и эффективности терапии
гиперактивного мочевого пузыря



www.spasmex.ru

Антихолинергический препарат для лечения гиперактивного мочевого пузыря, обладающий исключительным комплексом преимуществ:

Эффективность и безопасность на высоком уровне.

Не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС, так как не преодолевает гематоэнцефалический барьер.

Нет метаболизма в печени.

Отсутствует взаимодействие с другими лекарствами.

Производитель Dr. Pflieger (Германия)

(7, 25). Как и у остальных антихолинэргических средств, типичными побочными эффектами троспия является сухость во рту (20%) и запоры. В настоящее время проводится клиническое испытание МВФ троспия, которая при сохранении эффективности оказывает меньшее число побочных эффектов. При этом частоту сухости во рту оценивают как наименьшую среди всех пероральных препаратов антихолинэргического ряда (26).

В нашей клинике также проводили исследования троспия хлорида у больных с разными формами ГМП: нейрогенной детрузорной гиперактивностью вследствие вертеброгенных заболеваний ($n = 36$) и болезнью Паркинсона ($n = 11$) и идиопатической детрузорной гиперактивностью ($n = 15$). Через 24 недели лечения в дозе 15 мг/сут (5 мг 3 раза в день) отмечено снижение частоты мочеиспусканий за сутки во всех исследуемых группах. У больных с вертеброгенными заболеваниями – на 39,1% ($p < 0,01$), с идиопатической детрузорной гиперактивностью частота мочеиспусканий в сутки уменьшилась на 14%, с болезнью Паркинсона – на 27% ($p < 0,01$). Достоверное снижение числа мочеиспусканий за сутки при $p < 0,01$ получено в группах больных с вертеброгенными заболеваниями и больных с болезнью Паркинсона. У больных с идиопатической детрузорной гиперактивностью достоверного снижения числа мочеиспусканий за сутки не получено. Лечение также привело к незначительному снижению числа urgentных позывов на моче-

испускание и эпизодов urgentного недержания мочи во всех исследуемых группах. Средний эффективный объем мочевого пузыря увеличился по данным УЗИ у больных с вертеброгенными заболеваниями на 23,7%, с идиопатической детрузорной гиперактивностью увеличился на 17%, с болезнью Паркинсона – на 12,8%. Цистометрическая емкость мочевого пузыря, по данным уродинамического исследования, у больных с вертеброгенными заболеваниями увеличилась на 41%, с идиопатической детрузорной гиперактивностью – на 13,7% и с болезнью Паркинсона – на 14,5%. Анализ показал достоверное увеличение цистометрической емкости в группе больных с идиопатической и нейрогенной детрузорной гиперактивностью вследствие вертеброгенных заболеваний ($p < 0,001$). У пациентов с болезнью Паркинсона цистометрическая емкость не достигла значимой статистической достоверности. При приеме троспиума у 1 пациентки (1,6%) возникли головные боли, которые она связывала с приемом препарата, у 4 больных (6,5%) появились запоры, 8 больных (12,9 %) жаловались на сухость во рту. У 2 больных (3,2%), имеющих в анамнезе хронический гастрит, появилась изжога. Степень выраженности побочных эффектов у больных была незначительной и не требовала отмены препарата (27).

Другим исследованием была оценка эффективности троспия в комплексном лечении женщин с сочетанием пролапса гениталий и симптомов ГМП (28).

Солифенацин относится к группе

третичных аминов и является высоко селективным антагонистом M_3 мускариновых рецепторов. Предполагается, что высокая селективность позволит снизить частоту побочных эффектов, связанных с действием на другие подтипы мускариновых рецепторов, тем не менее M_3 также присутствуют в гладкой мускулатуре кишечника, слюнных желез, глазе и головном мозге, в связи с этим не исключены побочные эффекты в виде запоров, сухости во рту, нечеткости зрения и когнитивных нарушений. Эффективность, переносимость и безопасность солифенацина доказана в РПКИ. Препарат достоверно уменьшает симптомы urgentности и ноктурии, снижает число эпизодов urgentного недержания мочи. Дозировки солифенацина 5 и 10 мг уменьшают urgentность соответственно на 52 и 55% (29). Подтверждено положительное влияние лечения солифенацином на показатель качества жизни больных ГМП (30). В сравнительных исследованиях с толтероидом солифенацин имел преимущества в улучшении симптомов, при этом была отмечена аналогичная частота побочных эффектов (30). Наиболее частыми побочными эффектами солифенацина является сухость во рту (11 и 28% при 5 и 10 мг соответственно), запоры, тошнота и нечеткость зрения.

Сегодня выбор антихолинэргического препарата в основном определяется его стоимостью и реже – переносимостью. Систематические обзоры исследований эффективности антихолинэргических средств отмечают лучшую переносимость препаратов пролонгированного действия, принимаемых однократно, по сравнению с препаратами, требующими многократного приема. Однако препараты для многократного приема позволяют более точно титровать дозу для достижения наименьшего числа побочных проявлений при сохранении их терапевтического эффекта (31). Понимание врачом различий и особенностей существующих средств позволит сделать правильный выбор для каждого пациента. Несмо-

Антимускариновый эффект антихолинэргических препаратов заключается в блокировании мускариновых рецепторов (которые активируются ацетилхолином, выделяющимся из парасимпатических нервных окончаний) в детрузоре, и тем самым подавляет произвольные сокращения детрузора. Исследования показывают, что основное действие этих препаратов проявляется во время фазы накопления мочи, когда отсутствует активность парасимпатических волокон, подавляя urgentность (ощущения внезапного непреодолимого позыва к мочеиспусканию) и улучшая накопительную способность мочевого пузыря.

тря на то, что клиническая эффективность препаратов практически одинакова, существенно различается профиль их побочных эффектов. Отличия в метаболизме и пути выведения четвертичного амина тропсия хлорида делает его более привлекательным с точки зрения отсутствия взаимодействия с другими лекарственными средствами и более прицельного локального эффекта на мочевой пузырь со стороны уротелия по сравнению с третичными аминами. В дополнение к этому особенности молекулы

тропсия обуславливают его ограниченное проникновение через гематоэнцефалический барьер, что способствует минимизации побочных эффектов со стороны ЦНС. Такая особенность крайне важна при выборе препарата для лечения пожилых пациентов с ГМП. К сожалению, отказ больных от лечения из-за побочных эффектов является одной из нередких причин неудачного консервативного лечения ГМП. Теоретически высокая селективность к M_3 рецепторам позволит сократить частоту побочных эффектов, одна-

ко требуются дальнейшие клинические исследования для прямого сравнения переносимости антихолинергических препаратов и совершенствования выбора средства для индивидуального больного. Доказанная эффективность, безопасность и переносимость антихолинергических препаратов при лечении больных ГМП, значительно улучшающих качество их жизни, на сегодняшний день делает эти препараты средством первого выбора при медикаментозном лечении синдрома ГМП. 

Литература

- Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21: 167-178.
- Van Kerrebroeck P., Abrams P., Chaikin D. et al. The standardization of terminology in nocturia: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21: 179-183.
- Milsom I., Abrams P., Cardozo L. et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int.* 2001; 87: 760-6.
- Chapple C.R. Muscarinic receptor antagonists in the treatment of overactive bladder. *Urology.* 2000; 55: 33-46; discussion 50.
- Andersson K.E., Appell R., Cardozo L.D., Chappel C., Drutz H.P., Finkbeiner A.E. et al. The pharmacological treatment of urinary incontinence. *BJU Int.* 1999; 84: 923-47.
- Andersson K.E., Yoshida M. Antimuscarinics and the overactive detrusor – which is the main mechanism of action? *Eur Urol.* 2003; 43: 1-5.
- Pak R.W., Petrou S.P., Staskin D.R. Trospium chloride: a quaternary amine with unique pharmacologic properties. *Curr Urol Rep.* 2003; 4: 436-440.
- Schwantes U., Topfmeier P. Importance of pharmacological and physicochemical properties for tolerance of antimuscarinic drugs in the treatment of detrusor instability and detrusor hyperreflexia – chances for improvement of therapy. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 1999; 37: 209-218.
- Pontari M.A., Braverman A.S., Ruggieri M.R. The M_2 muscarinic receptor mediates in vitro bladder contractions from patients with neurogenic bladder dysfunction. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2004; 286: 874-880.
- Fetscher C., Fleichman M., Schmidt M., Krege S., Michel M.C. M_3 muscarinic receptors mediate contraction of human urinary bladder. *Br J Pharmacol.* 2002; 136: 641-643.
- Yoshimura N., Chancellor M.B. Current and future pharmacologic treatment for overactive bladder. *J Urol.* 2002; 168: 1897-1913.
- Fisher A., Michaelson D.M., Brandeis R., Harring R., Chapman S., Pittel Z. M_1 muscarinic agonists as potential disease-modifying agents in Alzheimer's disease. Rationale and perspectives. *Ann NY Acad Sci.* 2000; 920: 315-320.
- Thuroff J.W., Chartier-Kastler E., Corcus J., Humke J., Jonas U., Palmtag H. et al. Medical treatment and medical side effects in urinary incontinence in the elderly. *World J Urol.* 1998; 16 Suppl 1: 548-61.
- Diokno A.C., Appell R.A., Sand P.K., Dmochowski R.R. et al. Prospective, randomized, double-blind study of the efficacy and tolerability of the extended-release formulations of oxybutynin and tolterodine for overactive bladder: results of the OPERA trial. *Mayo Clin Proc.* 2003; 78: 687-695.
- Daliva G.W., Daugherty C.A., Sanders S.W. Transdermal Oxybutynin Study Group. A short-term, multicenter, randomized double-blind dose titration study of the efficacy and anticholinergic side effects of transdermal compared to immediate release oral oxybutynin treatment of patients with urge urinary incontinence. *J Urol.* 2001; 166: 140-5.
- Appell R.A. Clinical efficacy and safety of tolterodine in the treatment of overactive bladder: a pooled analysis. *Urology.* 1997; 50: 90-6.
- Van Kerrebroeck P., Kreder K., Jonas U., Zinner N., Wein A. Tolterodine Study Group. Tolterodine once-daily: superior efficacy and tolerability in the treatment of overactive bladder. *Urology.* 2001; 57: 414-21.
- Kim Y., Yoshimura N., Masuda H., De Miguel F., Chancellor M.B. Intravesical instillation of human urine after oral administration of trospium, tolterodine and oxybutynin in a rat model of detrusor overactivity. *BJU Int.* 2005; 97: 400-3.
- Lips K.S., Wunsch J., Zarghooni S., Bschleifer T., Schukowski K., Weidner W., Wessler I., Schwantes U., Koepsell H., Kummer W. Acetylcholine and molecular components of its synthesis and release machinery in the urothelium. *Eur Urol.* 2007 Apr; 51(4): 1042-53.
- Singh-Franco D., Machado C., Tuteja S., Zapantis A. Trospium Chloride for the Treatment of Overactive Bladder with Urge Incontinence. *Clinical Therapeutics.* 2005; 27(5): 511-530.
- Zinner N., Gittelman M., Harris R., Susset J., Kanelos A., Auerbach S. Trospium Study Group. Trospium chloride improves overactive bladder symptoms: a multicenter phase III trial. *J Urol.* 2004; 171(6 Pt 1): 2311-2315.
- Sanctura (trospium chloride) tablets (package insert). East Hanover, NJ: Odyssey Pharmaceuticals, 2004.
- Hashim H., Abrams P. Drug treatment of overactive bladder: efficacy, cost and quality-of-life considerations. *Drugs.* 2004; 64(15): 1643-1656.
- Jünemann K.P., Al-Shukri S. Efficacy and tolerability of trospium chloride and tolterodine in 234 patients with urge-syndrome: a double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial (abstract 85B). *Neurourol Urodyn.* 2000; 19(4): 488-490.
- Madersbacher H., Stohrer M., Richter R., Burgdorfer H., Hachen H.J., Murtz G. Trospium chloride versus oxybutynin: a randomized, double-blind, multicenter trial in the treatment of detrusor hyperreflexia. *Br J Urol.* 1995; 75(4): 452-456.
- Staskin D., Sand P., Zinner N., Dmochowski R. Trospium Study Group. Once Daily Trospium Chloride is Effective and Well Tolerated for the Treatment of Overactive Bladder: Results From a Multicenter Phase III Trial. *J Urol.* 2007; 178: 978-84.
- Мазо Е.Б., Бабанина Г.А. Троспий хлорид (спазмекс) в лечении симптомов нижних мочевых путей у больных с нейрогенным гиперактивным мочевым пузырем вследствие вертеброгенных поражений // *Урология.* 2007; № 3: 15.
- Доброхотова Ю.Э., Мазо Е.Б., Кривооборотов Г.Г., Школьников М.Е., Фандеева Л.В., Кайфаджан М.М., Нуруллин Р.Ф., Жданова М.С. Троспия хлорид в лечении женщин с симптомами гиперактивного мочевого пузыря, сохранившимися после хирургической коррекции пролапса гениталий // *Вестник РГМУ.* 2007; № 3(56).
- Chapple C., Wyndaele J.J., Gronen S., for the Solifenacin Study Group. Solifenacin provided statistically significant and clinically relevant reductions in urgency, a defining symptom of overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 2004; 23: 316.
- Chapple C.R., Arano P., Bosch J.L., De Ridder D., Kramer A.E., Ridder A.M. Solifenacin appears effective and well tolerated in patients with symptomatic idiopathic detrusor overactivity in a placebo- and tolterodine-controlled phase 2 dose-finding study *BJU Int.* 2004; 93: 71-7.
- Chapple C.R., Khullar V., Gabriel Z., Muston D., Bitoun C.E., Weinstein D. The Effects of Antimuscarinic Treatments in Overactive Bladder: An Update of a Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Urol.* 2008; 54(3): 543-62.

Т.С. ПЕРЕПАНОВА,
П.Л. ХАЗАН,
Ю.В. КУДРЯВЦЕВ
НИИ урологии
Росмедтехнологий,
Москва

Урологический болевой синдром: применение геля Катеджелъ

Хроническая тазовая боль в урологической практике, согласно Руководству Европейской ассоциации урологов (1), подразделяется на урологический болевой синдром; мочепузырный болевой синдром / интерстициальный цистит (BPS/IC); уретральный; пенильный; простатический; скротальный – тестикулярный, поствазэктомический, эпидидимальный; гинекологический; аноректальный; неврологический; мышечный болевой синдром.

Данная классификация хронической тазовой боли использует осевую структуру классификации международной ассоциации по изучению боли (IASP).

Структура хронической боли характеризуется тремя составляющими (2):

- зарождение хронической боли в разных органах и тканях;
- вовлечение в болевой процесс разных отделов (соматического и вегетативного) нервной системы;
- участие эмоциональной сферы человека и его психики в субъективном восприятии боли.

Таким образом, боль – это сочетанная патология периферических тканей, нервной системы и эмоциональной сферы человека.

Патофизиологической основой хронической боли (не связанной с повреждающим воздействием) является образование и деятельность в системе болевой чувствительности генераторов патологического усиленного возбуждения (ГПУВ) и формирование на их основе патологической алгической системы (ПАС) – дисрегуляторная патология. При заболеваниях периферических тканей и органов каждый болевой синдром начинается с развития патологического процесса вследствие разных причин. Патологический процесс играет роль триггерного механизма, приводящего к нарушению нервной регуляции болевой чувствительности тканей в очаге поражения – формирование периферической боли. Возникающие вследствие прогрессирования заболевания структурные изменения в очаге поражения представляют одну сторону патогенеза патологического состояния в организме. Другой стороной является высвобождение в очаге

поражения аллогенных химических агентов, которые вызывают постоянное раздражение чувствительных рецепторов. По избирательности и характеру влияния на нервные окончания их разделяют на несколько групп. Различают тканевые аллогенные вещества (серотонин, гистамин, ацетилхолин, ионы калия и натрия), плазменные агенты (брадикинин, каллидинин и другие вещества), субстанции, выделяющиеся из нервных окончаний (субстанция Р), и целый ряд других химически активных веществ. Это приводит к появлению в системе болевой чувствительности триггерного пункта с последующим разноуровневым формированием в структурах спинного и головного мозга патологических по своей природе и результатам деятельности интеграций нервных клеток и образований.

Хронический характер периферическая боль приобретает в двух случаях:

1) при сохранении действия на периферии источника ноцицептивных раздражений;

2) при появлении в структурах болевыводящей системы спинного и головного мозга генераторов патологически усиленного возбуждения, способных развивать самоподдерживающую активность и без дополнительной болевой импульсации с периферии.

Клинический опыт показывает, что ключевое значение в возникновении хронической боли имеют процессы, происходящие в периферических тканях и органах,

Лечение болевого синдрома представляет большие трудности и далеко от доказательных данных. Большинство предлагаемых методов лечения не излечивают, а лишь облегчают симптомы. Необходимо предупредить пациентку, что симптомы заболевания могут продолжаться длительное время, но облегчить такие симптомы, как болевой, частые позывы и неотложность мочеиспускания, можно очень эффективно.

включая сосуды и нервы. Триггерные (пусковые) механизмы играют роль «возмущающих воздействий». Эти механизмы монолики и могут быть и в отсутствие возмущающего механизма. Пусковым механизмом в развитии хронической боли может стать нарушение проницаемости гисто-гематических барьеров. К этому же результату может привести дисрегуляция физиологических процессов отдельно на уровне нервной системы и отдельно на гуморально-эндокринном уровне. При болевом синдроме триггерные механизмы через многие промежуточные звенья участвуют в регуляции болевой чувствительности периферических тканей. Деятельность триггерных механизмов приводит к гипервозбудимости нейронов. Формируются генераторы патологически усиленного возбуждения сначала на уровне ганглиев, а затем (если деятельность триггерных механизмов продолжается) и в вышележащих отделах болевыводящей системы. Эти генераторы объединены в единую патологическую алгическую систему с присущими ей особенностями. В отличие от более центрального генеза, для которых характерна устойчивая связь системы с центральной болевой доминантой, алгическая система при болях периферического генеза ориентирована исключительно на периферический фактор. Адекватные по характеру и направленности лечебные мероприятия на периферический аппарат способны у абсолютного большинства больных устранить их. Применение медикаментозной терапии оправдано в случаях, когда их назначают в качестве средств патогенетической терапии для устранения отдельных проявлений патологического процесса в зоне болезненности (например, воспаления). Без применения специфической медикаментозной терапии нельзя представить лечение болевых синдромов, которые имеют вторичное происхождение, являясь по сути осложнением самых разных по своему характеру

Таблица 1. Известные состояния, вызывающие хроническую тазовую боль

Урологическая	Гинекологическая	Аноректальная	Неврологическая	Другие
Инфекционные: цистит; простатит; уретрит; эпидидимоорхит	Эндометриоз	Проктит, геморрой, анальный свищ	Пудентальная нейропатия	Сосудистые, кожные, психические

заболеваний органов и систем (вирусного, микробного, аллергического происхождения, эндокринных, метаболических нарушений, аутоиммунной патологии соединительной ткани, болезней крови и других поражений) (3).

Известны хорошо определенные состояния, вызывающие хроническую тазовую боль (таблица 1).

Интерстициальный цистит (ИЦ) – наиболее частая причина хронической тазовой боли в практике врача уролога (ИЦ – сборное понятие, включает различные состояния).

Диагностические критерии, предложенные NIDDK (рабочей группой по ИЦ в августе 1987 г.) (1), были описаны в основном для исследовательских целей, так как диагноз ИЦ устанавливается методом исключения других заболеваний. Эти критерии не приемлемы в клинической практике, они созданы не с диагностической целью, но вследствие неопределенности описания заболевания они становятся стандартными критериями исключения, используемыми при постановке диагноза. Легче исключить диагноз, чем сделать положительное заключение (1).

Наиболее полно отражает состояние термин «болезненный мочевого пузыря» (ICS, 2003) или «синдром боли в мочевом пузыре». Этиология неизвестна. Есть много предложенных гипотез, но ни одна из них не доказана. Диагноз базируется на симптомах, осмотре, анализах мочи и данных цистоскопии с гидродистензией и биопсией. Все пациенты описывают боль, частое мочеиспускание и ноктурию. Боль, которая может быть очень сильной, обычно увеличивается с наполнением мочевого пузыря и локализуется

над лонным сочленением, может иррадиировать в окружающие ткани, облегчение боли возможно после опорожнения мочевого пузыря, хотя она вскоре возвращается. Классическая язва Hunner'a и язвенные формы ИЦ имеют разные клинические проявления. Класси-

Гель для наружного применения в гофрированных разовых шприцах 12,5 г – Кадтеджель с лидокаином – это комбинированный препарат, в 100 г которого содержатся 2 г лидокаина гидрохлорида и 0,05 г дигидрохлорида хлоргексидина. Это стерильный, водорастворимый, бесцветный, прозрачный гель для интрауретральной и интравгинальной инстилляции. Инстилляция проводится посредством легкого давления на гофрированный шприц.

ческий язвенный ИЦ – это деструктивное воспаление, которое у некоторых пациентов приводит к сморщиванию, фиброзу мочевого пузыря и обструкции верхних мочевых путей. Такого прогрессирующего состояния не отмечается у больных с не язвенными формами мочевого пузыря болевого синдрома. Эти два состояния различаются по их гистопатологическим, иммунологическим и нейробиологическим данным. Биопсия слизистой мочевого пузыря помогает в постановке диагноза и с целью исключения карциномы *in situ*, туберкулезного цистита.

На ежегодной конференции ESSIC (Германия, 2007) принят термин «мочепузырный болевой синдром» вместо термина «интер-



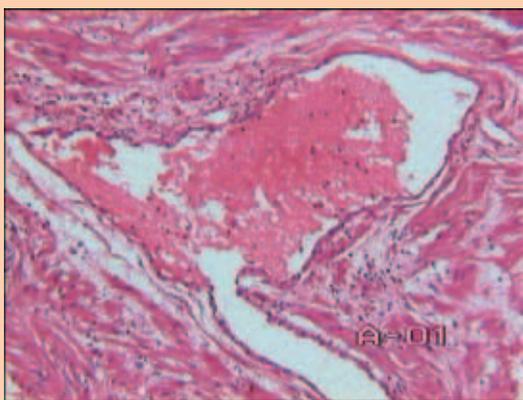


Рисунок 1. Деформации сосудов

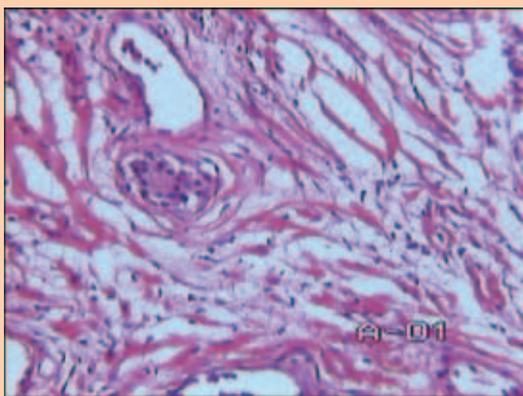


Рисунок 2. Интерстициальный отек

стициальный цистит», однако временно предложено использовать оба термина. Мочепузырный болевой синдром / интерстициальный цистит (BPS / IC) диагностируется на основании хронической тазовой боли (> 6 мес.), давления или дискомфорта, связанных по ощущениям с мочевым пузырем и сопровождаемых по крайней мере одним из мочевых симптомов, таких, как сильное, упорное желание мочиться или учащенное мочеиспускание. При этом долж-

ны быть исключены другие заболевания, имеющие похожие симптомы. Дальнейшее определение и классификация BPS / IC могут быть предприняты на основании данных цистоскопии с гидробиружением и морфологических исследований биоптатов.

Часто необходимо дифференцировать боль с уретральным синдромом. Этот симптом включает боль и дискомфорт в области таза, позади лонной кости, частые позывы к мочеиспусканию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и периодическое жжение после мочеиспускания. Некоторые пациентки отмечают трудность начала мочеиспускания, прерывистую струю мочи и капанье после мочеиспускания. В культуральных анализах мочи микроорганизмов не выявлено, а при осмотре отмечается только незначительная напряженность при осмотре уретры и влагалища. Полагают, что уретральный синдром может вызываться спазмом мышц на уровне тазового дна (4).

Лечение болевого синдрома представляет большие трудности и далеко от доказательных данных. Большинство предлагаемых методов лечения не излечивают, а лишь облегчают симптомы. Необходимо предупредить пациентку, что симптомы заболевания могут продолжаться длительное время, но облегчить такие симптомы, как болевой, частые позывы и неотложность мочеиспускания, можно очень эффективно. Если обострение повторяется, необходимо объяснить пациентке, что симптомы находятся под контролем, хотя и не полностью ликвидированы. Лечение может быть разбито на поведенческую терапию; физиотерапевтические методы воздей-

ствия; инстилляции медикаментов в мочевой пузырь через катетер; пероральные лекарственные препараты; нейромоделаторы и оперативное лечение.

Несмотря на большое количество предлагаемых медикаментов, мы до сих пор не умеем управлять этим заболеванием. Мы можем пока только предложить симптоматическое лечение. Но даже назначая лечение для облегчения симптомов, мы помогаем страждущим. Некоторым пациентам удается надолго избавиться от этих симптомов, другим лечение дает временное облегчение, но во всех случаях достигается некоторая польза путем попыток применения разных вмешательств до тех пор, пока не будет найдена правильная комбинация.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В НИИ Урологии Росмедтехнологий в 2008 г. проведено клиническое несравнительное исследование препарата **Катеджель с лидокаином** (фирма-производитель MONTAVIT, Австрия) у пациентов с мочепузырным болевым синдромом / интерстициальным циститом (BPS / IC), уретральным болевым синдромом, простатическим болевым синдромом.

Целью исследования было оценить эффективность, безопасность и толерантность применения препарата **Катеджель с лидокаином** для лечения пациентов с урологическим болевым синдромом.

Гель для наружного применения в гофрированных разовых шприцах 12,5 г – **Катеджель с лидокаином** – это комбинированный препарат, в 100 г которого содержатся 2 г лидокаина гидрохлорида и 0,05 г ди-гидрохлорида хлоргексидина. Это стерильный, водорастворимый, бесцветный, прозрачный гель для интрауретральной и интравагинальной инстилляции. Лидокаина гидрохлорид обладает местно-анестезирующим действием. Хлоргексидин влияет на многие грамотрицательные бактерии, но не оказывает действия на кислостойкие бактерии, споры, грибы и вирусы. ➔

По данным нашего исследования, хорошая и отличная клиническая эффективность препарата Катеджель с лидокаином при лечении болевого синдрома у пациентов с мочепузырным болевым синдромом / интерстициальным циститом, уретральным болевым синдромом отмечена у 87,87% пациентов.

Катеджель

ОПТИМАЛЬНОЕ СКОЛЬЖЕНИЕ

Ввод катетеров и инструментов без боли и инфекций



КАТЕДЖЕЛЬ при диагностических и оперативных вмешательствах в урологии, гинекологии, проктологии, анестезиологии и реаниматологии

- обезболивающее и спазмолитическое действие
- чёткий оптический обзор
- профилактика инфекций при постановке любых видов катетеров, при всех разновидностях эндоскопии, интубации, введениях и извлечениях ВМС, выскабливаниях, биопсиях, манипуляциях на фистулах и стомах любой локализации
- купирование воспаления слизистой оболочки и болевого синдрома мочеиспускательного канала, влагалища, цервикального канала и прямой кишки (в составе комплексной терапии)
- гель водорастворим, не проводит электричество, поэтому идеален при применении металлических инструментов



Montavit

„Фармацойтише Фабрик Монтавит Гез.м.б.Х.“
Тел./факс: (495)781-71-08
www.montavit.ru

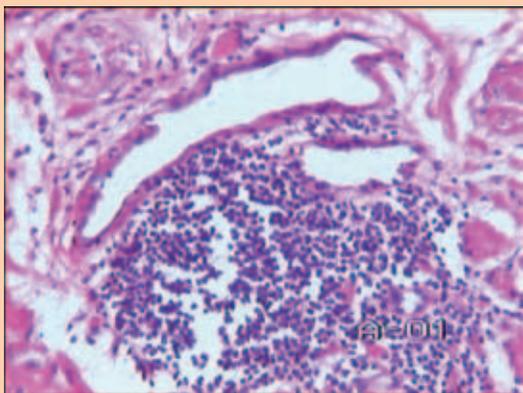


Рисунок 3. Развитие инфильтратов

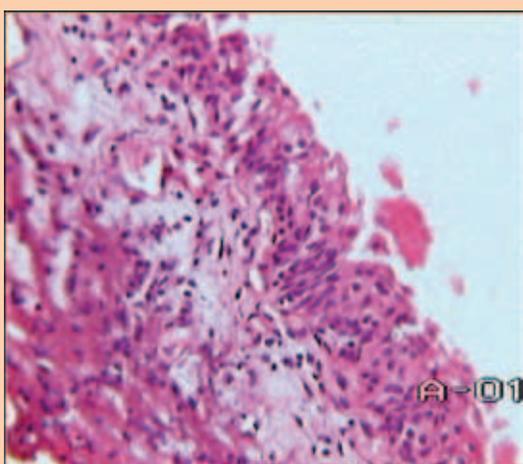


Рисунок 4. Альтерация и некроз эпителия

В данной концентрации хлоргексидин выполняет профилактическую функцию против восходящей инфекции уретры и мочевого пузыря. Адекватная анестезия развивается через 5-10 мин. после применения препарата. Водорастворимый прозрачный гель обеспечивает четкий оптический обзор при различ-

ных эндоскопических процедурах. Необходимо помнить, что при повышенной чувствительности к компонентам препарата возможны аллергические реакции. Способ применения, продолжительность и концентрация лидокаина, как правило, не приводят к кардиососудистым эффектам. При многократном применении при введении в мочевой пузырь или при сильном воспалении в уретре в связи с увеличенной резорбтивной поверхностью возможно уменьшение частоты сердцебиения. Рекомендуется избегать совместного применения с препаратами йода. Ингибиторы MAO усиливают местноанестезирующее действие лидокаина. Не совместим с мылом, а также детергентами, содержащими анионную группу (сапонины, натрия лаурилсульфат, натрия карбоксиметилцеллюлоза). Совместим с препаратами, содержащими катионную группу (бензалкония хлорид).

В исследование были включены взрослые пациентки:

- 1 группа – пациентки с хроническим бактериальным циститом (n = 4);
- 2 группа – пациентки с мочепузырным болевым синдромом / интерстициальным циститом (n = 18);
- 3 группа – пациентки с уретральным болевым синдромом (n = 11).

Средний возраст пациенток в группах: уретральный синдром – 39,2 лет; интерстициальный цистит – 41,79 лет; хронический бактериальный цистит – 46,18 лет.

Средняя длительность заболевания до обращения составила 5,32 года. В данной статье мы подробно не рассматриваем анамнез и данные обследования пациенток, включая биопсию мочевого пузыря.

У всех пациентов основной жалобой была боль над лоном, в уретре, не купирующаяся медикаментами. У некоторых больных с мочепузырным болевым синдромом / интерстициальным циститом в анамнезе была персистирующая мочевиная инфекция, длительное время леченная антимикробными препаратами. У большинства же – отсутствие бактериальной инфекции, а по данным биопсии мочевого пузыря выявлены различные морфологические изменения. Анатомические диспропорции сосудистой стенки как кровеносных, так и лимфатических сосудов приводят к уродливым деформациям сосудов, отеку – один из вариантов развития цисталгии (рисунок 1). Нарушение состояния сосудистой стенки приводит к нарушению ее проницаемости и выраженному интерстициальному отеку – сдавлению нервных окончаний, их деформации, дистрофическим изменениям и болевому синдрому (рисунок 2). Развитие массивных периваскулярных или интерстициальных лимфоцитарных инфильтратов приводит к склерозу подслизистого слоя, деформации нервных стволов и цисталгии (рисунок 3). Альтерация и некроз эпителия при ИМП, выброс биоактивных веществ – серотонин, гистамин, воздействуя на нервные стволы, вызывают боль (рисунок 4).

Гель вводили местно в уретру или во влагалище. После обработки наружного отверстия уретры дезинфицирующим раствором, раскрывают блистер, удаляя бумагу с прозрачного корпуса (по возможности только до перетяжки), далее необходимо отломить кончик без значительного усилия (по возможности еще в упаковке), при этом необходимо проследить, чтобы кончик был полностью удален, во избежание повреждения слизистой мочеиспускательного канала. Для облегчения ввода аппликационного конуса рекомендуется предварительно выдавить каплю Катеджеля. Инстилляцию проводят посредством легкого давления на гофрированный шприц. После опорожнения шприца необходимо

Катеджель с лидокаином обладает местно-анестезирующим действием. Хлоргексидин влияет на многие грамотрицательные бактерии, но не оказывает действия на кислотоустойчивые бактерии, споры, грибы и вирусы. В данной концентрации хлоргексидин выполняет профилактическую функцию против восходящей инфекции уретры и мочевого пузыря. Адекватная анестезия развивается через 5-10 мин. после применения препарата.

держат его в сжатом состоянии до изъятия из канала. При этом происходит покрытие гелем всей длины мочеиспускательного канала. Кроме того, у женщин препарат вводили интравагинально, на ночь, устанавливая после введения мини-тампон на 4-6 ч (который утром пациентка удаляла). Введение препарата пациенткам всех групп проводили в течение 10 дней, вводя препарат ежедневно.

Всем пациенткам проводили клинические и лабораторные исследования: физикальный осмотр; сбор анамнеза, термометрию; общеклинические исследования мочи и крови; бактериоскопию мазков из уретры, влагалища и шейки матки; биохимические исследования крови; бактериологические исследования мочи; осуществляли регистрацию выраженности болевого синдрома с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (VAS) (таблица 2).

При сборе анамнеза максимально подробно мы выясняли выраженность болевого синдрома у пациенток в группе наблюдения (таблица 3), для объективизации данных мы использовали визуальную аналоговую шкалу боли (VAS) с 10-балльной шкалой. При оценке выраженности болевого синдрома с использованием VAS нами были использованы следующие критерии: 0-2 балла – слабая боль, 3-5 баллов – средняя боль, 6-8 баллов – сильная боль, 8-10 баллов – очень сильная боль.

Выраженность болевого синдрома у всех пациентов была достаточно сильной. Наибольшее количество пациенток с очень сильной болью было в группе с мочепузырным болевым синдромом – 8-10, в группе с уретральным синдромом превалировала сильная боль – 7-9.

Побочные эффекты и аллергические реакции: зуд и жжение в уретре через 2-3 мин. после введения

Таблица 2. Характеристика симптомов пациенток в группах

Симптомы	Группы пациенток		
	1 (n = 4)	2 (n = 18)	3 (n = 11)
Поллакиурия	3 (75%)	18 (100%)	4 (36,3%)
Боль при половом акте	3 (75%)	15 (83,3%)	4 (36,3%)
Боль при мочеиспускании	4 (100%)	18 (100%)	11(100%)
Императивные позывы	1 (25%)	16 (88,8%)	0 (0%)
Боль над лоном	4 (100%)	18 (100%)	0 (0%)
Рези, жжение при мочеиспускании	2 (50%)	7 (38,8%)	11 (100%)
Боли в уретре	1 (25%)	6 (33,3%)	11 (100%)

Таблица 3. Выраженность болевого синдрома по группам пациенток до лечения по данным визуальной аналоговой шкалы (VAS)

Группы пациентов	Диагноз	VAS, баллы
1	Хронический бактериальный цистит	8,97
2	Мочепузырный болевой синдром / интестициальный цистит	9,03
3	Уретральный болевой синдром	8,73

Таблица 4. Выраженность болевого синдрома по группам пациенток через 10 дней после лечения по данным визуальной аналоговой шкалы (VAS)

Группы пациентов	Диагноз	VAS, баллы
1	Хронический бактериальный цистит	2,14
2	Мочепузырный болевой синдром/ интестициальный цистит	2,32
3	Уретральный болевой синдром	0,89

отмечено у 2 пациенток с интерстициальным циститом, которые самостоятельно прекратили лечение (6%), 2 пациентки с бактериальным циститом отметили заметное снижение боли в ходе лечения, однако после 10 инстилляций они вновь отметили боли над лоном.

Системных побочных эффектов нами отмечено не было.

Таким образом, хорошая и отличная клиническая эффективность препарата **Катеджель с лидокаином** при лечении болевого синдрома у пациенток с мочепузырным

болевым синдромом / интестициальным циститом, уретральным болевым синдромом отмечена у 29 (87,87%) пациенток.

Выводы

Гель **Катеджель с лидокаином** (MONTAVIT, Австрия) зарекомендовал себя как эффективное и безопасное средство для купирования болевого синдрома при мочепузырном болевом синдроме / интестициальном цистите, (цисталгии), уретральном болевом синдроме, хроническом бактериальном цистите. 

Литература

1. European Association of Urology. Pocket Guidelines on erectile dysfunction, 2006 edition, p. 165-181.
2. Каменев Ю.Ф. Природа хронической боли: критерии разграничения, классификация, механизмы возникновения, диагностика. М.: Триада-Х, 2003.
3. Хроническая тазовая боль. Руководство для врачей / Под ред. А.Н. Беловой, В.Н. Крупина. М.: Антидор, 2007.
4. Kavalier E. A seat on the aisle, please. The essential guide to urinary tract problems in women. 2006, Springer Science & Business Media: 225-271.

Применение Генферона® у пациентов, страдающих мужским бесплодием

С.В. МИХАЙЛЕНКО,
Д.В. СВИРЕНКО

Областной центр
планирования семьи и
репродукции, Оренбург

В настоящее время демографическая ситуация в стране остается напряженной. Только благодаря социальной помощи государства и накоплению материнского капитала по родовым сертификатам в 2006 г. рождаемость в России впервые за долгие годы превысила смертность всего на 0,5%. Причин тому множество: политические, социально-экономические, бытовой алкоголизм (в том числе пивной среди молодежи) и другие. Непосредственно занимаясь вопросами репродуктивного здоровья, мы, сотрудники Областного центра планирования семьи и репродукции, отмечаем значительный рост инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) у молодых людей и, как следствие – общее ухудшение показателей спермограмм, что сопровождается низкой фертильной способностью спермы. Часто исходные данные спермограмм у мужчин 40-45-летнего возраста лучше, чем у 28-30-летних. Мы связываем это с социально-бытовыми особенностями образа жизни молодого поколения.

В последние годы мы отмечаем устойчивый рост выявляемости ассоциированных с бесплодием ИППП среди пациентов нашего центра. Среди этих заболеваний, как правило, наблюдаются микст-инфекции: у одного индивидуума выявляют от 2 до 5 возбудителей. В спермограммах таких пациентов во всех случаях отмечается общая астенизация сперматозоидов, уменьшение содержания морфологически нормальных форм вплоть до их

отсутствия, тератозооспермия. Вероятность беременности в таких случаях значительно ниже, а ее течение сопряжено с большим количеством возможных осложнений. Наличие микст-инфекции приводит к изменению биологических свойств каждого из ассоциированных возбудителей, что приводит к устойчивости данных ассоциаций к антибактериальной терапии.

Проводимая нами микробиологическая диагностика (ПЦР, культуральные и иммунологические методы) наряду с определением прочих ИППП (13 инфекций) включает обязательный анализ на инфекции, вызванные цитомегаловирусом и вирусом простого герпеса I и II типа. Последние обнаруживаются в 75% случаев.

Всем больным проводится общепринятая антибактериальная терапия микст-инфекционного поражения урогенитального тракта. В лечении ряда больных использовались апитерапия, гирудотерапия, методы физиотерапевтического лечения, различные иммуномодуляторы. Тем не менее в плане коррекции бесплодия результаты были малоутешительными.

В информационных материалах последних лет мы обратили внимание на препарат **Генферон®**. Это комбинированный препарат, действие которого обусловлено лечебными свойствами активных компонентов (ИФН-α2, таурин, анестезин), входящих в его состав. ИФН-α2 оказывает противовирусное, иммуномодулирующее, антипролиферативное и антибактериальное действие. Противовирусный эффект

опосредован рецептор-зависимой активацией внутриклеточных ферментов 2'5'-олигоаденилатсинтазы и протеинкиназы, а также белков группы МХ, ингибирующих репликацию вирусов. Иммуномодулирующее действие проявляется в активации CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов, NK-клеток, усилении дифференцировки В-лимфоцитов и продукции ими антител со сменой их изотипа и повышением аффинности, активацией моноцитарно-макрофагальной системы и фагоцитоза, а также усилении экспрессии молекул МНС-I, что способствует в первую очередь амплификации клеточно-опосредованных реакций иммунной системы. Активация под воздействием интерферона лейкоцитов, содержащихся во всех слоях слизистой оболочки, обеспечивает их активное участие в ликвидации первичных патологических очагов. Кроме того, за счет влияния интерферона достигается восстановление продукции секреторного иммуноглобулина А. Таурин способствует нормализации метаболических процессов и регенерации тканей, обладает мембраностабилизирующим и иммуномодулирующим действием. Являясь сильным антиоксидантом, таурин непосредственно взаимодействует с активными формами кислорода, избыточное накопление которых способствует развитию патологических процессов. Таурин способствует сохранению биологической активности интерферона, усиливая терапевтический эффект применения препарата. Анестезин – местный анестетик, купирующий неприя-





генферон®

*№1 в комплексной терапии
урогенитальных инфекций*

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



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

■ www.genferon.ru

 **Биокаг**
БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Главным результатом обследования и лечения семейных пар считалось наступление полноценной беременности. При сочетанной патологии (женские факторы бесплодия, обуславливающие необходимость поддержания сперматогенеза на фертильном уровне в течение длительного времени с учетом состояния репродуктивной функции партнерши) Генферон® назначался курсами с профилактической целью до наступления беременности.

ятные субъективные ощущения, нередко сопровождающие ИППП.

На протяжении последних 3 лет мы проводили тщательное обследование семейных пар: общепринятые урологическое и гинекологическое обследования, микробиологическое исследование. Главным результатом обследования и лечения считалось наступление полноценной беременности.

Мы наблюдали 154 мужчин из семейных пар, на протяжении 3 и более лет страдающих микстинфекциями, у которых имелись сочетанные неблагоприятные факторы, влияющие на плодovitость. Главным признаком бесплодия у 85 больных являлась олигоастенотератозооспермия. Помимо этого, у 42 больных отмечались различные формы гипогонадизма, у 17 – неблагоприятное воздействие внешней среды, обусловленное работой на вредных предприятиях. Учитывались исходные данные спермограмм: объем эякулята, концентрация сперматозоидов, категории их подвижности, вязкость и рН семенной плазмы, морфология спермиев. Оценивались данные трансабдоминального УЗИ и ТрУЗИ простаты: объем, состояние капсулы, эхоструктура, состояние задней уретры, дополнительные образования и прочее.

Кроме общепринятых методов терапии, всем пациентам ректально назначались суппозитории

Генферон® в дозировке 500 000 МЕ – 1000 000 МЕ 2 р/сут в течение 10 дней в зависимости от тяжести заболевания. Оценка результатов проводилась по многим параметрам: микробиологическое излечение ИППП, данные ректального исследования, характеристики секрета простаты, результаты трансабдоминального и трансректального УЗИ, спермограмм.

Срок наблюдения – от 6 месяцев до 2 лет. Контрольную группу составили 86 больных, которым ранее проводилась общепринятая терапия без применения суппозитории **Генферон®**.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНФЕРОНА®

Приблизительно у 80% пациентов, получавших **Генферон®**, увеличился объем эякулята (от +0,5 до +1,5 мл), что свидетельствует об улучшении дренажной функции простаты и семенных пузырьков. У 65% пациентов, страдавших синдромом хронической тазовой боли (III A или B) исчезла субъективная симптоматика, улучшилось общее состояние, повысилось либидо. В секрете простаты отмечалось снижение лейкоцитоза, увеличение количества лецитиновых зерен. УЗИ-картина показала однородность эхоструктуры, уменьшение объема железы до границ нормы, четкость контуров капсулы, исчезновение микрополостей.

При анализе спермограмм отмечено увеличение концентрации сперматозоидов в среднем на 10-15% исходного уровня. Этот показатель сохранился у многих пациентов в течение в среднем 3-4 месяцев после завершения лечения.

При сочетанной патологии (женские факторы бесплодия, обуславливающие необходимость поддержания сперматогенеза на фертильном уровне в течение длительного времени с учетом состояния репродуктивной функции партнерши) **Генферон®** назначался курсами с профилактической целью до наступления беременности. При анализе и подсчете активных форм мы отметили, что частота встречаемости категории «А» и «Б» возросла на 15-20% от исходной, а категории «С» и «Д» – от 8 до 15%. Повысилось содержание нормальных сперматозоидов, уменьшилась вязкость эякулята и агглютинация спермиев. Учитывая, что многие ИППП обладают способностью к нарушению гематотестикулярного барьера с последующим образованием антиспермальных антител, можно предположить, что препарат **Генферон®** обладает способностью вызывать снижение их концентрации. Контрольные лабораторные исследования у лиц с микстинфекциями проводились через 1,5, 2, 3 месяца по 2-3 раза с использованием ПИФ, ПЦР, иммунохромаграфического и культурального методов. Частота этиологического излечения по сравнению с контрольной группой возросла в среднем на 25-30%.

Таким образом, мы констатируем, что применение препарата **Генферон®** является важным элементом в комплексном лечении больных, страдающих мужским бесплодием, осложненным микстинфекциями, и позволяет значительно повысить его эффективность. 

Литература

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Медицинская книга, 2004.
2. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Т. 2. 1998. С. 393-440.
3. Уджуху В.Ю., Петрунин Д.Д., Кубылинский А.А. Суппозитории Генферон – высокоэффективный компонент комплексной терапии урогенитальных инфекций // Проблемы репродукции. 2005; №4.
4. Лоран О.Б., Сегал А.С. Урология. 2001.
5. Петров С.Б., Бабкин П.А. Клиническая антимикробная химиотерапия. 1999; 1, № 3: 95-100.
6. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. 1999. С.109-123.
7. Krieger J.N. et al. Epidemiology of prostatitis: new evidence for a world-wide problem. World J Urol. 2003; 21(2): 70-4.
8. Bennet B., Culberson D., Petty C. et al. J.Urol. 1990; Vol. 143: 265.
9. Guskov A.R. and Gordina N.K. Immunocorrection Therapy in Complex Treatment of Prostatitis // Russ. J Immunol, 1998; 3(2): 159-166.



VII Всероссийский конгресс «ПРОФЕССИЯ и ЗДОРОВЬЕ»

25 - 27 ноября 2008 г.

Российская академия государственной службы при Президенте РФ,
г. Москва, проспект Вернадского, 84

Организаторы Конгресса:

- АНО «Здоровье работающего населения России»;
- Совет Федерации Федерального Собрания РФ;
- Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- Российская академия медицинских наук;
- ГУ НИИ медицины труда РАМН;
- Общероссийская общественная организация «Здоровье работающего населения России»;
- Ассоциация промышленников горно-металлургического комплекса России;
- Федерация независимых профсоюзов России;
- Международный центр телемедицины.

Основные научные направления Конгресса:

- Сохранение здоровья работающего населения как один из стратегических приоритетов программы социально-экономического развития Российской Федерации;
- Основные направления реформирования системы управления охраной труда в современных условиях;
- Реализация корпоративных программ управления профессиональными рисками: российский и зарубежный опыт;
- Проблемы демографического развития и репродуктивного здоровья работающих;
- Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере технического регулирования и санитарного надзора;
- Человек и производственная среда: новые технологии и материалы, средства индивидуальной и коллективной защиты, промышленная экология;
- Современные подходы в сфере медицинской, социальной и профессиональной реабилитации работников;
- Перспективы совершенствования отраслевой инновационной политики в российском здравоохранении;
- Развитие страховых принципов формирования расходов по сохранению здоровья работающих. Солидарная ответственность работников, работодателей, государства;
- Современные модели усиления мотивации работающих к ведению здорового образа жизни.



Основные разделы выставки:

- Медицинская техника и оборудование;
- Фармакология;
- Дезинфекционные и санитарные средства;
- Средства индивидуальной и коллективной защиты;
- Детекторы, измерители, сигнализация на производстве;
- Эргономика и организация рабочего места;
- Инвентарь и средства для поддержания чистоты;
- Спецодежда, спецобувь;
- Автоматизированные установки сигнализации и пожаротушения, огнетушащие вещества и механизмы тушения, средства обеспечения работ в чрезвычайных ситуациях;
- Технологии и оборудование для охраны окружающей среды;
- Очистительные приборы промышленного и бытового назначения;
- Очистка атмосферного воздуха и воды;
- Спортивные товары: оборудование, тренажеры, инвентарь, одежда, аксессуары.
- Курортология, реабилитация;
- Лечебное, диетическое питание, экологически чистые продукты;
- Медицинская информатизация;
- Инновации в медицине;
- Нормативно-техническая и правовая документация по теме Конгресса;
- Специализированная литература по профилю Конгресса.

В.Г. ГОМБЕРГ,
Ю.Т. НАДЬ,
Санкт-Петербургский
городской
герiatricкий центр

Применение препарата Витапрост Форте при доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – наиболее распространенное урологическое заболевание пожилых мужчин (9). В связи с наблюдающимся во всем мире старением населения актуальность данной проблемы не уменьшается, а только возрастает и требует поиска новых подходов.

Основным методом лечения ДГПЖ еще 10-15 лет назад был хирургический. В настоящее время своевременно начатое комплексное медикаментозное лечение позволяет на 70-80% избавить пациентов от развития осложнений и необходимости операции (11). В определении лечебной тактики следует также учитывать важность не только достижения положительных объективных показателей, но и оценку пациентом состояния мочеиспускания и качества жизни.

Несмотря на возможность широкого применения современных методов лечения ДГПЖ (ингибиторы 5-а редуктазы, α_1 -адреноблокаторы), проблема далека от разрешения во многом из-за несвоевременного обращения к

урологу наших пациентов, которые к тому же часто отказываются от длительной фармакотерапии отчасти по экономическим причинам и предпочитают «дотягивать до последнего».

Препарат **Витапрост Форте** – это суппозитории, содержащие в качестве активного вещества сампроста субстанцию (простаты экстракт) 0,1 г – комплекс водорастворимых биологически активных пептидов, выделенных из предстательной железы бычков, достигших половой зрелости, путем жесткого кислотного гидролиза, глубоко разрушающего клеточные структуры. Особенности выделения этих пептидов нивелируют их молекулярную видоспецифичность, в результате чего полученные препараты лишаются антигенных свойств и ассоциированных с ними побочных эффектов. Простаты экстракт обладает органотропным действием на предстательную железу, уменьшает степень отека, лейкоцитарной инфильтрации, нормализует секреторную функцию эпителиальных клеток, стимулирует мышечный тонус мочевого пузыря (1, 2). За счет уменьшения тромбообразования, антиагрегантной активности про-

статы **Витапрост Форте** улучшает микроциркуляцию в предстательной железе, препятствует развитию тромбоза венул.

Полученные на сегодняшний день данные позволяют предположить, что **Витапрост Форте** может быть весьма эффективен в терапии пациентов с неосложненной формой ДГПЖ (5, 6, 8). Такие большие составляют до 40% наблюдаемых урологами мужчин с этим заболеванием.

Таким образом, целью данного исследования явилось определение эффективности и безопасности применения лекарственного препарата **Витапрост Форте** у пациентов с ДГПЖ, для чего были сформулированы следующие задачи:

1) оценить динамику симптомов ДГПЖ по шкале IPSS-Q на фоне терапии препаратом **Витапрост Форте**;

2) определить степень выраженности инфравезикальной обструкции, обусловленной ДГПЖ по данным УЗИ, урофлоуметрии, определения объема остаточной мочи в результате лечения препаратом **Витапрост Форте**;

3) проанализировать динамику самооценки пациентами в процессе лечения степени беспокойства и дискомфорта из-за расстройств мочеиспускания с помощью опросника ICIQ-MLUTS (пациент оценивает не только выраженность симптомов нарушения мочеиспускания, но и степень причиняемого каждым симптомом беспокойства по 10-балльной шкале), визуальной аналоговой шкалы степени дискомфорта из-за симптомов (UB-VAS)

Терапия препаратом Витапрост Форте хорошо переносится, благоприятно воспринимается пациентами и может быть рекомендована при неосложненных формах ДГПЖ вне зависимости от сопутствующих заболеваний для периодического курсового лечения. Патогенетический механизм действия препарата на ДГПЖ проявляется в сохранении и развитии терапевтического эффекта через 3 месяца по окончании курса лечения.

и визуальной аналоговой шкалы оценки лечения (TS-VAS) (10);

4) оценить безопасность и переносимость препарата **Витапрост Форте** для пациентов, страдающих ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведено лечение препаратом **Витапрост Форте** 40 пациентов с ДГПЖ в возрасте от 55 до 77 лет (средний возраст $67,6 \pm 0,9$ лет). Длительность заболевания варьировала от 5 месяцев до 9 лет (в среднем $3,4 \pm 1,2$ лет). 28 пациентов (70%) имели сопутствующие заболевания, в том числе гипертоническую болезнь 1-2 степеней, ИБС, сахарный диабет 2 типа и др. Два пациента (5%) перенесли инфаркт миокарда. Кроме этого, 11 пациентов (27,5%) были подвергнуты в анамнезе оперативным вмешательствам: аппендэктомии, холецистэктомии, герниотомии и другим, а также биопсии простаты.

Многим пациентам ранее уже проводилось медикаментозное лечение ДГПЖ. Наиболее часто при этом применялись α_1 -адреноблокаторы (35% – 14 пациентов) и фитопрепараты (22,5% – 9 пациентов).

Основными **критериями включения** были:

- наличие симптомов нижних мочевых путей, обусловленных ДГПЖ в течение 3 месяцев или более;
- суммарная оценка по шкале IPSS более 9 баллов;
- максимальная скорость потока мочи больше или равна 5,0 мл/с, но меньше 15 мл/с при объеме выделенной мочи больше 150 мл во время урофлоуметрии.

Критерии исключения:

- значительный объем остаточной мочи, превышающий 150 мл;
- клинически значимая обструкция мочевыводящих путей, в частности выраженная средняя доля ДГПЖ;
- наличие признаков инфекции мочевых путей, хронического воспаления, такого, как хронический цистит, камни мочевого пузыря, предшествующая лучевая терапия органов таза или перенесенное злокачественное заболевание органов таза;

• предшествующие хирургические вмешательства в области таза, стриктура шейки мочевого пузыря, стриктура уретры;

• применение препаратов для лечения ДГПЖ – α -адреноблокаторов и растительных препаратов в течение 2 недель до начала исследования, ингибиторов 5 α -редуктазы – в течение 3 месяцев до начала исследования;

• уровень ПСА в течение года до начала исследования более 4 нг/мл;

• диабетическая нейропатия.

До получения препарата пациенты были дважды обследованы с интервалом в 5-10 дней. Пациенты заполняли несколько опросников, описывающих оценку качества мочеиспускания и качества жизни, были выполнены УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы, определение объема остаточной мочи после урофлоуметрии. Данные первых двух обследований при анализе были усреднены и признаны исходными.

Все пациенты применяли суппозитории **Витапрост Форте** 1 р./сут. на ночь в течение 30 дней. Проводилась оценка мочеиспускания до лечения, через 15 и 30 дней применения суппозитория, а также через 1 и 3 месяца после курса лечения.

Полученные данные были статистически обработаны с помощью пакета «Анализ данных» программы Excel. Соответствие распределения эмпирических вариантов в выборках нормальному распределению оценивалось с использованием критерия Колмогорова.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В процессе лечения суммарный балл IPSS снизился с 16,9 до 14,6 через 15 дней и до 12,9 – через 30 дней, в итоге – на 23,7% (рисунок 1). Через месяц после лечения балл IPSS еще уменьшился до 11,7 (на 30,8% исходного), немного увеличившись через 3 месяца – 12,1. Индекс оценки качества жизни (QoL) соответственно улучшился с 3,9 до 3,3 и в итоге лечения – до 3 (на 23,1%). Через месяц наблюдалось также улучшение до 2,7 (на 30,8%), через 3 месяца – 2,9.

Оценка пациентом степени дискомфорта из-за симптомов нарушения мочеиспускания (UB-VAS) уменьшилась в процессе лечения с 54,3 до 44,3% и 41,5% через месяц (в 1,3 раза). Через месяц после лечения достигнутое улучшение сохранялось (40,3%), а через 3 месяца дискомфорт вырос до 45,2%.

Интересен анализ данных, полученных с помощью опросника ICIQ-MLUTS по симптомам нарушения мочеиспускания и связанным с ними беспокойством (см. таблицу). Суммарный балл опросника в процессе лечения сократился с 15,8 до 14,0 и 13,2 балла, в итоге на 16,5%. Достигнутое улучшение сохранялось через месяц после лечения (13,1) и дошло до 12,9 через 3 месяца. Суммарный балл степени беспокойства из-за симптомов нарушения мочеиспускания уменьшился с 39 до 32,3 и 28,5 балла, в итоге на 27,2%. Через месяц после лечения степень беспокойства – 29,3 балла, а через 3 месяца – 28,6 балла, практически сохраняясь на уровне, достигнутом в результате лечения. Таким образом, по самооценке пациентов, уменьшение беспокойства из-за симптомов нарушения мочеиспускания практически в 1,5 раза опережает саму положительную динамику этих симптомов.

При этом суммарный балл опросника ICIQ-MLUTS по obstructивным симптомам нарушения мочеиспускания снизился в процессе лечения с 8,6 до 7,4 и 7,1 балла, в итоге

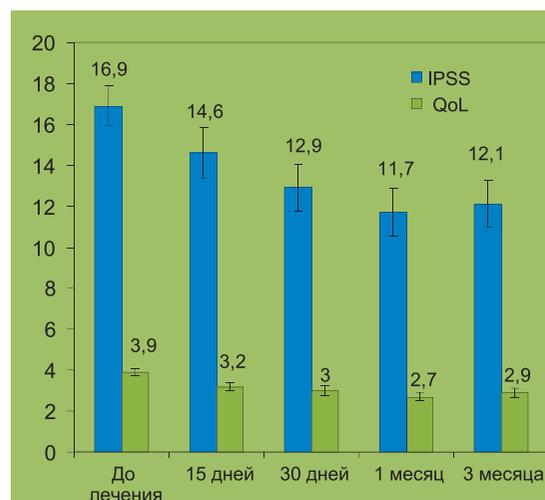


Рисунок 1. Динамика индекса IPSS и QoL

Таблица. Изменения баллов опросника ICIQ-MLUTS и оценка лечения пациентами в результате лечения ДГПЖ препаратом Витапрост Форте

Суммарный балл по опроснику ICIQ-MLUTS	До лечения	Через 15 дней	Через 30 дней	Через месяц	Через 3 месяца
Симптомы нарушения мочеиспускания	15,81 ± 0,46	13,97 ± 0,54 ¹	13,20 ± 0,52 ²	13,08 ± 0,63 ²	12,91 ± 0,67 ²
Степень беспокойства из-за симптомов нарушения мочеиспускания	39,0 ± 1,31	32,28 ± 1,76 ¹	28,50 ± 1,72 ²	29,28 ± 1,68 ²	28,64 ± 1,86 ²
Обструктивные симптомы нарушения мочеиспускания	8,59 ± 0,54	7,41 ± 0,62 ¹	7,07 ± 0,67 ¹	7,16 ± 0,62 ¹	7,04 ± 0,61 ²
Степень беспокойства из-за обструктивных симптомов нарушения мочеиспускания	19,69 ± 1,33	15,69 ± 1,73 ²	13,97 ± 1,78 ²	14,48 ± 1,73 ²	14,68 ± 1,79 ²
Ирритативные симптомы нарушения мочеиспускания	7,22 ± 0,41	6,56 ± 0,41 ¹	6,13 ± 0,39 ²	5,92 ± 0,42 ²	5,86 ± 0,46 ²
Степень беспокойства из-за ирритативных симптомов нарушения мочеиспускания	19,31 ± 1,29	16,59 ± 1,60 ¹	14,53 ± 1,68 ²	14,80 ± 1,74 ²	13,96 ± 1,69 ²
Оценка лечения пациентом (TS-VAS), %	–	57,97 ± 4,34	64,23 ± 3,99	69,72 ± 3,84 ²	64,12 ± 3,77 ¹

¹p < 0,1. ²p < 0,05. ³p < 0,001.

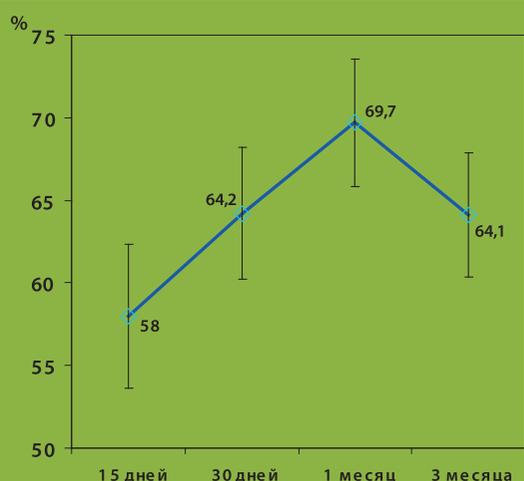


Рисунок 2. Оценка лечения пациентом (TS-VAS)

ге – на 17,4%, сохраняя достигнутое улучшение через 1 и 3 месяца (7,2 и 7,0 балла). Беспокойство из-за обструктивных симптомов уменьшилось в процессе лечения с 19,7 до 15,7 и 13,9 балла, в итоге на 29,4%, также почти сохраняя достигнутое улучшение через 1 и 3 месяца (14,5 и 14,7 балла).

Суммарный балл опросника ICIQ-MLUTS по ирритативным симптомам нарушения мочеиспускания

снизился в процессе лечения с 7,2 до 6,6 и 6,1 балла, в итоге на 15,3%, также сохраняя достигнутое улучшение через 1 и 3 месяца (5,9 балла). Беспокойство из-за ирритативных симптомов уменьшилось в процессе лечения с 19,3 до 16,6 и 14,5 баллов, в итоге на 24,9%, сохраняя достигнутое улучшение через 1 и 3 месяца (14,8 и 14,0 балла).

Таким образом, положительная динамика по обструктивным и ирритативным симптомам развивается практически параллельно, а уменьшение беспокойства значительно опережает улучшение симптоматики, что очень важно для повышения качества жизни пациентов с ДГПЖ. Это заключение подтверждают данные опросника TS-VAS (рисунок 2), по которым оценка лечения пациентами составила через 15 дней 58%, в конце курса лечения 64,2%, а через 1 месяц еще выросла до 69,7%, немного уменьшившись до 64,1% через 3 месяца.

Очень важная положительная динамика наблюдается по объективным параметрам мочеиспускания. При анализе данных урофлоуметрии использовался показатель максимальной объемной скорости потока мочи (при объеме мочеиспускания более 150 мл) как един-

ственный достоверно суммарно отражающий изменения функционального состояния детрузора (тонус, сократительная активность) и проходимость (резистентность) мочеиспускательного канала (4). Максимальная объемная скорость потока мочи (рисунок 3) выросла с 9,9 мл/с до 12,8 мл/с через 15 дней, и 13,5 мл/с в конце лечения (на 36,4%). Через месяц скорость еще увеличилась до 13,8 мл/с, а через 3 месяца 14,2 мл/с (на 43,4% исходной). Все изменения статистически достоверны.

При этом объем остаточной мочи сократился практически в 3 раза, с 37,7 мл до 13,4 мл и 10,1 мл через 30 дней приема препарата, что сохранялось и через 3 месяца. Такая стойкая положительная динамика свидетельствует не только о снижении инфравезикальной обструкции, но и в значительной степени о стимулирующем действии на мышечный тонус мочевого пузыря **Витапрост Форте**, терапевтическое действие которого продолжается после прекращения курса лечения.

По данным УЗИ, средний объем предстательной железы составил $48,62 \pm 6,54 \text{ см}^3$ (от 34,6 до $87,8 \text{ см}^3$). В процессе лечения и дальнейшего наблюдения достоверной динамики объема простаты выявлено не было.

За время наблюдения у пациентов, применявших **Витапрост Форте**, отмечено только одно нежелательное явление легкой степени тяжести, связанное с терапией данным препаратом, – аллергическая реакция, быстро исчезнувшая после прекращения его приема. От-

Своевременно начатое комплексное медикаментозное лечение ДГПЖ позволяет на 70-80% избавить пациентов от развития осложнений и необходимости операции. В определении лечебной тактики следует учитывать важность не только достижения положительных объективных показателей, но и оценку пациентом состояния мочеиспускания и качества жизни.

Витапрост® Форте

Новое слово в лечении ДГПЖ

- Клинические исследования показали, что применение Витапрост® Форте снижает уровень инфравезикальной обструкции у больных с ДГПЖ¹
- Витапрост® Форте достоверно уменьшает выраженность обструктивной и ирритативной симптоматики при ДГПЖ¹
- Положительные изменения исследуемых параметров сохранялись даже после отмены Витапроста® Форте в течение всего периода наблюдения¹



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

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

 **НИЖФАРМ**
ГРУППА КОМПАНИЙ STADA

Россия, 603950,
Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7, ГСП-459
Тел. +7 8312 788088; факс +7 8312 307213;
www.nizhpharm.ru; med@nizhpharm.ru

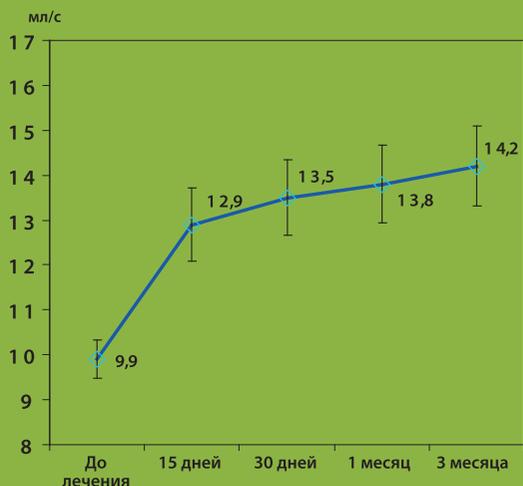


Рисунок 3. Максимальная объемная скорость потока мочи, мл/с

сутствие у других пациентов какой-либо отрицательной динамики свидетельствует о хорошей переносимости и безопасности препарата.

Анализ полученных данных показывает, что применение препарата **Витапрост Форте** в суточной дозе 100 мг в качестве монотерапии ДГПЖ в среднем на 20% снижает обструктивную и ирритативную симптоматику. Данный положительный эффект может быть объяснен специфическим органотропным действием основного вещества препарата на предстательную железу, способствующего уменьшению отека органа и снижению активности сопутствующих воспалительных процессов. Такой патогенетический механизм действия **Витапрост Форте** подтверждает и наблюдаемая положительная динамика, продолжающаяся в течение 3 месяцев по окончании курса лечения.

Увеличение максимальной объ-

емной скорости потока мочи на 36,4% в конце курса лечения и еще на 7% через 3 месяца (параллельно с уменьшением более чем в 3 раза объема остаточной мочи) свидетельствуют о значительном снижении инфравезикальной обструкции в результате действия **Витапрост Форте**. Его антиагрегантные и антикоагулянтные свойства способствуют улучшению кровообращения в предстательной железе и мочевом пузыре. Именно снижением ишемии детрузора, играющей значительную роль в патогенезе ДГПЖ (7), можно объяснить такое выраженное повышение мышечного тонуса мочевого пузыря, которое продолжается и после окончания приема препарата. Следует также учитывать полученные в 1993 г. В.В. Барабановой и соавт. (3) экспериментальные данные, показывающие увеличение почти в 2 раза максимального напряжения, развиваемого мышцей детрузора крыс при добавлении простатилена (аналогичный экстракт простаты) в перфузат.

Результаты анкетирования пациентов по нескольким опросникам показывают, что применение **Витапрост Форте** практически одинаково улучшает обструктивную и ирритативную симптоматику. При этом уменьшение беспокойства из-за симптомов нарушения мочеиспускания и изменение QoL в 1,5 раза больше, чем само улучшение симптоматики, что говорит о значительном повышении качества жизни пациентов в результате лечения. Высокую комплаентность терапии ДГПЖ препаратом **Витапрост Форте** подтверждают и данные опросника TS-VAS, по которым оценка лечения пациентами варьировала от 58 до 70%, практи-

чески не снижаясь и через 3 месяца после завершения курса лечения. Использование нами нескольких опросников в дополнение к IPSS позволило более достоверно подтвердить положительную динамику симптоматики в процессе наблюдения и более четко отследить комплаентность и улучшение качества жизни пациентов при использовании **Витапрост Форте**.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные убедительно показывают, что применение препарата **Витапрост Форте** в суточной дозе 100 мг в течение 30 дней у пациентов с ДГПЖ улучшает параметры мочеиспускания, снижает обструктивную и ирритативную симптоматику, значительно повышает качество жизни. Патогенетический механизм действия препарата на ДГПЖ проявляется в сохранении и развитии терапевтического эффекта через 3 месяца по окончании курса лечения.

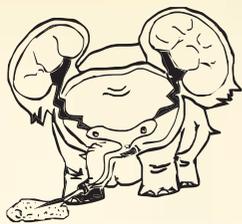
Курс приема (30 дней) **Витапрост Форте** может быть показан в следующих случаях:

- замена фитопрепаратом у пациентов с умеренно выраженной симптоматикой;
- альтернатива α_1 -адреноблокаторам у пациентов, склонных к гипотонии;
- дополнение к терапии при хронической задержке мочи в случаях невозможности оперативного лечения.

Терапия препаратом **Витапрост Форте** хорошо переносится, благоприятно воспринимается пациентами и может быть рекомендована при неосложненных формах ДГПЖ вне зависимости от сопутствующих заболеваний для периодического курсового лечения.

Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Горбачев А.Г., Кузьмин И.В., Хавинсон В.Х. Введение в биорегулирующую терапию при урологических болезнях. С-Пб., 1996.
2. Аль-Шукри С.Х., Бобков Ю.А., Горбачев А.Г., Ткачук В.Н. Наш опыт применения простатилена в урологии // Урология, 2006; № 6: 32-36.
3. Барабанова В.В., Горбачев А.Г., Парастаева М.М., Хавинсон В.Х. Влияние пептидов предстательной железы на сократительную активность гладкомышечных клеток мочевого пузыря // Физиологический журнал, 1993. Вып. 79, № 2: 90-96.
4. Вишневский Е.Л., Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б. и др. Урофлоуметрия. М, 2004.
5. Камалов А.А., Ефремов Е.А., Дорофеев С.Д. и др. Витапрост® Форте в лечении больных с аденомой предстательной железы // Урология, 2007; № 3: 39-47.
6. Кузьменко В.В., Семенов Б.В., Кузьменко А.В., Фирсов О.В. Применение суппозиторий Витапрост у больных гиперплазией простаты с сопутствующим хроническим простатитом // Материалы Пленума правления Российского общества урологов. М., 2004.
7. Лоран О.Б., Вишневский Е.Л., Вишневский А.Е. Роль гипоксии детрузора в патогенезе расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Урология и нефрология, 1996; № 6: 33-37.
8. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Лотцан-Медведев А.К. Оценка эффективности Витапроста у больных хроническим абактериальным простатитом // Урология, 2006; № 2: 71-75.
9. Barry M.J. Epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia // Urologic Clinics of North America, 1990; V. 17, № 3: 495-507.
10. Coyne K.S., Matza L.S., Thompson C.L. The responsiveness of the overactive bladder questionnaire (OAB-q) // Qual. Life Res., 2005; 14 (3): 849-855.
11. McConnell J.D. et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia // N Engl. J. Med., 2003; 349: 2387-2398.



Организаторы:
Межрегиональная общественная
организация детских урологов - андрологов,
Российская ассоциация детских хирургов,
ВК «РИМИЭКСПО»

I РОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ-АНДРОЛОГОВ

Специализированная выставочная экспозиция

**12-13 декабря 2008, г. Московский, МО,
микрорайон № 1, дом 22 “а”, НМЦ АПК**

**Оргкомитет Съезда:
МООДУА**

тел./факс: 8-495-256-62-84
тел.: 8-495-259-47-20, 997-42-79
e-mail: congress2008@pedurol.ru
www.pedurol.ru

**Организатор выставки:
ВК “РИМИЭКСПО”**

тел./факс: 8-499-737-23-01
тел.: 8-926-218-06-08
e-mail: info@rimiexpo.ru
www.rimiexpo.ru

**МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК**



РЕГИСТР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РОССИИ®
РЛС



**Фармацевтический
ВЕСТНИК**



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ.
ПРОФИЛАКТИКА

WWW.REMEDIUM.RU ■ WWW.UROWEB.RU ■ WWW.PEDUROL.RU

Д.Г. КОРЕНЬКОВ,
д.м.н., профессор,

А.В. ЛУКЬЯНОВ,
к.м.н.

Кафедра урологии
и андрологии СПбМАПО,
Центр «Академическая
медицина»

Препарат Индигал в комплексной терапии аденомы предстательной железы

Аденома предстательной железы является широко распространенным урологическим заболеванием у мужчин среднего и пожилого возраста. По данным зарубежной и отечественной литературы, оно регистрируется более чем у 65% мужчин в возрасте старше 50 лет. При этом параллельно увеличению продолжительности жизни в большинстве стран увеличивается и число мужчин, страдающих аденомой предстательной железы (1, 2). Сложившаяся ситуация определяет высокую актуальность разработки лечебных подходов к данному заболеванию.

Современные тенденции медицинской помощи ориентируют врачей на патогенетический подход к терапии заболеваний, что обуславливает высокий интерес к использованию медикаментозной терапии у больных с начальными проявлениями аденомы предстательной

железы (АПЖ). За последние 20 лет появился ряд препаратов, в том числе патогенетически обоснованных, дающих возможность лечить таких пациентов. Медикаментозная терапия аденомы предстательной железы в основном представлена ингибиторами 5-альфа редуктазы (финастерид, дутастерид), блокаторами α 1-адренергических рецепторов (альфузозин, тамсулозин, доксазозин, теразозин), препаратами растительного и биологического происхождения (препараты пальмы сабаль, экстракт коры африканской сливы и др.).

Несмотря на активное развитие медикаментозного подхода, предотвращающего и тормозящего развитие симптомов АПЖ, около 30-40% мужчин с доброкачественными гиперпластическими процессами предстательной железы в настоящее время все же подвергаются оперативному лечению (2). Но и оперативные методы лечения не всегда являются

радикальными, а также имеют ряд осложнений.

При очевидной необходимости совершенствования медикаментозной терапии АПЖ до сих пор многие важные ее проблемы и вопросы остаются дискуссионными и нуждаются в дальнейшем исследовании. В частности, недостаточно изучены механизмы действия некоторых препаратов, нечетко сформулированы конкретные показания к применению различных средств, не определена продолжительность медикаментозной терапии. Урологическая практика нуждается в поиске и апробации новых патогенетически ориентированных средств для лечения доброкачественных гиперпластических процессов предстательной железы (1, 2, 3).

Одним из новых используемых препаратов является комбинированный препарат растительного происхождения **Индигал** отечественного производителя «Миракс-Фарма». В состав препарата входят не менее 90 мг индол-3-карбинола и 10 мг эпигаллокатехин-3-галлата.

Особенности и ценность механизма действия Индигала заключается в его способности обеспечить всестороннее воздействие на процессы роста аденомы. Он способен блокировать стимулирующее влияние как тестостерона, так и других гормональных и негормональных факторов, вызывающих неконтролируемое деление клеток предстательной желе-

Одним из новых используемых препаратов является комбинированный препарат растительного происхождения Индигал (МираксФарма). Особенности и ценность механизма действия Индигала заключается в его способности обеспечить всестороннее воздействие на процессы роста аденомы. Он способен блокировать стимулирующее влияние как тестостерона, так и других гормональных и негормональных факторов, вызывающих неконтролируемое деление клеток предстательной железы.

Индигал®



- Блокирует гормон-зависимые и гормон-независимые пролиферативные процессы в предстательной железе
- Не вызывает нарушений половой функции, а также увеличения болезненности грудных желез у мужчин

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



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

Не является лекарственным средством.
Номер регистрационного удостоверения: № 77.99.23.3.У.1533.3.07 от 09.03.2007 г.

При очевидной необходимости совершенствования медикаментозной терапии АПЖ до сих пор многие важные ее проблемы и вопросы остаются дискуссионными и нуждаются в дальнейшем исследовании. В частности, недостаточно изучены механизмы действия некоторых препаратов, нечетко сформулированы конкретные показания к применению различных средств, не определена продолжительность медикаментозной терапии. Урологическая практика нуждается в поиске и апробации новых патогенетически ориентированных средств для лечения доброкачественных гиперпластических процессов предстательной железы.

зы (4). Это дает ему преимущество в сравнении с ингибиторами 5-альфа-редуктазы – практически единственными препаратами в арсенале урологов, способными останавливать рост аденомы, но воздействующими только на тестостерон-зависимый путь стимуляции клеточного деления и нередко не позволяющими обеспечить эффективную остановку роста аденомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 35 пациентов с жалобами на дизурию, у которых были диагностированы начальные проявления аденомы предстательной железы (АПЖ). Все они были в возрасте от 45 до 67 лет (средний возраст 52 года), имели объем предстательной железы до начала лечения по данным ТРУЗИ от 28 см³ и выше и показатели общего ПСА до 4,0 нг/мл.

Пациенты получали Индигал по 1600 мг/сут в течение 3-6 месяцев. При выраженных дизурических расстройствах одновременно назначалось симптоматическое лечение α -адреноблокаторами, а при сочетании АПЖ с хроническим простатитом – местная терапия: 10 про-

цедур электростимуляции аппаратом Интратон-1 по 10 минут, а также 10 процедур инфракрасного лазера с ректальной насадкой (мощность 60 мВт, время экспозиции 5 мин.).

Методы исследования эффективности проводимого лечения включали в себя изучение анамнеза заболевания, текущих жалоб, пальцевое ректальное исследование предстательной железы. У всех пациентов до лечения и после него симптомы заболевания оценивались в баллах по шкалам IPSS, а качество жизни – по шкале IQL, исследовался уровень общего ПСА в крови, проводилось трансректальное ультразвуковое исследование с определением объема простаты ($V_{пж}$) и объема остаточной мочи ($V_{ом}$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов исследуемой группы на фоне проводимой терапии наблюдалось достоверное улучшение ряда изучаемых показателей. У большинства исследуемых были отмечены позитивные изменения при определении показателей IPSS и IQL. Средняя величина IPSS снизилась с 12,5 до 8,4, а показателя

IQL с – 3,8 до 2,6.

У 22 исследуемых пациентов (63%) наблюдалось снижение $V_{пж}$, причем у 6 (17,1%) – значительное уменьшение $V_{пж}$ (более чем на 15%). У остальных 13 пациентов (37%) объем предстательной железы не изменился или произошло незначительное его увеличение. Предварительные результаты исследования дают основания предположить, что наибольшее снижение размеров предстательной железы наблюдалось у пациентов с АПЖ в сочетании с хроническим простатитом. Однако выявление более конкретных характеристик пациентов, давших хороший ответ на терапию Индигалом, требует дополнительных исследований.

На фоне терапии Индигалом достоверных изменений уровня общего ПСА отмечено не было.

Существенных побочных эффектов не было отмечено ни в одном случае.

ВЫВОДЫ

1. Применение препарата Индигал в течение 3-6 месяцев в терапии пациентов с начальными проявлениями АПЖ вызвало значительное уменьшение симптоматики заболевания и улучшение показателей качества жизни у большинства исследуемых пациентов, а у 63% пациентов также отмечалось снижение объема предстательной железы и объема остаточной мочи по данным ТРУЗИ.

2. Эффективность препарата Индигал сочеталась с хорошей его переносимостью.

3. Уточнение характеристик пациентов, дающих хороший ответ на терапию Индигалом, требует дальнейшего изучения. 

Литература

- Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1999.
- Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Лукьянов А.Э. Медикаментозное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. С.-Пб., 2000.
- Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Долгов А.Г., Уренков С.Б. Простамол-уно в лечении пациентов с аденомой предстательной железы и хроническим инфекционным простатитом // Урология. 2008; № 5: 39-42.
- Bettuzzi S., Brauzi M., Rizzi F. et al. Chemoprevention of Human Prostate Cancer by Oral Administration of Green Tea Catechins in Volunteers with High-Grade Prostate Intraepithelial Neoplasia: A Preliminary Report from a One-Year Proof-of-Principle Study // Cancer Research. 2006; 66.



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Репродуктивное здоровье – междисциплинарные аспекты

КОНФЕРЕНЦИЯ ПОСВЯЩАЕТСЯ ГОДУ СЕМЬИ

24-25 НОЯБРЯ 2008 ГОДА

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

В программе конференции

- онкогинекология
- инфекционная патология репродуктивной системы
- эндокринные нарушения и репродуктивная система, контрацепция
- заместительная гормонотерапия и репродуктивное здоровье
- экстрагенитальная патология в акушерско-гинекологической практике
- бесплодный брак

Организаторы конференции

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова»
Координационный совет по здравоохранению Центрального Федерального округа России
Российское Общество акушеров-гинекологов
Группа компаний МЕДФОРУМ

Научный модератор конференции

д.м.н., профессор В.П. Прилепская

Проводится выставочная экспозиция МЕДЭКСПО-2008
Менеджер по организации конференции – Алена Зайцева
(495) 234 07 34; e-mail: expo@webmed.ru, reklama@webmed.ru

ОДИН УРОЛОГ НА РЕГИОН ИЛИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ

ТОМСКАЯ УРОЛОГИЯ ОТМЕЧАЕТ 120-ЛЕТИЕ

18-19 сентября в конгресс-центре «Рубин» (г. Томск) прошла Всероссийская научно-практическая конференция Общества урологов. Конференция была посвящена двум знаменательным датам – 120-летию лечебного факультета Сибирского государственного медицинского университета и 40-летию Томского общества урологов.

На конференции прозвучали доклады заслуженного деятеля наук Российской Федерации, профессора, заведующего отделом детской урологии НИИ урологии Минздрава РФ А.Г. Пугачева; профессора, заведующего кафедрой урологии Алтайского государственного медицинского университета, главного уролога Алтайского края А.И. Неймарка; профессора, председателя Томского общества урологов, заведующего кафедрой урологии Сибирского государственного медицинского университета А.В. Гудкова, заведующего кафедрой урологии Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессора А.А. Ерковича, д.м.н., главного научного сотрудника отделения андрологии и урологии Эндокринологического научного центра Росмедтехнологий С.Ю. Калининченка.

Учитывая междисциплинарный характер урологии, ее тесное взаимодействие с онкологией, эндокринологией, гинекологией, неврологией, обсуждаемый круг вопросов был широк. Практикующие врачи, ученые, молодые специалисты и организаторы здравоохранения из разных регионов России обсудили вопросы организации урологических служб, медикаментозного лечения, нарушений гормонального состояния, вопросы репродуктивного здоровья, профилактики и лечения мочекаменной болезни, а также заболевания урологического профиля у детей. Несколько докладов конференции были посвящены реконструктивно-пластическим операциям.

Отдельной темой стала история томской урологии. При колоссальном вкладе, который томские специалисты внесли в мировую урологию, до 1961 года в Томске был всего один урологический кабинет в поликлинике и 15 урологических коек



в стационаре, а в районах области урологическая служба отсутствовала полностью. Такое положение наблюдалось не только в Томске – на всю РСФСР тогда было всего 22 ставки уролога. Согласно приказу 1956 года, в стране должны были восстановить урологическую службу, в частности должны были вернуть 3460 урологических коек, а в вузах Иркутска, Томска, Свердловска и Хабаровска организовать кафедры урологии. Этот приказ был выполнен с опозданием более чем на 40 лет. А такая проблема, как

организация самостоятельного отделения для лечения детских урологических заболеваний, в Томске не решена до сих пор, несмотря на имеющиеся научные разработки в области детской урологии.

Основным вопросом конференции, уже традиционно, был стремительный прирост онкологической заболеваемости урологического плана. Пока рак простаты занимает в России четвертое место среди всех раковых заболеваний (после рака желудка, легких и рака кожи), но, судя по динамике прироста, считают специалисты, он скоро выйдет на первое.

По данным профессора А.В. Гудкова, рак простаты, например, в Томске сегодня достиг уровня 41 на 100 тыс. населения (при среднероссийском – 34 на 100 тыс. населения). В Омской области и Алтайском крае несколько лет назад этот показатель был примерно 14 на 100 тыс. населения, сейчас в этих регионах он тоже стремительно растет. Специалисты это связывают одновременно и с образом жизни современных мужчин, и с улучшением качества диагностики. Исследование антигена простаты теперь в России (кстати, как и во Франции) проводится бесплатно, так как оно вошло в программу обязательного медицинского страхования.

В перспективе, которой тоже поделились на конференции, планируется открытие в Томске регионального центра онкоурологии. Сейчас среди городов Сибири только в Омске есть специализированное отделение при онкологическом диспансере. 

ЦЕНТР ОНКОУРОЛОГИИ?

БРАХИТЕРАПИЯ – НОВОЕ СЛОВО В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Г. Пугачев,

профессор, заведующий отделом детской урологии НИИ урологии Минздрава РФ

Проблема рака предстательной железы на сегодняшний день является самой актуальной и обсуждаемой. Ни один серьезный съезд урологов не проходит без ее обсуждения. Например, 90% докладов на съезде европейской Ассоциации урологов в Милане было посвящено раку предстательной железы. Такое внимание мировой урологической общности объясняется тем, что резко возросло число пациентов, страдающих этим тяжелым заболеванием. Версии о его причинах выдвигаются разные – начиная с особенностей питания и заканчивая экологией. Я склонен связывать рак предстательной железы с целым комплексом причин, ведь многое связано с гормональным уровнем и тем образом жизни, каким живет современный мужчина.

С позиции врачебной практики, к сожалению, эта проблема пока успешно не решается. Более-менее удовлетворительных результатов удается достичь при диагностике ранних стадий рака предстательной железы. И когда речь идет именно о ранней стадии, идет конкуренция в выборе метода лечения.

Те исследования, которые мы сегодня комплексно проводим, включая биопсию простаты и морфологическое исследование полученного материала, свидетельствуют о том, что процент ошибочной диагностики очень большой, а уровень осложнений, которые возникают при радикальной простатэктомии и применении лучевой терапии, очень высокий. Это общее мнение онкоурологов. В начале 2008 года

в московском обществе урологов выступал профессор С.Б. Петров – ведущий уролог Санкт-Петербурга. Оказалось, что у 90% пациентов лишь на операционном столе обнаруживалась вторая, а иногда и третья стадия рака предстательной железы. Притом, что на дооперационном этапе этим пациентам ставился диагноз – первая стадия. Поэтому те возможности, которые имелись у нас, в очень высоком проценте случаев не позволяли четко определить стадию рака предстательной железы. Отсюда и возникла необходимость совершенствования методов определения клинических стадий злокачественных процессов.

В нашем институте вслед за западными учреждениями начали практиковать такой метод, как брахитерапия. Какой метод эффективнее – оперативное лечение или брахитерапия? В последующем история, наверное, даст ответ. Пока мы можем оперировать только теми сведениями, которые за пять лет в нашем институте удалось накопить. И я хочу ими поделиться.

Медицинские предпосылки развития брахитерапии – это более совершенные возможности ранней диагностики, когда еще можно оказать успешно лечебную помощь.

Достоинствами брахитерапии являются высокая концентрация дозы излучения в опухоли (120-160 Грей), гомогенное распределение дозы в тканях, предохранение здоровых тканей, минимизация дозы, лечение по индивидуальному плану и однократные амбулаторные процедуры.

Брахитерапия показана в режиме монотерапии только при стадии T1 или T2a, когда показатель Глиссона 2-6 и ПСА меньше 10 нг/мл.

На протяжении пяти лет этому лечению в нашем институте было подвергнуто 174 больных. Безрецидивное течение было зафиксировано в 80,2% случаев. Метастазы были обнаружены в 3%.

Ведущие осложнения – проктит, уретрит и простатит. Но с увеличением опыта врача количество осложнений уменьшается. Положительные моменты заключаются в том, что пациенты находятся после этого лечения в стационаре всего три дня, самостоятельное мочеиспускание налаживается в течение восьми часов после операции, отсутствует кровопотеря.

С позиции лечения первых стадий рака предстательной железы брахитерапия заняла главное место. На сегодняшний день это один из эффективных методов, что подтверждает низкий уровень осложнений. Учитывая это, невысокую стоимость лечения и конечный результат, я вам советую заняться этим и у себя в губернии. Методика легко воспроизводится, и такой метод лечения должен внедряться в крупных специализированных центрах. Но при создании таких центров, в том числе и в Томской области, нужно иметь тесный контакт с теми предприятиями, которые связаны с радиоактивными элементами, во время лечения постоянно должна проводиться дозиметрия, иначе можно нанести вред и хирургу, и пациенту. 

О ПИОНЕРАХ И ОТЦАХ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ АНДРОЛОГИИ

А.В. Гудков,

профессор, заведующий кафедрой урологии Сибирского государственного медицинского университета, председатель томского общества урологов, председатель сибирского отделения российского общества урологов



Томская урология, как и вся медицинская наука за Уралом, берет свое начало с 3 августа 1888 года, когда после повеления Александра II в Томске состоялось торжественное открытие Императорского университета. В значимости вклада томских ученых в мировую урологию не приходится сомневаться, и именно об этом я хотел напомнить на нашей конференции.

Для преподавания в Томск тогда, в 1888 году, приехали молодые ученые из ведущих университетов России – из Санкт-Петербурга, Москвы, Киева, Казани. Среди них был и приват-доцент военно-медицинской академии Эраст Гаврилович Салищев. В марте 1892 года он был переведен на должность профессора. В то время Э.Г.

Салищев уже имел большой опыт хирургического лечения урологических больных. В 1888-1890 годах он выполнил более 150 операций, из них в 16 случаях – камнесечение с исходом на выздоровление.

Кроме сложнейших хирургических операций, например впервые в мире выполненного в 1898 году в Томске удаления нижней конечности с половиной таза по поводу далеко зашедшей саркомы, Салищев осуществлял такие операции, как иссечение мочевого пузыря при грыж, пришивание подвижной почки, полное иссечение предстательной железы с иссечением семенных пузырьков и двух третей прямой кишки при раке.

После смерти Э.Г. Салищева директором госпитальной клиники стал Платон Иванович Тихов. Ему принадлежит приоритет в проведении ряда сложнейших операций в области урологии. В частности, операции по пересадке мочеточников в прямую кишку с образованием мочевого пузыря из фрагмента толстой кишки он провел совместно с известным в мире гинекологом И.Н. Грамматикати, этот метод до сих пор носит название Грамматикати-Тихова.

Из школы Тихова вышли такие известные в урологической среде ученые-хирурги, как Николай Алексеевич Богораз и Николай Иванович Березняковский. Н.И. Березняковский, возглавивший клинику госпитальной хирургии после смерти Тихова, окончательно решил вопрос клинической пригодности пересадки мочеточника в кишечник у онкологических больных. Таких операций им было выполнено более ста.

Меня удивило, что описания деятельности профессора Н.А. Бого-

раза в архивах Томска практически нет. Полную биографию я смог найти только в журнале «История европейской урологии» (2004), она была представлена на одной полосе с биографиями немецких урологов.

В 1910 году Н.А. Богораз выполнил работу по восстановлению полового члена и уретры у трехлетнего ребенка после острой травмы из передней брюшной стенки. Это была первая работа в мире. Он проходил стажировку в ведущих клиниках Германии, Франции, Австрии, Италии. С 1913 года стал возглавлять госпиталь в Варшаве.

Богоразом были успешно выполнены фаллоуретропластика и фаллопротезирование, к 1939 году было сделано уже 16 подобных операций, а к 1948 – 30 с хорошим исходом. Пациенты жили нормальной половой жизнью и даже имели детей. Ученый из Томска был объявлен пионером и отцом отечественной андрологии и основоположником андрологической хирургии.

Одновременно с П.И. Тиховым на кафедре госпитальной хирургии профессором работал Владимир Михайлович Мыш, им проводилась большая работа по организации урологической службы в Сибири. Он внедрил рентгенологические и эндоскопические обследования, разработал новые методы помощи урологическим больным. За 22 года работы Мыша в Томске было опубликовано 27 фундаментальных работ.

В июле 1968 года было создано томское областное научное общество урологов. На тот момент в Томске было всего 13 урологов. Спустя 5 лет обществу постановлением правления Всероссийского общества урологов было присвоено имя профессора В.М. Мыша. 

ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.И. Неймарк,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии
Алтайского государственного медицинского университета, главный уролог Алтайского края

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – весьма частая патология. Она встречается у 17,4% женщин и 15,6% мужчин. Основные симптомы – поллакиурия, императивное мочеиспускание и ночное испускание – ноктурия. В диагностике этого состояния применяется, помимо жалоб и анамнеза, урофлоуметрия и измерение внутрипузырного давления. Среди методов лечения ведущим является медикаментозная терапия, а также нейромодуляция и нейростимуляция. В клинике урологии Алтайского государственного медицинского университета разработана и успешно применяется методика стимуляции тиббиального нерва. Стимуляция слабым электрическим током афферентных волокон соматического отдела периферической нервной системы, идущих в составе различных нервных стволов, но формирующихся преимущественно из третьего сакрального нерва S3, сопровождается торможением парасимпатической активности тазового нерва, увеличением симпатической активности подчревного нерва. Это приводит к ингибированию повышенной сократительной активности детрузора. Проведение чрескожной тиббиальной стимуляции, как одного из видов нейростимуляции, приводит к активации участков мозга, контролирующих процесс мочеиспускания, восстановлению соотношения между активностью парасимпатического тазового и симпатического подчревных нервов, что в результате проявляется снижением повышенной сократительной активности детрузора. При использовании указанной методики лечебный эффект получен в 80% случаев. Кроме того, нами применена электроэнцефа-

лография в оценке состояния электрической активности головного мозга у больных гиперактивным мочевым пузырем. Нами выявлено два основных вида ЭЭГ-паттернов: таламический тип и стволовой.

При первом типе доминировал альфа-ритм. Известно, что он определяет оптимальный параметр корково-подкорковых взаимоотношений, а «разрушение» альфаритма медленными компонентами свидетельствует о неустойчивости регуляторных механизмов ЦНС (видимо, имеющих место в патогенезе ГАМП).

У пациенток со стволовым типом ЭЭГ исходно отмечалась десинхронизация биоэлектрической активности, которая была обусловлена изменением функциональной активности нейронов мезопонтинного уровня. Известно, что основным центром, ответственным за синергизм в работе детрузора и сфинктера, является понтинный центр Барингтона, в норме оказывающий тормозящее влияние на спинальный центр мочеиспускания. Как

было установлено нами, под воздействием магнитотерапии высокий лечебный эффект был достигнут у пациенток с таламическим типом ЭЭГ. Магнитное поле вызывало модуляцию возбудимости и активности нейрональных структур, что и приводило в конечном итоге к положительному клиническому эффекту и изменению фоновых паттернов ЭЭГ после проведенного лечения. У пациенток со стволовым типом ЭЭГ из-за выраженной дестабилизации нейродинамических процессов и преобладания в ЦНС механизмов возбуждения заметного положительного результата лечения отмечено не было. Это, по нашему мнению, связано с перераздражением надсегментарных (и в первую очередь субкортикального) центров, что проявляется дефицитом тормозящих влияний на нижесегментарные уровни регуляции мочеиспускания.

Таким образом, применение транскраниальной магнитотерапии повышает эффективность комплексной терапии ГАМП у женщин. 



НОВАЯ ЭРА В ЛЕЧЕНИИ

1 октября 2008 г. в зале «Бородино холл» отеля «Бородино» состоялась конференция «Сутент® – новый таргетный препарат в терапии метастатического рака почки». Мероприятие объединило крупнейших российских и международных экспертов в области биологии и терапии рака почки, ведущих онкоурологов и химиотерапевтов субъектов РФ – всего более 150 человек.

«Онкоурология сейчас является одним из самых перспективных направлений. В этой области разработано много препаратов, в том числе и революционной таргетной группы. Несмотря на очевидные успехи последних лет в лечении онкологических заболеваний, добиться значительных результатов в терапии одного из наиболее тяжелых – почечно-клеточного рака – не удавалось до настоящего времени. Появление в практике российских специалистов препарата Сутент® – это огромный прогресс, который обозначил начало новой эры в лечении рака почки», – сказал, открывая конференцию, которая должна была определить место инновационного таргетного препарата компании Pfizer в практической онкологии, чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н., заместитель директора РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН М.Р. Личиницер.

Pfizer Онкология



И.Г. Русаков,

д.м.н., профессор, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена

РАК ПОЧКИ: ВЧЕРА,

В структуре онкологических заболеваний доля рака почки составляет 4%, ежегодный прирост – около 3%. Средний возраст пациентов, страдающих раком почки, – 61 год, в основном (до 2/3 всех заболевших) это мужчины. У 30% пациентов процесс выявлен либо на стадии метастазирования, либо метастазы выявляются в течение 1 года от постановки диагноза. В последние годы мы видим все больше и больше больных с относительно ранними стадиями рака почки. И, тем не

менее, темпы прироста смертности также достаточно высоки и не намного уступают темпам прироста заболевания – ежегодное соотношение заболевших и умерших больных составляет 1:2.

Пятилетнюю выживаемость больных раком почки можно представить следующими цифрами:

- локализованный процесс – 95%,
- местно-распространенный процесс – 63%,
- метастатический процесс – 9% (2-летняя выживаемость – 18%).

РАКА ПОЧКИ

Как лечить рак почки? Вне всякого сомнения, хирургическое лечение является основным. В последнее время прослеживается тенденция к проведению органосохранных операций. Если раньше считалось, что проводить резекцию почки при опухоли свыше 4 см не целесообразно, то сейчас есть целый ряд исследований, в которых показано, что варианты органосохранных операций возможны даже при опухолях больше 7 см.

Как правило, в тактике лечения даже самой радикальной операции оказывается недостаточно. Вся беда при раке почки состоит в том, что даже после радикально-выполненных операций, при строго локализованном процессе у 50% больных в ближайшие 5-10 лет появляются отдаленные метастазы, либо, что реже, рецидивы в зоне почки.

Необходимы дальнейшие действия, такие, как химиотерапия, иммунотерапия и использование гормональных средств. В течение многих лет опухоль считалась резистентной к любому виду терапии, и в 70% случаев после хирургического вмешательства заболевание прогрессировало.

К сожалению, ген множественной лекарственной резистентности

этом эффект лечения нестойкий, редко наблюдаются длительные ремиссии, токсичность лечения зачастую приводит к его отмене. При терапии интерлейкином-2 (ИЛ-2) достижение длительной ремиссии возможно только у небольшого числа больных. Ни в одном рандомизированном исследовании не получено данных, указывающих на достоверное улучшение выживаемости при терапии ИЛ-2. К тому же наблюдается выраженный спектр токсических реакций.

Относительно терапии цитокинами можно сделать следующие выводы: – терапия цитокинами эффективна только у больных с хорошим прогнозом;

– наблюдается высокая частота побочных реакций;

– частота объективного противоопухолевого ответа не превышает 15%, ремиссии нестойкие;

– цитокиновая иммунотерапия не показана 80% больным метастатическим раком почки.

Хочу обратить внимание на высказывание академика И.П. Павлова о том, что, только познав все причины болезни, мы можем реально рассчитывать на какие-то успехи.

капсулы
Сутент®
сунитиниб



открывая возможности

ном C/В, CuI 2 и Rbx-1. Образование комплекса приводит к деградации фактора, индуцируемого гипоксией (HIF1 α). Мутация VHL наблюдается у 70% больных спорадическим раком почки.

Принципиально новым подходом к лечению онкологических больных является терапия мишеней (таргетная терапия). В 2007 г. в России для лечения больных метастатическим раком почки зарегистрирован препарат Сутент® (сунитиниб). Сутент® является мощным ингибитором тирозин киназ – белков, с помощью которых происходит передача сигналов внутри клетки. По результатам международных клинических исследований выявлена высокая эффективность препарата по сравнению с цитокинами. Было показано, что при использовании сунитиниба и ИНФ- α в I-й линии терапии полная и частичная регрессия опухоли составила соответственно 31 и 6% ($p < 0,00001$), а сравнительная безрецидивная выживаемость – 11 и 5 месяцев соответственно в пользу пациентов, принимавших сунитиниб ($p < 0,00001$).

Исследование эффективности Сутента® в I-й линии терапии при метастатическом раке почки показало, что на сегодняшний день терапия данным препаратом является одной из лучших по показателям клинической эффективности и переносимости. У нас появилась возможность не только стабилизировать заболевание, но и повернуть его вспять на фоне сохранения высокого качества жизни пациентов. Мы действительно можем увеличить почти в два раза продолжительность их жизни и значительно увеличить безрецидивный период у этих пациентов. 

СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

делает рак почки практически нечувствительным ко всем вариантам традиционной лекарственной терапии. И ни один режим химиотерапии не дал существенного улучшения выживаемости больных.

В течение нескольких десятилетий стандартом в лечении метастатического рака почки является интерферон-альфа (ИНФ- α). Терапия ИНФ- α приводит к увеличению жизни больных в среднем на 3,8 мес. При

В онкологии эта ситуация наконец-то прояснилась, во всяком случае, при раке почки, начиная с конца 70-х годов прошлого века, когда был достаточно хорошо изучен синдром Ван Хиппеля-Линдау (VHL).

Существует ген, продукт которого, так или иначе, контролирует индуцируемый гипоксию фактор. Ген VHL – опухолевый супрессор, локализующийся в коротком плече 3 хромосомы (3p25 – 3p26). VHL кодирует белок, образующий мультипротеиновый комплекс с элонги-

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ



Джером Крулик, медицинский директор по препарату Сутент® компании Pfizer в Европе, Франция

Сутент® – пероральный мультитаргетный ингибитор тирозин киназ. Препарат ингибирует активность тирозин киназ различных рецепторов, вовлеченных в процессы роста, патологического ангиогенеза и метастатического прогрессирования опухоли. Сутент® обладает прямым антипролиферативным действием за счет ингибирования рецепторов клеток опухоли к VEGF и PDGF. Кроме того, Сутент® обладает антиангиогенным действием за счет ингибирования

VEGF-рецепторов эндотелиальных клеток, а также PDGF-рецепторов перидитов.

Чтобы оценить токсичность и определить фармакокинетические параметры, был выполнен ряд исследований **I фазы**. Отмечали частичные ответы и стабилизацию заболевания, которая наблюдалась во многих случаях исследований I фазы. Объективные противоопухолевые эффекты наблюдали при раке щитовидной железы (n = 1), метастатическом почечноклеточном раке (n = 4), гастроинтестинальных стромальных опухолях (n = 6), саркоме (n = 1), аденокарциноме (n = 1), немелкоклеточном раке легкого и меланоме. Таким образом, в ходе этих исследований была определена оптимальная дозировка, которая была необходима для проведения клинических исследований II фазы – была рекомендована доза сунитиниба 50 мг в день в режиме 4/2 (4 недели приема, 2 недели – без препарата).

В двух исследованиях **II фазы** изучались клинические характеристики и эффективность сунитиниба при почечноклеточном раке на цитокинорефракторных пациентах. В первом исследовании II фазы приняло участие 63 пациента, во втором – 106. Критерием включения в эти исследования был неуспех как минимум одного вида цитокиновой

терапии. Первичной конечной точкой исследования являлся ответ на терапию, а вторичной точкой – продолжительность жизни больных.

Если мы посмотрим на уровень ответа в объединенном анализе этих исследований, то увидим очень высокий уровень ответа – около 40%. Еще у 27% пациентов мы наблюдали стабилизацию заболевания. К сожалению, не отмечалось большого количества полных ответов. Но, тем не менее, по сравнению с тем, что мы наблюдали в прошлом, в частности при цитокиновой терапии, в данном случае уровень ответа был просто потрясающим.

Медиана времени до прогрессирования в наших исследованиях составила 8,7 мес., что достаточно многообещающе по сравнению с результатами, которые мы получали при применении цитокинов, – всего лишь около 3 мес. Средняя выживаемость пациентов в этих исследованиях достигала почти двух лет.

Результаты исследований I и II фазы ускорили одобрение FDA сунитиниба для лечения поздних стадий почечноклеточного рака. В США Сутент® был одобрен FDA к применению в январе 2006 г.

Следующим логическим шагом было исследование **III фазы** у ранее не получавших лечения пациентов, страдающих метастатиче-



СУТЕНТА® ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПОЧКИ

ским почечноклеточным раком, по сравнению с интерфероном-α. Это исследование было проведено по всему миру. По условиям исследовательского протокола были сформированы две группы, в каждую из которых включено по 375 больных. Первичной конечной точкой в этом исследовании была выживаемость без прогрессирования, вторичной конечной точкой – ответ на терапию и безопасность. Дозировка Сутента® составляла 50 мг в сутки в режиме 4/2 (4 недели – прием препарата, 2 недели – без препарата), интерферон-α назначали подкожно 3 раза в неделю, 9 млн ЕД.

По критерию включения в группы были включены преимущественно пациенты с благоприятным и промежуточным прогнозом на основании анализа прогностических факторов по шкале MSKCC.

Группы сунитиниба и интерферона-α были хорошо сбалансированы по демографическим показателям и основным прогностическим критериям.

В настоящее время исследование еще не завершено, но предварительные результаты продемонстрировали преимущества сунитиниба по показателям объективного ответа на лечение и безрецидивной выживаемости: для Сутента® это 11 месяцев, а для интерферона-α – всего лишь 5 месяцев.

Мы получили положительные результаты – практически удвоение периода выживаемости без прогрессирования. Кроме того, в группе интерферона-α из-за побочных эффектов от лечения отказались больше больных (13%), чем в группе сунитиниба (8%). Эти результаты явились дополнительным подтверждением клинической значимости сунитиниба при почечноклеточном раке и легли в основу одобрения Сутента® в качестве препарата первой линии терапии как в США, так и в Европе.

Необходимо сказать и о безопасности Сутента®. Спектр побочных реакций включал развитие диареи, тошноты, рвоты, анорексии, повышение артериального давления. Побочные реакции III-IV степени на фоне приема сунитиниба представлены нейтропенией (12%), тромбоцитопенией (8%), гиперамилаземией (5%). На основании этого можно сделать вывод о приемлемом уровне побочных эффектов сунитиниба. Итак, Сутент® обладает доказанной эффективностью в I-й линии терапии больных с МПКР с благоприятным и промежуточным прогнозом (по Motzer). Данный алгоритм основан на результатах международных исследований, в которых изучалась эффективность таргетных препаратов у больных МПКР по сравнению

с иммунотерапией.

Исследования III фазы продолжаются. Полученные промежуточные результаты позволяют сделать ряд выводов. Сутент® в первой линии терапии в 2 раза повышает выживаемость без прогрессирования по сравнению с интерфероном-α, снижает риск прогрессирования на 58%. Терапия Сутентом® существенно увеличивает выживаемость без прогрессирования пациентов с МПКР независимо от их прогноза. Сутент® в первой линии терапии МПКР в 5 раз повышает объективный ответ на лечение по сравнению с интерфероном-α. На фоне терапии Сутентом® пациенты отмечали более высокое качество жизни. Сутент® также эффективен в лечении МПКР, рефрактерного к терапии цитокинами (вторая линия терапии).

Таким образом, таргетная терапия занимает приоритетное место в лечении распространенного РП. Методом выбора при определении тактики I-й линии терапии больных светлоклеточным раком почки с благоприятным и промежуточным прогнозом является назначение Сутента®. Необходимо его дальнейшее изучение при других гистологических вариантах злокачественных новообразований почечной паренхимы, а также его комбинаций с препаратами других групп. 



СУТЕНТ® В РОССИИ:



О.Б. Карякин, д.м.н., профессор,
Медицинский радиологический центр РАМН, г. Обнинск

Наш трехлетний опыт применения препарата Сутент® – это 17 пациентов с метастатическим раком почки. Пациенты получили от 1 до 23 циклов терапии. Длительность лечения составила от 1,5 до 33 месяцев, цикл применения – 42 дня (4 недели приема препарата, затем 2 недели перерыва). В настоящее время продолжают лечение Сутентом®, несмотря на то, что протокол уже закрыт, 5 больных.

Ответ на терапию: полная регрессия была зарегистрирована у двух пациентов. Частичная регрессия наблюдалась у одного пациента, стабилизация – у десяти, прогрессирование – у четырех пациентов. Время до прогрессирования в среднем составило от 1,5 до 22 месяцев. Среднее время до прогрессирования – 9,2 месяца. В настоящий момент 10 пациентов живы и находятся под врачебным наблюдением. Остановимся на пациентах с полной регрессией.

Пациент 1. Это больной с метастазами в легкие, сопутствующие заболевания – сахарный диабет, гипертония. Пациент начал лечение 19 апреля 2005 г. интерфероном-α, в результате чего была достигнута частичная регрессия. С 22.12.06 г. выявлено прогрессирование метастазов в легкие. В январе 2007 г. начал прием Сутента® в дозе 50 мг в сутки. В октябре 2007 г. пациент переведен на терапию Сутентом® в дозе 37,5 мг в сутки в связи с проблемами диабета и повышением АД. На СКТ от 10.12.07 г. – полная регрессия метастазов в легкие. Выбыл из исследования в январе 2008 г. без прогрессирования по собственному желанию, так как был из другого города. Последний контакт с больным был в сентябре

2008 г. В настоящее время пациент жив.

Пациент 2. Пациентка – женщина, с метастазами в легкие, сахарным диабетом, артериальной гипертонией. Больной назначена терапия Сутентом® 50 мг в сутки с 18.01.07 г. Полная регрессия наступила после 9 циклов лечения. Проведено 15 циклов. В настоящее время пациентка продолжает прием Сутента® в дозе 50 мг в сутки.

Пациент с частичной регрессией: метастазы в легкие, кости, печень, вторую почку, надпочечник. Начал лечение Сутентом® в дозе 50 мг в сутки с 22.12.05 г. Достигнута частичная регрессия после 3 циклов лечения. Всего проведено 16 циклов лечения. Прогрессирование заболевания – с октября 2007 г. Время до прогрессирования – 22 месяца. В декабре 2007 г. выявлен метастаз в головной мозг. Проведен курс дистанционной лучевой терапии на метастаз с частичным эффектом. Смерть наступила в июле 2008 г. Время наблюдения – 36 месяцев.

Ни одному из наших пациентов цитокиновая терапия не смогла бы помочь при наличии метастазов в легкие, кости, печень, противоположную почку и надпочечник. Говоря об эффективности Сутента®



ПЕРВЫЕ ШАГИ



у больных нашего Центра, еще раз подчеркну, что полная регрессия рака почки с метастазами в легких наблюдалась у двух наблюдаемых пациентов из 17-ти. Состояние более половины больных стабилизировалось, и в настоящее время они живы и находятся под наблюдением.

Гематологическая токсичность, лейкопения III степени отмечена у 5% больных, лейкопения II степе-

ни – у 11%. Негематологическая токсичность – нарушение вкуса, боли в деснах – были более выражены в первые 10-12 циклов. Подъем артериального давления был отмечен в 20% случаев, повышение артериального давления III степени – в 5%, диарея – в 35%. Снижение дозы потребовалось лишь в одном случае, в связи с повышением АД III степени у пациента с длительным анамнезом гипер-

тонической болезни, ожирения и сахарного диабета на 10-м месяце приема Сутента® 50 мг. Контрольная спиральная томография после двух циклов продолженного лечения Сутентом® показала полную регрессию метастазов в легких при дозе 37,5 мг в сутки. Ни в одном другом случае не потребовалось редукции дозы или отмены препарата в связи с побочными эффектами лечения. 



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»
НИИ УРОЛОГИИ РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ
при поддержке
РАН, МГУ им. М.В. ЛОМОНОСОВА
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ
РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ЭНДОКРИНОЛОГОВ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА НЕВРОЛОГОВ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ
ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПЛАСТИЧЕСКИХ, РЕКОНСТРУКТИВНЫХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА MEN'S HEALTH AND GENDER

IV ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

12-14 ноября 2008 г., Москва

В работе форума примут участие ведущие урологи, эндокринологи, кардиологи, гинекологи, психиатры, сексологи, неврологи, а также специалисты смежных областей, занимающиеся проблемами мужских заболеваний, представляющие ведущие государственные медицинские учреждения.

НАУЧНЫЕ ТЕМАТИКИ КОНФЕРЕНЦИИ

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

Во время работы конференции планируется проведение выставки и сателлитных симпозиумов компаний-спонсоров.

Место проведения: здание президиума РАН, Москва, Ленинский проспект, д.32а.

Срок подачи тезисов: до 31 июля 2008 года по e-mail: konfandrology@rambler.ru

В программе конференции предусмотрено представление устных сообщений и видеопрезентаций.

Лучшие работы и доклады, представленные на конференции, отобранные Междисциплинарным советом, традиционно будут отмечены специальными премиями и дипломами.

По материалам конференции будет опубликован сборник трудов.

Взнос участника составляет 2000 рублей. Вход для студентов, ординаторов и аспирантов медицинских вузов и научно-исследовательских медицинских учреждений бесплатный.

Всем делегатам будет выдан сертификат участника и материалы конгресса.

Более подробную информацию о предстоящей конференции можно получить на сайте www.au-health.ru



IV

ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

***МУЖСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ***

Первое информационное письмо

12 - 14 ноября

МОСКВА

2008

7-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ДОЛГОЛЕТИЕ

**International medical exhibition
«MEN'S HEALTH and LONGEVITY»**

7-й Российский научно-образовательный Форум

Москва,

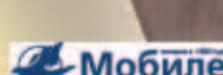
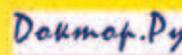
18 - 19 февраля 2009г.

Центральный Дом ученых РАН,
ул. Пречистенка, 16

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ:

лекарственные средства; медтехника;
инструменты; диагностические приборы и
оборудование; приборы для домашнего
применения; мужская контрацепция;
средства от курения; средства для лечения
алкогольной, наркотической зависимости,
средства от выпадения волос, от ожирения;
лечебная косметика для мужчин; средства
гигиены; медицинские клиники, кафедры,
центры, курсы; специализированные
издания и литература.

**Участие в Форуме и публикация тезисов
для российских специалистов бесплатные.**



WWW.REMEDIUM.RU

WWW.UROWEB.RU

WWW.PEDUROL.RU

**ВК "РИМИЭКСПО": тел./ф.: 8-499-737-2301, тел.: 8-926-218-0608
e-mail: info@rimiexpo.ru, www.rimiexpo.ru**

Меткий удар по циститу



 **Zambon**

Представительство АО «Замбон СП.А.» (Италия):

Россия, 121002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17

Тел.: (495) 933-38-30/32. Факс: (495) 933-38-31

Простамол® Уно

от Берлин-Хемии

1 КАПСУЛА в день

2 ПОКАЗАНИЯ

- гиперплазия простаты
- хронический простатит

3 МЕСЯЦА
— рекомендуемый курс терапии*



Одобрено
Российским обществом
урологов



**Патогенетическое
действие**

**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

15162, Москва, ул. Шаболовка, дом 31, строение Б.
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01. <http://www.berlin-chemie.ru>

Рег. ур. П. 01255 / 01-2005

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