

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я Фармакотерапия В У Р О Л О Г И И

№ 2
апрель 2007

Лечение хронического цистита

Простатит – по-прежнему загадка?

Европейские стандарты лечения НИМП

ТЕМА НОМЕРА:

**Доброкачественная гиперплазия
предстательной железы**

ВСЕ 15 ЛЕТ...

Ципринол®

ципрофлоксацин

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

«Золотой стандарт»
среди фторхинолонов

ОПРАВДЫВАЕТ
ОЖИДАНИЯ

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

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

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

За более подробной информацией обращайтесь в представительство.

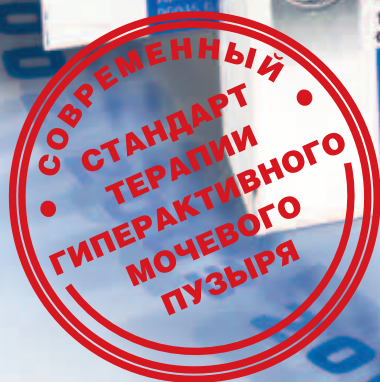
Представительство в РФ

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

KRKA

СПАЗМЕКС®

троспия хлорид



**В НОГУ
СО ВРЕМЕНЕМ**

Антихолинергический препарат последнего поколения для лечения гиперактивного мочевого пузыря, обладающий целым комплексом преимуществ:

Эффективность и безопасность на высоком уровне.

Не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС, т.к. не преодолевает гематоэнцефалический барьер.

Уникальная фармакокинетика:

- нет метаболизма в печени;
- отсутствие взаимодействия с другими лекарствами;
- фармакологический эффект на М - холинорецепторы мочевого пузыря реализуется дважды: в период циркуляции препарата в крови и в период выведения (накопление в мочевом пузыре).

Немецкое качество. Доступная цена.

Производитель:
Dr. Pfleger (Германия)

Дистрибьютор:



(Прага, Чешская Республика)
Представительство в Москве:
Тел./факс: (495) 697-0703, 679-5605
promedcs@sonet.ru

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



Здравоохранение сегодня:

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

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

Фармакоэкономика

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

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

Клиническая эффективность лечения: компромисс между качеством и стоимостью

Фармакоэкономический анализ в урологии

Доказательная медицина

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

Эффективность и безопасность лекарственных средств

Клинические и эпидемиологические исследования

Непрерывное образование

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики

Практические школы и лекции для лечащих врачей

Симпозиум по проблеме

Обзоры, рефераты, дайджесты, зарубежный опыт

Форум (Календарь медицинских мероприятий)

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

Зарубежные новости медицины и фармации в области урологии.

Социальная ответственность бизнеса и общество

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

Валеология и профилактика заболеваний (социальная реклама)

Адресная помощь социально-незащищенным и декретированным группам населения

Формирование новой социальной потребности в здоровом образе жизни

Основные рубрики журнала ЭФ

Здравоохранение сегодня

Фармакоэкономика

Эффективная фармакотерапия

Доказательная медицина

Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей

Наука

Компании и их продукция

Социальная ответственность бизнеса

Форум

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ (8500 экз.)

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

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

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

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

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

6. Распространение через членов Российского общества урологов.

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

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

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

Специализированное распространение

Управления здравоохранения регионов России

Главные урологи 7 федеральных округов

Главные урологи 78 субъектов РФ

«Реестр врачей-урологов и андрологов России»

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

Медицинские НИИ

Коммерческие медицинские центры

Страховые медицинские компании и их клиенты (ЛПУ)

Научные урологические и андрологические общества



ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия в урологии

Редакция журнала:

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

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

выпускающий редактор **О. Дмитриева**
(e-mail: olga_dmitrieva@mail.ru)

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

дизайнер **О. Никанкин**

корректор **Н. Кононова**

набор **Е. Виноградова**

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

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

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

Редакционный совет:

Ю.Г. Аляев (Москва)

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)

Т.С. Перепанова (Москва)

С.Б. Петров (Санкт-Петербург)

Д.Ю. Пушкарь (Москва)

В.В. Рафальский (Смоленск)

М.Э. Ситдыкова (Казань)

Н.И. Тарасов (Екатеринбург)

М.Ф. Трапезникова (Москва)

Е.А. Ушкалова (Москва)

В.Я. Фарбирович (Кемерово)

контактная информация:

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

Тираж 8500 экз.

Перепечатка материалов разрешается
только с письменного разрешения редакции
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005 г.

№2 апрель 2007

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4, 50**

здравоохранение сегодня

K.G. Naber, M.C. Bishop, T.E. Bjerklund-Johansen, H. Botto, M. Çek, M. Grabe, B. Lobel, J. Palou, P. Tenke

Рекомендации Европейской урологической ассоциации по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций мужской половой системы (2006 г.) **6**

тема номера: доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Т.С. Перепанова, В.П. Комарова

Особенности функциональных нарушений при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (фармакоэкономический анализ) **12**

клинические исследования

Ю.Г. Аляев, А.В. Амосов, Е.А. Султанова

Возможности применения Канефрона®Н при лечении хронического цистита **22**

тезисы

Всероссийская научно-практическая конференция «Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов» (тезисы, не вошедшие в основной сборник) **27**

форум (конференции, выставки, семинары)

Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов **40**

Простатит – по-прежнему загадка? **44**

Европейские стандарты лечения НИМП **46**

Роль цитологического исследования мочи при оценке СНМП

Основным проявлением рака мочевого пузыря обычно считается гематурия (наличие крови в моче). Однако у небольшого количества пациентов данное заболевание манифестирует с симптомами нижних мочевых путей (СНМП), что откладывает диагностику и лечение рака. С целью определить, в скольких процентах случаев под мочевыми симптомами скрывается рак мочевого пузыря, авторы провели цитологическое исследование мочи (поиск атипичных клеток) у 3 217 пациентов, обратившихся по поводу СНМП к урологу. У 3108 (97,7%) пациентов результаты цитологического исследования были нормальными. У 55 пациентов (1,73%) результаты исследования оказались сомнительными, в результате чего у 14 пациентов был поставлен диагноз рак мочевого пузыря.

У 1 пациента был поставлен диагноз рак простаты, и у 1 – рак прямой кишки, прорастающие в мочевой пузырь. При этом у 4 пациентов не наблюдалось крови в моче, у 4 были найдены следы крови, и лишь у 6 пациентов обнаружено умеренное количество крови. Таким образом, только у 0,5% пациентов с жалобами на СНМП была обнаружена опухоль мочевого пузыря, подтвержденная цитологическим исследованием мочи. У 50% этих больных не было или обнаружены лишь следы крови. Оправдывает ли такой низкий процент затраты на проведение исследования? Авторы считают, что 2 диагноза рака в год не были бы поставлены без цитологии мочи, что могло бы стоить двух жизней.

Источник: muzhskoydoctor.ru

Со СПИДом в Африке будут бороться обрезанием

Всемирная организация здравоохранения одобрила обрезание в качестве дополнительной меры профилактики ВИЧ-инфекции на Африканском континенте. Данные трех масштабных исследований, проведенных в африканских странах, свидетельствуют о том, что риск заражения ВИЧ при гетеросексуальном контакте снижается для обрезанных мужчин на 40–60 процентов. По подсчетам ученых, поголовное обрезание мужского населения в наиболее затронутых эпидемией ВИЧ/СПИДа регионах Африки может предотвратить миллионы новых случаев заражения в

течение ближайших десятилетий. ВОЗ и UNAIDS предупреждают о том, что введение новой меры профилактики не является заменой для традиционных способов борьбы со СПИДом: пропаганды безопасного секса, регулярных тестов на ВИЧ, использования одноразовых медицинских инструментов и обеспечения доступа к антиретровирусной терапии. Поскольку обрезание не обеспечивает полной защиты от ВИЧ/СПИДа, эта мера не должна создавать у населения ложного чувства безопасности, отмечают эксперты.

Источник: medportal.ru

Кишечная палочка может быть использована в урологии

Кишечная палочка может быть использована для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей. Так считают врачи из Бэйлорского медицинского колледжа. Техасские медики обнаружили, что некоторые виды кишечной палочки не наносят никакого вреда мочевыводящей системе, однако препятствуют размножению микроорганизмов, вызывающих урологические заболевания. Доктор Торнби предлагает обрабатывать такими культурами кишечной палочки катетеры, которые используются для проведения лечебных и диагностических процедур, в частности – вывода осколков почечных камней. Подобная биологическая дезинфекция принесет облегчение больным.

Источник: izvestia.ru

Назначение заместительной терапии тестостероном

Впоследнем отчете New England Journal of Medicine доктор Rhoden сделал следующие рекомендации относительно исследований, необходимых перед назначением заместительной тестостеронотерапии (ЗГТ). Это оценка мочеиспускания с использованием дневника мочеиспускания и стандартизированных анкет, таких как IPSS, пальцевое ректальное исследование, определение уровня тестостерона в крови, измерение ПСА и проведение биопсии простаты, если ПСА превышает 4 нг/мл или уровень его неожиданно повысился, или если

результаты пальцевого ректального исследования отклоняются от нормы. Также необходимо осведомиться о наличии эпизодов ночного апноэ в анамнезе и проверить уровень гемоглобина и гематокрита, так как ЗГТ может увеличивать эритроцитоз. ЗГТ не следует назначать мужчинам с повышенным ПСА. Хотя большинство исследований указывают на благоприятное действие ЗГТ на липидный профиль. Ученые рекомендуют провести функциональные печеночные пробы и исследовать липопротеиновый профиль.

Источник: solvay-pharma.ru

Новую надежду импотентам дарят медики из США

Ученые разработали новую инъекцию, спасающую от мужской импотенции. Укол препарата, который делается в основание пениса, действует, как минимум, в течение шести месяцев, сообщает газета Sun. По словам медиков, препарат расслабляет мускулы, что позволяет крови циркулировать более свободно. Разработчиками нового препарата стали специалисты из медицинского колледжа имени Альберта Эйнштейна в Нью-Йорке. «Предварительное исследование показало, что новый способ лечения импотенции безопасен и очень эффективен», – отмечает профессор Арнольд Мельман. Ученые надеются, что инъекция станет доступной для лиц, страдающих от импотенции, в ближайшие пять лет.

Источник: MIGnews.com

Влияние ПЭТ на тактику лечения метастатического рака почки

Дilhuudu и соавторы обобщают ограниченный опыт применения метода ПЭТ в определении тактики терапии при метастатическом раке почки. Авторы проанализировали 26 результатов ПЭТ у 24 больных после системной терапии (иммуно-терапии или медроксипрогестерон ацетата) по поводу метастатического рака почки. Средний период от окончания системной терапии до ПЭТ составил 4,8 месяцев. Из 24 больных у 18 по данным КТ выявляли измеряемые признаки заболевания, у 5 был полный ответ на лечение и один больной с полным ответом на терапию ожидал пересадки комплекса сердце/легкие. Вопрос исследования состоял в том, может ли ПЭТ предоставить дополнительную информацию о состоянии болезни и повлиять на тактику лечения. Средний срок наблюдения всех больных составлял 24 месяца (от 6 до 34 месяцев). У трех больных, у которых вначале обнаружили ограниченные проявления болезни, и которым планировали произвести хирургическое лечение, ПЭТ показала более распространенное поражение, что привело к смене тактики и назначению дополнительной системной терапии. У двух больных предполагали полный

ответ на терапию по данным стандартных снимков и проводили наблюдение для исключения рецидивов. При помощи ПЭТ у них обнаружили метастазы в грудной клетке и средостении, план лечения изменили и произвели операцию. Наличие метастазов подтвердили гистологическим исследованием резецированных тканей. Таким образом, у 5 (20,8%) больных на основании данных ПЭТ была изменена тактика лечения. Авторы отметили, что чувствительность ПЭТ (относительно стандартных методов) составила 75%, а положительная предсказательная ценность – 92,3%. ПЭТ имеет ограниченное значение в диагностике и лечении метастатического рака почки. Авторы выступают за использование этого метода в двух случаях: у больных с ограниченным метастатическим поражением, если планируется хирургическое лечение, чтобы выявить отдаленные метастазы, а также при клинической картине полного ответа на системную терапию, чтобы выявить жизнеспособные остаточные опухоли и решить вопрос о дополнительной терапии.

Источник: UroWeb.ru

Дутастерид уменьшает кровотечение

Ученые установили, что применение финастерида снижает кровоснабжение простаты. Это может оказаться полезным при проведении хирургического лечения ДГПЖ – трансуретральной резекции простаты, так как снижение кровоснабжения приведет к уменьшению кровотечения после операции. Авторы изучали кровоснабжение простаты с помощью УЗИ у 32 пациентов через 6 недель после терапии 0,5 мг дутастерида в день. Также данный препарат применялся в течение 6 недель перед операцией ТУРП, после чего результаты операционного лечения сравнивались с контрольной группой пациентов, которые не принимали дутастерид. После 6 недель применения дутастерида наблюдалось достоверное уменьшение кровоснабжения простаты у 23 (72%) пациентов. Время операции у пациентов, принимавших дутастерид, было достоверно меньше (50,55 мин/42,65 мин). Двум пациентам в контрольной группе понадобилось переливание крови, и у двух пациентов развился ТУР-синдром. В исследуемой группе таких случаев не было зарегистрировано. Таким образом, 2-недельный курс дутастерида снижает кровоснабжение простаты, что существенно улучшает проведение операции ТУРП.

Источник: mednovosti.ru

Математическое моделирование и рак простаты

Проведено много исследований, в которых определялись нормальные размеры простаты у мужчин различного возраста. Знание нормального размера необходимо для исключения у пожилого мужчины онкопатологии предстательной железы, а также для наблюдения за прогрессированием симптомов нижних мочевых путей и принятия правильного решения относительно тактики лечения ДГПЖ. В настоящее время разработана модель, подсчитывающая увеличение размера простаты в течение последующих 10 лет на основании возраста пациента и размера простаты в настоящее время. По этой модели можно высчитать прогнозируемое увеличение простаты по данным одного измерения. Например, у мужчины 50 лет объем простаты составляет 30 мл. Прогнозируемое время, за которое объем может увеличиться на 25%, является 7,6 лет. При объеме переходной зоны 10 мл в 50 лет, установленное время увеличения простаты на 25% является 6,5 лет. Общий объем простаты и объем переходной зоны увеличивается на 2,2% и 3,6% соответственно за каждый год.

Источник: UroWeb.ru

Спрей-анестетик предотвращает преждевременную эякуляцию

Группа исследователей из США и Нидерландов завершила вторую фазу клинических испытаний нового лекарства от преждевременной эякуляции. По данным ученых, содержащий комбинацию анестетиков спрей способен увеличить длительность полового акта в пять раз. В исследовании принимали участие 54 добровольца в возрасте от 18 до 75 лет. До применения лекарства средняя продолжительность полового акта у них составляла не более 60 секунд. Во время исследования половина мужчин использовала спрей под рабочим названием TEMPE, который необходимо было наносить на головку полового члена перед началом полового акта. Другим испытуемым достался не содержащий активных компонентов спрей-плацебо. В итоге, применявшим TEMPE мужчинами из первой группы удалось увеличить длительность полового акта почти на четыре минуты. Во второй группе длительность полового акта также возросла, но только на 40 секунд. Спрей TEMPE представляет собой комбинацию двух известных анестетиков – давно используемых в общей хирургии. По мнению авторов публикации, результаты исследования говорят о том, что TEMPE вскоре сможет появиться в аптеках как средство для лечения преждевременной эякуляции у мужчин. Пока наука экспериментирует с новыми лекарствами, уже существуют и успешно используются хорошо проверенные методы лечения преждевременного семяизвержения. Аналог лекарства TEMPE уже давно используется израильскими сексологами, чей многолетний опыт убедительно свидетельствует, что лучше всего действует сочетание методов хлорэтиловой блокады, лекарств, воздействующих на соответствующую зону головного мозга и обучения пациента старт-стоп технике. Все три компонента вместе ведут к восстановлению нормального рефлекса. Хотя доктора могут учесть другие заболевания человека и выбрать другие методы.

Источник: MIGnews.com

Рекомендации Европейской урологической ассоциации по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций мужской половой системы (2006 г.)

K.G. NABER,
M.C. BISHOP,
T.E. BJERKLUND-JOHANSEN,
H. BOTTO,
M. ÇEK,
M. GRABE,
B. LOBEL,
J. PALOU,
P. TENKE

Осложненные ИМП могут вызываться широким спектром бактерий, намного шире, чем при неосложненных ИМП, а возбудители с большей вероятностью окажутся устойчивыми к антибиотикам, особенно при осложненной ИМП, связанной с какой-либо терапией.

Ведущие возбудители – энтеробактерии, и среди них самый частый – *Escherichia coli*. Важную роль, в зависимости от условий, также могут играть неферментеры (например *Pseudomonas aeruginosa*) и грамотрицательные кокки (например стафилококки и энтерококки). Тактика лечения зависит от тяжести заболевания. Лечение имеет три основные цели: устранение урологических нарушений, антимикробная терапия и поддерживающий уход при необходимости. Часто пациенты нуждаются в госпитализации. Чтобы избежать появления устойчивых штаммов бактерий терапия, по возможности, должна проводиться в соответствии с результатами выделения культуры возбудителя. При необходимости эмпирической терапии антибактериаль-

ный спектр выбранного антибиотика должен включать в себя наиболее вероятных возбудителей. Рекомендуемыми вариантами являются фторхинолоны с преимущественным выведением через почки, аминопенициллин в сочетании с ингибитором бета-лактамазы, цефалоспорины II или III поколений или аминогликозид для парентеральной терапии.

При неэффективности начатой терапии или в случае очень тяжелой инфекции следует выбрать антибиотик с более широким спектром, активным и в отношении *Pseudomonas*, например фторхинолон (если не использовался сначала), ациламинопенициллин (пиперациллин) с ингибитором бета-лактамаз, цефалоспирин группы 3b или карбапенем в комбинации с аминогликозидом или без него.

Обычная продолжительность лечения составляет 7-14 дней, но иногда она может быть увеличена до 21 дня.

До полного устранения предрасполагающих факторов обычно невозможно добиться полного излечения, т. е. без рецидивов инфекции.

Через 5-9 дней после окончания терапии и потом еще через 4-6 недель необходимо провести повторный посев мочи для обнаружения роста бактерий.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Осложненные ИМП могут возникать у очень неоднородной группы пациентов. Но ни возраст, ни пол пациента не являются частью определения осложненной ИМП. С точки зрения прогноза и результатов имеющихся клинических исследований целесообразно разделить осложненные ИМП как минимум на две группы.

1. ИМП у пациентов, у которых осложняющие факторы можно устранить соответствующим лечением, например удалением мочевого камня, удалением временно установленного катетера.

2. ИМП у пациентов, у которых невозможно полностью устранить осложняющие факторы, например при постоянно установленном катетере, остатках камней после лечения или нейрогенном мочевом пузыре.

Кроме истинных урологических расстройств, при осложненных ИМП могут присутствовать такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет (10%) и почечная недостаточность (5%).

МИКРОБИОЛОГИЯ

Спектр действия антибиотиков и антибактериальная резистентность

Обнаружение резистентного штамма возбудителя само по себе недостаточное основание для постанов-

У мужчин бактерии преимущественно проникают через просвет катетера и ретроградно через собирающую систему, т. е. речь идет о восходящем проникновении инфекции против тока мочи. Пробки дренажной системы часто оказываются контаминированы бактериями. Их частое открытие или разъединение элементов дренажной системы для промывки мочевого пузыря или для сбора мочи могут способствовать проникновению бактерий внутрь системы.

ки диагноза осложненной ИМП. Для этого диагноза необходимо наличие анатомических или функциональных нарушений мочевыделительной системы или сопутствующих предрасполагающих к ИМП заболеваний.

ИМП могут вызываться широким спектром бактерий. Он намного шире, чем спектр возбудителей неосложненных ИМП, а вероятность наличия резистентности к антибиотикам у бактерий намного выше (особенно при ИМП, связанных с каким-либо лечением). *Escherichia coli*, штаммы *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Serratia* и энтеробактерии – обычно высеваемые бактерии при осложненных ИМП. Большую часть среди них (60-75%) составляют энтеробактерии, а среди этой группы микробов самым частым возбудителем инфекций является *E. coli*, особенно при первых эпизодах ИМП. Впрочем, спектр возбудителей этих инфекций не постоянен и может быть абсолютно разным в разных лечебных учреждениях.

Осложненные ИМП, связанные с мочекаменной болезнью

Среди пациентов с коралловидными камнями при установке диагноза в 88% случаев также диагностируется ИМП, и в 82% возбудителями инфекции являются продуцирующие протеазу микроорганизмы. Фермент уреазы расщепляет мочевины до углекислого газа и аммиака. Повышенное содержание аммиака в моче разрушает защитный слой гликозаминогликанов (ГАГ), что способствует адгезии бактериальных клеток и повышает образование кристаллов струвита. Из этих кристаллов формируются мочевиновые камни и отложения на мочевых катетерах.

Патогенный потенциал коагулазонегативных стафилококков и стрептококков не из группы D остается спорным. При некоторых условиях, таких, как наличие камней или инородных тел, стафилококки могут оказаться патогенетически значимыми микроорганизмами. В остальных случаях, согласно опубликованным данным, стафилококки не часто вызывают осложненные ИМП (0-11%).

ЛЕЧЕНИЕ **Основные принципы**

Информация о наличии бактериемии обычно поступает достаточно поздно для того, чтобы оказать влияние на выбор антибактериального препарата. Тем не менее подозрение на бактериемию сказывается на выборе антибиотика для эмпирического лечения. Наибольшее значение для прогноза все же имеет тяжесть основного урологического и сопутствующего заболеваний.

По применению специфических противомикробных препаратов при осложненных ИМП были опубликованы результаты многих клинических испытаний. К сожалению, большинство из этих данных не могут быть полностью использованы в повседневной клинической практике по ряду причин:

- из-за недостаточного описания выборки пациентов;
- из-за неточной оценки степени тяжести инфекционного заболевания;
- из-за неточной диагностики нозокомиальных и внебольничных инфекций;
- урологические исходы редко принимались во внимание.

Интенсивное использование антибиотиков, особенно эмпирически, у этого контингента пациентов с высокой вероятностью рецидива инфекции приведет к быстрому появлению устойчивых микроорганизмов. В связи с этим при каждой возможности эмпирическую терапию следует заменять лечением в соответствии со специфическим выделенным возбудителем. Поэтому до начала введения антибиотика необходимо получить порцию мочи для бактериологического исследования, а после получения результатов сразу сменить препарат в соответствии

с чувствительностью выделенного микроорганизма. Пока не было четко доказано, что какой-либо антибиотик или класс антибиотиков обладает преимуществами в случаях с инфицированием бактериями, чувствительными к вводимому препарату.

У пациентов с почечной недостаточностью, независимо от наличия сопутствующих урологических проблем, необходимо корректировать дозы вводимых препаратов.

При необходимости проведения эмпирической терапии предпочтение следует отдать фторхинолонам с преимущественным выведением через почки, поскольку эти препараты обладают достаточно широким антибактериальным спектром действия, в который входят наиболее ожидаемые возбудители. Кроме этого, такие фторхинолоны достигают высоких концентраций как в моче, так и в тканях мочеполовой системы. Фторхинолоны можно вводить как перорально, так и парентерально. Альтернативными вариантами лечения могут стать аминопенициллин в сочетании с ингибитором бета-лактамаз, цефалоспорин из групп II или IIIa, или аминогликозиды – при необходимости парентеральной терапии. В одном проспективном рандомизированном исследовании было доказано, что новый карбапенем I группы для перорального приема – эртапенем обладает такой же эффективностью, что и цефтриаксон.

Каждый раз, когда антибиотикотерапия назначается по поводу клинически проявляющейся инфекции на фоне установленного катетера, по возможности следует провести посев мочи и сменить катетер.

Таблица 1. Факторы, потенциально обуславливающие осложненные ИМП

Постоянно установленный катетер, стент или сплинт (фиксатор) (уретральный, мочеточниковый, почечный) или периодическая катетеризация мочевого пузыря
Объем остаточной мочи в мочевом пузыре > 100 мл
Обструктивная уропатия любой этиологии, например, обструкция выводящего отверстия мочевого пузыря (в том числе нейрогенный мочевой пузырь), камни и опухоли
Везико-уретральный рефлюкс и другие функциональные расстройства
Модификации мочевого тракта, такие, как подвздошная петля или мешок
Химические или лучевые повреждения уретеры
Пери- и постоперационные ИМП
Почечная недостаточность и пересадка почек, сахарный диабет и иммунодефицит

Таблица 2. Варианты противомикробной терапии

Антибиотики, рекомендованные для начала эмпирической терапии

Фторхинолоны

Аминопенициллин плюс ИБЛ

Цефалоспорины (из группы II или IIIa)

Аминогликозид

Антибиотики, рекомендуемые для эмпирической терапии при неэффективности начатого лечения или в тяжелых случаях

Фторхинолоны (если не использовались для начальной терапии)

Уропенициллин (пиперациллин) плюс ИБЛ

Цефалоспорины (группа IIIb)

Карбапенем

Комбинированная терапия:

Аминогликозид + ИБЛ

Аминогликозид + фторхинолон

Антибиотики, не рекомендованные для эмпирической терапии

Аминопенициллины, например амоксициллин, ампициллин

Триметоприм-сульфаметоксазол (только при доказанной чувствительности возбудителя)

Фосфомицина трометамол

ИБЛ = ингибитор бета-лактамазы

В большинстве стран достаточно высока частота резистентности *E. coli* к ТМП-СМК (по последним данным, в Америке – 18%), в связи с этим препарат не следует использовать для терапии первого ряда. Фосфомицина трометамол зарегистрирован только для лечения неосложненного цистита приемом одной дозы. Аминопенициллины, ампициллин или амоксициллин более не эффективны в отношении *E. coli*.

При неэффективности начатой терапии или до получения результатов микробиологического исследования, а также при тяжелых инфекциях целесообразно перейти на антибиотик с более широким спектром действия, в который также входит *Pseudomonas*, например фторхинолон (если он не был использован в качестве стартовой терапии), ациламинопенициллин (пиперациллин) в сочетании с ингибитором бета-лактамаз, цефалоспорины группы IIIb, или карбапенем, воз-

можно в сочетании с аминогликозидом. Аналогичным образом многие эксперты сходятся во мнении о том, что эмпирическая терапия серьезных ИМП у пациентов, находящихся в медицинских учреждениях, из-за повышенного риска развития уросепсиса должна включать в себя внутривенное введение препаратов, активных в отношении синегнойной палочки.

Лечение обычно можно проводить в амбулаторных условиях. В более тяжелых случаях (например, при инфекциях у госпитализированных пациентов) антибиотики должны вводиться парентерально. В качестве эмпирической терапии широко используется комбинация аминогликозида с ингибитором бета-лактамаз или фторхинолон. Через несколько дней парентеральной терапии при клиническом улучшении пациента можно перейти на прием препаратов внутрь. При получении информации о вы-

деленном возбудителе и его чувствительности к антибиотикам следует соответствующим образом скорректировать проводимую терапию.

Для успешного лечения осложненных ИМП всегда необходимо сочетание эффективной противомикробной терапии с оптимальным лечением урологических нарушений или других фоновых заболеваний, а также другие адекватные поддерживающие мероприятия. Варианты противомикробной терапии суммированы в таблице 2.

Клинически проявляющаяся осложненная ИМП на фоне установленного катетера лечится препаратами с как можно более узким спектром действия, который, по возможности, выбирается на основании результатов определения антибиотикочувствительности. Оптимальная длительность лечения четко не определена. Слишком короткий курс терапии, как и слишком длинный, могут вызывать появление резистентных штаммов. В качестве разумного компромисса можно предложить 7-дневную продолжительность лечения.

Общепринято, что бессимптомная бактериурия у таких пациентов не требует лечения, даже в случаях периодической катетеризации. По эпизодам инфекции, сопровождающимся клиническими симптомами, у пациентов со спинномозговыми повреждениями существует всего несколько исследований, искавших оптимальный препарат и оптимальную длительность лечения. В настоящее время чаще всего прибегают к 7-10-дневным курсам терапии. Для этой группы пациентов не выделен наиболее предпочтительный препарат или класс препаратов.

ИМП, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ КАТЕТЕРИЗАЦИЕЙ

Ведущий фактор риска развития бактериурии, связанной с установкой катетера, – это длительная катетеризация, когда ежедневно инфицируются 5% пациентов. Таким образом, уже через 30 дней после установки катетера бактериурия разовьется у большинства пациентов. Именно по этому времени катетеризацию разделяют на непродолжительную и длительную.

Клинически проявляющаяся осложненная ИМП на фоне установленного катетера лечится препаратами с как можно более узким спектром действия, который, по возможности, выбирается на основании результатов определения антибиотикочувствительности. Оптимальная длительность лечения четко не определена.

Большинство эпизодов бактериурии на фоне непродолжительного установленного катетера протекают бессимптомно и обусловлены одним видом возбудителя. Если катетер установлен им на более 30 дней, возможно присоединение других микроорганизмов.

Клиницисту следует помнить о двух моментах: система катетера должна оставаться закрытой, и срок, на который устанавливается катетер, должен быть минимальным.

Пока катетер сохраняется в месте установки, назначение системной противомикробной терапии при бессимптомной бактериурии не рекомендуется. Однако существует ряд исключений из этого положения:

- пациенты с риском прогрессирования процесса до тяжелых инфекционных осложнений;
- пациенты, подвергающиеся урологическим хирургическим вмешательствам;
- имплантация протезов;
- инфицирование штаммами бактерий, обычно вызывающих бактериемию;
- специфические инфекции с клиническими симптомами (пиелонефрит, эпидидимит);
- неспецифическое заболевание с лихорадкой, предположительно обусловленное уропатогенной бактериемией, после исключения других причин инфекции.

Антибиотикотерапия должна проводиться в соответствии с результатами определения чувствительности возбудителей к антибиотикам. Поэтому перед назначением любого антибиотика необходимо получить порцию мочи для микробиологического исследования. При малой вероятности бактериемии достаточно проведения короткого курса лечения (5-7 дней). При подозрении на системную инфекцию требуется более продолжительное лечение. Длительное применение антибиотиков с целью профилактики всегда противопоказано. Введение антибиотика по катетеру не эффективно. Каждый раз, когда антибиотикотерапия назначается по поводу клинически проявляющейся инфекции на фоне установленного катетера, по возможности следует провести посев мочи и сменить катетер.

Точно также выделение культуры бактерий из мочи всегда необходимо после окончания катетеризации. После удаления или смены катетера возможно назначение однократной дозы или короткого курса антибиотика, что продолжает обсуждаться.

У пациентов с установленным катетером без каких-либо клинических симптомов рутинное проведение посева мочи не рекомендуется.

Медицинский персонал всегда должен помнить о риске передачи инфекции от одного больного к другому, поэтому необходимо всегда соблюдать правила обработки рук и пользоваться одноразовыми перчатками.

Клиницисты должны рассматривать и другие, альтернативные катетеризации методы лечения, которые несут меньший риск развития бессимптомных инфекций (например, надлобковая катетеризация мочевого пузыря, дренажные системы, периодическая катетеризация).

У небольшой части пациентов можно применять специальный невозвратный клапан, опорожняющий закрытый дренажный пакет. Интуитивно такие пациенты меняют удобство опорожнения «по требованию» и возможные преимущества непродолжительного расширения мочевого пузыря на повышенный риск серьезной инфекции. Пациенты с уретральным катетером, установленным в течение 5 лет и более, должны ежегодно проходить скрининговое обследование для исключения рака мочевого пузыря.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В 1920-х годах Фолей (Foley) предложил самоудерживающийся катетер. Однако первоначально он применялся с открытым дренажем, и к концу четвертого дня бактериурия становилась универсальным явлением. С появлением и развитием технологии пластических материалов были разработаны удобные приемники и закрытые системы катетеризации. Развитие бактериурии стало более отсроченным, но оставалось постоянным явлением после 30 дней катетеризации. Ни одного контролируемого исследования по сравнению открытых и закрытых дренажных систем никогда не про-

водилось. Однако очень скоро стало очевидно, что нет смысла оспаривать очевидное, и закрытые системы стали стандартом катетеризации. Интересно отметить, что в последнее время наблюдается некоторое смягчение принципов закры-

При необходимости проведения эмпирической терапии предпочтение следует отдать фторхинолонам с преимущественным выведением через почки, поскольку эти препараты обладают достаточно широким антибактериальным спектром действия, в который входят наиболее ожидаемые возбудители.

той дренажной системы, что связано с разработкой так называемого «прыгающего» клапана (*англ.* flip valve), который позволяет пациенту произвольно выпускать мочу через открытый катетер.

РИСК БАКТЕРИУРИИ Патогенез

Уретральный катетер может подавлять или «обходить» некоторые механизмы защиты хозяина (например, гликозоаминогликановый слой, образование биопленок), которые в норме препятствуют или сводят к минимуму взаимодействие бактериальных клеток с эпителием.

Бактерии могут проникать в мочевыводящие пути следующими способами.

У мужчин бактерии преимущественно проникают через просвет катетера и ретроградно через собирающую систему, т. е. речь идет о восходящем проникновении инфекции против тока мочи. Пробки дренажной системы часто оказываются контаминированы бактериями. Их частое открытие или разъединение элементов дренажной системы для промывки мочевого пузыря или для сбора мочи могут способствовать проникновению бактерий внутрь системы.

Биопленка состоит из трех слоев: а) связующей пленки, прикрепленной к поверхности ткани или биоматериала, б) основы и в) поверхностной пленки, смежной с

просветом органа, в который могут высвободиться планктонные микроорганизмы. Эти организмы часто происходят из субклеточных фрагментов, растущих в базальном слое. Микроорганизмы внутри биопленок оказываются хорошо защищенными от механического тока мочи, защитных механизмов хозяина и действия антибиотиков. Обычные лабораторные тесты, конечно, без труда могут выявить в моче или иногда в тканях планктонные, свободно плавающие бактерии. Тем не менее бактериальные фрагменты из структур биопленок не будут давать роста на стандартных средах.

МЕТОДЫ КАТЕТЕРИЗАЦИИ И РИСК ИМП

Частота возникновения бактериемии очень высока у пациентов с длительно установленным катетером, подвергающихся эндоскопическим хирургическим вмешательствам, например ТУРП.

Несмотря на большую распространенность бактериурии среди пациентов с длительно установленным катетером, симптомы заболевания вследствие восходящей инфекции либо бактериемии появляются на удивление редко. В продолжительных исследованиях было показано, что ИМП являются причиной повышения температуры тела только в менее 10% случаев. Таким образом, если у катетеризованного пациента появляется высокая температура, прежде всего необходимо исключить другие причины лихорадки.

Транзиторная бессимптомная бактериемия – распространенное явление при первичной установке катетера или при его замене у хронически катетеризованных пациентов. Достаточно удивителен тот факт, что риск бактериемии при первичной установке катетера оказывается одинаковым как в случаях уже имеющих ИМП (7%), так и в случаях исходно стерильной мочи (8,2%). Относительно малая частота разви-

тия фебрильных ИМП и бактериемии может быть обусловлена инфицированием менее вирулентными микробами. Например, при инфекции на фоне катетеризации, вызванной *E. coli*, у микроорганизмов *E. coli* выявляется недостаток Р-фимбрий.

Доказательства того, что катетеризация является фактором риска серьезной заболеваемости или смертности, оказываются парадоксальным образом двусмысленными. Несомненен тот факт, что частота смертей после ТУРП и аналогичных операций у катетеризованных пациентов примерно в два раза выше. В то же время данные Национального исследования по выживаемости при инфекционных заболеваниях (National Infections Surveillance survey) и данные из других источников свидетельствуют о том, что связанные с катетеризацией инфекции несут низкий риск смерти даже у пожилых пациентов. Исследования, посвященные госпитальной бактериемии на фоне катетеризации, демонстрируют, что связанный с ней уровень летальности варьируется между 9% и 13%. Другие факторы риска включают в себя тяжесть сопутствующего заболевания при адекватной антибиотикотерапии, наличие инфекции другой локализации, возможное наличие невыявленных урологических нарушений.

Очевиден тот факт, что установленный на длительное время катетер может приводить к продолжительным периодам обструкции нижних отделов мочевыводящего тракта вследствие закупорки самого катетера, образования мочевых камней, эпидидимита, простатита и абсцесса мошонки. Тем не менее у более чем 30% пациентов, умерших при длительно установленном катетере и без лихорадки в момент смерти, при вскрытии обнаруживают признаки острого пиелонефрита.

Примерно у 50% пациентов с ка-

тетером, установленным на срок более 28 дней, развиваются повторные эпизоды камнеобразования и закупорки катетера. Периодически повторяющаяся задержка оттока мочи может привести к формированию ВУР и развитию осложненной восходящей инфекции. К возбудителям таких инфекций часто относят *P. mirabilis* за счет его выраженной способности вырабатывать уреазу, ускоряющую развитие струвитных камней путем гидролиза мочевины до аммиака.

Катетеризация мочевого пузыря продолжительностью более 10 лет, например, у пациентов с повреждением спинного мозга, повышает риск развития рака мочевого пузыря.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДРЕНАЖА МОЧИ

В одном рандомизированном исследовании не было выявлено различий в частоте развития клинически проявляющихся ИМП между чистой и стерильной периодической катетеризацией, хотя очевидно, что первый вариант является менее дорогостоящим. У пациентов с неспинальными повреждениями частота развития ИМП оказалась ниже при стерильной периодической катетеризации, чем при нестерильной. Европейская ассоциация урологов рекомендует асептическую периодическую катетеризацию в качестве метода выбора у пациентов с нейрогенной дисфункцией нижних отделов мочевыводящего тракта. Преимущества профилактического назначения антибиотиков и антибактериальных веществ, таких, как метенамин, а также инстилляции йод-повидона и хлоргексидина ни разу не были доказаны.

Бактериурия, которая чаще протекает бессимптомно, развивается у 10-35% пациентов. В мочеиспускательный канал также устанавливают окклюзионные приспособления для лечения истинного стрессового недержания мочи. Удовлетворительный контроль достигается примерно у 50% пациентов.

Интенсивное использование антибиотиков, особенно эмпирически, у контингента пациентов с высокой вероятностью рецидива инфекции приведет к быстрому появлению устойчивых микроорганизмов.

ПРОФИЛАКТИКА БАКТЕРИУРИИ, СВЯЗАННОЙ С КАТЕТЕРИЗАЦИЕЙ

Уход за катетером

Пока не достигнут консенсус по вопросу о том, с какой периодичностью необходимо менять установленный катетер. Время замены катетера может оговариваться производителем в прилагаемой к катетеру инструкции или условиями гарантии. При негерметичности или неправильной работе катетера интервал замены может оказаться короче. Смену катетеров всегда необходимо проводить в условиях парентерального введения высоких доз антибиотиков широкого спектра действия, которые также необходимы при наличии инфекции, сопровождающейся подъемом температуры тела. После удаления катетера необходимо провести бактериологическое исследование мочи.

Местная воспалительная реакция и некроз тканей в большей степени вероятны при использовании катетеров из натуральной резины, в меньшей степени – при применении латексных катетеров и минимальны для силиконовых катетеров. Латексные катетеры самые дорогие, хотя более удобны и поэтому наиболее рекомендуются для длительного использования. Силикон менее подвержен инкрустации, чем латекс. Тефлон и даже латекс с силиконовым покрытием еще более склонны к инкрустации. В другие технологические разработки входит включение биоцидов или антибиотиков в материал, из которого изготовлен катетер, или создание материалов с поверхностными свойствами, препятствующими адгезии бактериальных клеток. Тонкий слой полимерного матрикса на поверхности биоматериала может обеспечивать дозированное высвобождение препаратов в мочу. К сожалению, какой бы ни был препарат, такие специальные катетеры не обеспечивают надежной длительной профилактики бактериурии, но могут с успехом применяться для непродолжительной катетеризации, особенно в отделении интенсивной терапии.

Покрытие из оксида серебра может на непродолжительное время откладывать развитие бактериурии, но катетеры с покрытием из сплава серебра, по-видимому, более эф-

фективно препятствуют осаждению мембранных белков бактерий и колонизации микробов. Ионы серебра в оболочке обладают бактериостатическим действием, а в высоких концентрациях серебро может быть бактерицидным. Покрытия с фосфорилхолином и гепарином также могут препятствовать инкрустации и образованию биопленок.

И, наконец, имеется возможность применения постоянного электрического тока на поверхности катетера (т. е., создание электромеханической диссоциации), хотя для клинического применения подобные устройства пока не разработаны.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение бессимптомной бактериурии

В целом, бессимптомную бактериурию лечить не следует, поскольку это только приведет к отбору устойчивых к антибиотикам штаммов микроорганизмов. Конечно, в некоторых ситуациях возможны исключения из этого правила:

а) лечение может быть составной частью контроля нозокомиальной инфекции, вызванной особо вирулентным микроорганизмом, выделяемым в данном лечебном учреждении;

б) у пациентов с высоким риском серьезных осложнений (при гранулоцитопении);

с) у пациентов, подвергающихся урологическим хирургическим вмешательствам, или перед имплантацией протезов;

е) у пациентов, инфицированных штаммами, часто вызывающими бактериемию, например *Serratia marcescens*.

Лечение ИМП, сопровождающейся клиническими симптомами

Обычно применяют антибиотики широкого спектра действия. Если в моче обнаруживаются грамположительные кокки, можно применять аминогликозиды в монотерапии. Препарат может быть изменен после получения результатов чувствительности возбудителя к антибиотикам. Как правило, лечение проводится в течение 10-14 дней.

При отрицательных результатах бактериологического исследова-


ния и/или несильной выраженности симптомов инфекции пациенту можно назначить короткий курс лечения пероральными антибиотиками (3-5 дней). Это обычно приводит к стерилизации мочи без появления резистентных штаммов бактерий.

Информация о наличии бактериемии обычно поступает достаточно поздно для того, чтобы оказать влияние на выбор антибактериального препарата. Тем не менее подозрение на бактериемию сказывается на выборе антибиотика для эмпирического лечения. Наибольшее значение для прогноза все же имеют тяжесть основного урологического и сопутствующего заболеваний.

В редких случаях диагностируется кандидозная инфекция, которая обычно протекает бессимптомно и проходит самостоятельно без лечения. При наличии осложненной грибковой инфекции может быть показана системная терапия амфотерицином или флуконазолом.

Длительная терапия антибиотиками не эффективна, поскольку катетер сам по себе является инородным телом. При этом моча не может оставаться стерильной постоянно.

Профилактика перекрестной инфекции

Периуретральная бактериальная флора слизистой оболочки, поверхностей катетера и дренажной системы, резервуар с контаминированной мочой и кожа пациента являются источниками инфекции, которая легко может передаваться контактным путем через руки медицинского персонала. Риск заражения может быть уменьшен, если к уходу за катетером применять те же подходы, что и к инфицированной ране, то есть пользоваться одноразовыми стерильными перчатками и обрабатывать руки антисептиками. Возможно, следует рассмотреть вопрос о введении антимикробных препаратов в дренажные пакеты для сбора мочи или о пероральном применении метенамина, который теоретически приводит к высвобождению в мочу формальдегида. 

Т.С. ПЕРЕПАНОВА,
Д.М.Н.

В.П. КОМАРОВА

Особенности функциональных нарушений при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (фармакоэкономический анализ)

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является медленно прогрессирующим заболеванием, клиническая картина которого характеризуется волнообразным течением и может сопровождаться периодами симптоматического ухудшения, стабилизации или улучшения. Этапы развития ДГПЖ представляют длительный процесс и продолжаются десятилетиями.



Начальные изменения от первичных узелков и дальнейшей пролиферации железистых структур простаты с годами увеличиваются в размерах и становятся макроскопическими. Однако эти изменения не всегда сопровождаются клиническими симптомами.

При выраженной инфравезикальной обструкции, которая приводит к постепенному повышению внутрипузырного давления, возможно и нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей, возникновение атонии мочевых путей и мочепузырно-мочеточниковых рефлюксов, уретерогидронефроза и хронической почечной недостаточности. Своевременное устранение обструкции и восстановление нормального пассажа мочи благоприятствуют нормализации функ-

ции почек у большинства больных ДГПЖ.

Ведение больных ДГПЖ в зависимости от выраженности симптомов нарушения мочеиспускания (СНМП) включает как «бдительное наблюдение», оперативное лечение, так и фармакотерапию. При «бдительном наблюдении» пациент с легкими симптомами ДГПЖ/СНМП периодически (1-2 раза в год) проходит обследование у уролога. Оперативное лечение по поводу ДГПЖ/СНМП включает как открытые и трансуретральные операции, так и малоинвазивные вмешательства.

Из лекарственных препаратов, отобранных с позиций доказательной медицины для фармакотерапии ДГПЖ/СНМП, имеют значение II группы препаратов: ингибиторы 5 α -редуктазы и α -1 адреноблокаторы. Различные фитопрепараты, применяемые для лечения ДГПЖ, являются многокомпонентными, поэтому трудно выделить активное действующее вещество, тем более что различные травы экстрактируются разными способами. По применению фитопрепаратов имеется небольшое количество рандомизированных клинических

исследований, малые сроки применения (2).

Наиболее изученным и широко применяемым ингибитором 5 α -редуктазы является финастерид, блокирующий на уровне предстательной железы превращение тестостерона в ДГТ. Препарат хорошо переносится и не обладает побочными эффектами, характерными для гормональных средств. Действие ЛС в большей степени направлено на уменьшение механического компонента обструкции и связано с уменьшением объема простаты. Наилучшие результаты наблюдаются у пациентов с большими объемами простаты (> 40 г), в структуре которой преобладает эпителиальная ткань. У пациентов, получающих финастерид не менее 6 месяцев, отмечается снижение уровня ДГТ на 70-80%, уровня ПСА, на 50-60% и уменьшение объема предстательной железы, на 20-30%. СНМП улучшаются у 40-60% больных, увеличивается максимальная скорость потока мочи на 1,6-2,6 мл/с. Однако для купирования острой задержки мочеиспускания (ОЗМ) финастерид не пригоден, т. к. эффективность его применения достигается не ранее, чем через 6-12 месяцев. В то же время длительный прием финастерида позволяет уменьшить риск возникновения ОЗМ и необходимости операции (2). Дутастерид является ингибитором изоферментов 5 α -редуктазы I и II типов, в связи с чем отмечается более быстрый эффект лечения: уменьшение объема простаты (свыше 20%) отмечается через 1-3 месяца. Из нежелатель-

Из лекарственных препаратов, отобранных с позиций доказательной медицины для фармакотерапии ДГПЖ/СНМП, имеют значение II группы препаратов: ингибиторы 5 α -редуктазы и α -1 адреноблокаторы. Различные фитопрепараты, применяемые для лечения ДГПЖ, являются многокомпонентными, поэтому трудно выделить активное действующее вещество, тем более что различные травы экстрактируются разными способами.

ных побочных действий ингибиторов 5 α -редуктазы – снижение либидо (3,7-6,4%) и эректильная дисфункция (6-8%).

Инфравезикальная обструкция при ДГПЖ определяется не только статическим компонентом – в результате механического сдавления уретры гиперплазированной тканью предстательной железы, но и динамическим, обусловленным гиперактивностью α -адренорецепторов шейки мочевого пузыря, простатического отдела уретры и простаты. Около 40% уретрально-сопротивления отводят на долю динамического компонента, таким образом, фармакологической блокадой α -адренорецепторов можно реально уменьшить симптомы обструкции. α -адренорецепторы являются конечным звеном симпатического отдела вегетативной нервной системы. Симпатические волокна распределяются в мочевом пузыре неравномерно. В области шейки мочевого пузыря их больше, далее – в области тела, в апикальной части, в правой и левой стенках мочевого пузыря. В мочевом пузыре обнаружены оба типа (α и β) адренорецепторов, в то время как повышение тонуса гладкой мускулатуры шейки, уретры, простаты связано с α -1адренорецепторами, имеющими здесь высокую плотность. Различают подтипы α -1адренорецепторов – А, В, D. В простате 69,3% α -1 адренорецепторов относится к подтипу А, при ДГПЖ их значительно больше – до 85% (5).

Известно, что инфравезикальная обструкция при ДГПЖ имеет четко выраженный симпатозависимый компонент. Уретральная обструкция вне зависимости от механизмов ее возникновения (механический, динамический) создает лишь условия для нарушения мочеиспускания на уровне нижних отделов мочевых путей. Клиническая симптоматика формируется при вовлечении в патологический процесс мышцы детрузора. Механизм преодоления инфравезикальной обструкции остается не до конца выясненным. При электронно-микроскопических исследованиях уста-

новлено, что миогипертрофия стенок мочевого пузыря, которую принято считать компенсаторного характера, на самом деле сопровождается коллагеновой инфильтрацией, что приводит к слабой сократительной способности. Задержка мочи может быть первым проявлением обструкции уретры при ДГПЖ – это следствие не только слабого, но и сильного сокращения детрузора при микции, которое угасает еще до того, как завершится опорожнение мочевого пузыря (5). Таким образом, симптоматика нарушений мочеиспускания у больных ДГПЖ не может быть объяснима только обструкцией задней уретры увеличенной простатой. Нарушения внутриорганного пузырного кровообращения, гипоксия, ишемия стенки мочевого пузыря могут приводить как к гипер- так и к гипорексии мочевого пузыря. Декомпенсацию детрузора при ДГПЖ обычно рассматривают как итог длительно существующей уретральной обструкции, без учета нарушения его энергетического метаболизма. Причинами нарушения энергетического метаболизма и функции детрузора могут быть как повышение активности симпатической нервной системы (что наблюдается с возрастом), расстройства органного кровообращения, авитаминоза (группа В), так и, конечно, обструктивные нарушения уродинамики.

Своевременное выявление характера уродинамических нарушений и в первую очередь гиперактивности детрузора у больных ДГПЖ имеет важное практическое значение. У 25-30% оперированных больных уродинамические показатели до операции не подтверждают инфравезикальную обструкцию. Примерно столько же больных со сниженной сократительной способностью детрузора без признаков обструкции подвергаются операции – аденомэктомии (простатэктомии) или трансуретральной резекции предстательной железы. Гиперактивность детрузора исчезает у 60% больных ДГПЖ после хирургической ликвидации препятствия к оттоку мочи. В то же

время у 15-20% больных ДГПЖ после операции сохраняются симптомы нарушенного мочеиспускания:

Декомпенсацию детрузора при ДГПЖ обычно рассматривают как итог длительно существующей уретральной обструкции, без учета нарушения его энергетического метаболизма. Причинами нарушения энергетического метаболизма и функции детрузора могут быть как повышение активности симпатической нервной системы (что наблюдается с возрастом), расстройства органного кровообращения, авитаминоза (группа В), так и конечно, обструктивные нарушения уродинамики.

дневная и ночная поллакиурия, повелительные позывы, императивное недержание мочи (1).

Эффект лечения селективными α -1адреноблокаторами связан с ограничением влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы на мочевой пузырь, простату, уретру, шейку мочевого пузыря путем блокады α -1 адренорецепторов.

В мире имеется большой опыт по применению селективных α -1 адреноблокаторов (альфузозин, доксазозин, теразозин, тамсулозин) в лечении ДГПЖ/СНМП. Показана их клиническая эффективность через 1-2 недели применения, отмечается уменьшение степени выраженности расстройств мочеиспускания (по шкале IPSS) в среднем на 40-60%, улучшение качества жизни вдвое, снижается риск развития острой задержки мочеиспускания и оперативного лечения (2). По данным уродинамического обследования отмечено снижение уретрального сопротивления, и увеличение максимальной скорости потока мочи в пределах 1-3,5 мл/с; уменьшение количества остаточной мочи на 50%, снижение микционного давления на треть. Отсутствие эффекта лечения в течение 2-3 месяцев является основанием для пересмотра терапии. У пациентов с ДГПЖ и с артериальной гипертензией α -1адреноблокаторы приводят к существенному снижению артериального давления, вернее, к

Таблица 1. Основные причины возникновения ОЗМ у мужчин

Причина	Частота возникновения, %
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	53,0
Запоры	7,5
Рак предстательной железы	7,0
Стриктура уретры	3,5
Сгустки крови в мочевом пузыре (тампонада)	3,0
Неврологические заболевания	2,0
Послеоперационная ОЗМ	2,0
Камни мочевых путей	2,0
Действие лекарственных препаратов	2,0
Инфекционно-воспалительные заболевания	2,0
Иные, в том числе неустановленной причины	16,0

его нормализации, в то время как у пациентов с нормальными цифрами артериального давления гипотензивный эффект практически отсутствует. Однако у части пациентов симптоматическое улучшение отмечается без прямой связи с увеличением потока мочи, т. е. без заметного влияния на обструкцию. Очевидно, препараты действуют на кровообращение и функции детрузора, что приводит к увеличению его адапционных свойств и резервуарной функции мочевого пузыря.

Грозным осложнением ДГПЖ/СНМП является острая задержка мочеиспускания (ОЗМ), требующая принятия неотложных мер: катетеризации мочевого пузыря; троакарной эпицистостомии или экстренного оперативного вмешательства.

При острой задержке мочеиспускания, обусловленной ДГПЖ (ОЗМ/ДГПЖ), структурно-функциональные изменения детрузора обструктивного характера могут заметно усугубляться стрессорными (прямым катехоламиновым воздействием) и ишемическими (вследствие спазма сосудов)

повреждениями гладкомышечных элементов мочевого пузыря. При ОЗМ/ДГПЖ мочевой пузырь испытывает повышенное воздействие катехоламинов с последующим истощением их запасов в окончаниях симпатических нервов, которое сопровождается прогрессирующим угнетением его биоэнергетики и расстройствами функции.

ОЗМ в одних случаях это кульминация обструктивного процесса в сочетании с декомпенсацией сократительной способности детрузора, в других ОЗМ развивается внезапно, на фоне умеренно выраженных симптомов нарушенного мочеиспускания, а иногда становится первым клиническим проявлением ДГПЖ.

Данные эпидемиологических исследований связывают увеличение риска развития ОЗМ (почти в 3-4 раза) с увеличением объема предстательной железы (>40 мл) и с показателями простат-специфического антигена (ПСА>1,4 ннг/мл) (7). Риск развития ОЗМ также увеличивается с возрастом и с выраженностью симптомов нарушения мочеиспускания, что оценивают по различным международным опросникам (IPSS, AUA, Boyarsky). Вероятность развития ОЗМ у мужчин старше 70 лет в 8 раз выше, чем у 40-летних. Основные причины возникновения ОЗМ у мужчин представлены в таблице 1.

Основным лечебным мероприятием для разрешения ОЗМ является катетеризация мочевого пузыря – быстрый и эффективный способ эвакуации мочи из мочевого пузыря. При невозможности катетеризации мочевого пузыря через уретру производят эпицистостомию, либо пункционную, либо при открытом оперативном вмешательстве. В то же время известно, что ОЗМ/ДГПЖ служит причи-

ной выполнения экстренной операции каждой третьей трансуретральной резекции простаты (ТУР) или открытой аденом-простатэктомии. Выполнение операции на фоне ОЗМ сопряжено с высоким риском возникновения осложнений (6):

- интраоперационных – 1,8 (1,3-2,5%);
- гемотрансфузии – 2,5 (1,8-3,3%);
- послеоперационные – 1,6 (1,2-2,0%);
- смертность в последующие 30 дней – 0,7-3,3% (1,2-9,3) по сравнению с 0,2% (больные без ОЗМ).

Проведенными ранее клиническими исследованиями показана эффективность восстановления самостоятельного мочеиспускания после катетеризации мочевого пузыря уретральным катетером у больных ОЗМ/ДГПЖ после однократной катетеризации – у 28% пациентов, после установки катетера на 2 дня – у 51%, после 7-дневной постоянной катетеризации – у 62% пациентов (7). Однако риск развития инфекционно-воспалительных осложнений после длительных катетеризаций мочевого пузыря велик, что не позволяет произвести отсроченное оперативное вмешательство и вынуждает направлять пациентов на амбулаторное лечение с эпицистостомическим дренажом на длительное время, до ликвидации воспалительных явлений.

Длительный международный опыт применения α -1-адреноблокаторов у больных с СНМП/ДГПЖ помимо эффективности и безопасности лечения показал, что практически не было отмечено развития острой задержки мочеиспускания у пациентов, постоянно принимающих α -1 адреноблокаторы (2). Более того, профилактический прием α -1-адреноблокаторов за 5 дней до и 3 дня после хирургических операций у больных с ДГПЖ, оперированных на других органах, позволил уменьшить риск развития ОЗМ в послеоперационном периоде: 2,7% против 19% в контрольной группе. По данным S.F. McNeill (11) у 55% больных, поступивших с ОЗМ/ДГПЖ и получавших альфузозин,

При расчете стоимости курса лечения следует учитывать все затраты, понесенные за соответствующий период времени, т. к. применение какого-либо лекарственного средства может увеличить смету расходов на лекарственные препараты, однако по прошествии времени его использование может дать экономию по другим бюджетным статьям.

после удаления уретрального катетера восстановилось самостоятельное мочеиспускание – против 29%, получавших плацебо.

В современных условиях при оценке новых медицинских технологий и лекарственных средств, помимо клинической эффективности и безопасности, необходимо оценивать и экономическую эффективность, т. е. ценность результатов, полученных при расходовании определенной суммы денег. Вмешательства или лекарственные средства, позволяющие не только уменьшить финансовые затраты, но также и избежать серьезных оперативных вмешательств, улучшить качество жизни пациентов, представляют не только медицинский, но и экономический интерес.

Экономическая эффективность означает наилучшее использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов общества для ускорения достижения его целей. Повышение ее предусматривает достижение лучших результатов при наименьших затратах. Показатель эффективности должен характеризовать получаемый эффект в сопоставлении с затратами на его достижение.

Необходимость учета данных фармакоэкономических исследований обусловлена растущей долей лиц пожилого возраста, нуждающихся в продолжительном лечении и социальном обеспечении; стремлением улучшения качества жизни больных ДГПЖ и в то же время ограничением финансирования для организации медицинской помощи и эффективности работы системы здравоохранения в современных условиях; увеличением стоимости медицинских услуг и лекарственных препаратов.

В последнее десятилетие произошло фундаментальное изменение отношения к системе здравоохранения. Прежде всего произошло смещение приоритетов с технологий предоставления медицинских услуг, ориентированных в основном на экономию издержек (минимизация затрат), на вопросы об эффективном расходовании

средств (затраты/эффективность).

Особенно это касается новых лекарственных препаратов при оценке ожидаемой от них отдачи. В этих условиях исследования по критерию «затраты/эффективность» становятся важным инструментом выбора тех или иных лечебных средств медицинскими учреждениями и сторонами, оплачивающими их услуги.

С развитием системы обязательного медицинского страхования в России также растет необходимость обоснования экономической эффективности затрат на приобретение лекарственных средств и медицинской техники. Экономическая оценка становится важным источником информации, помогающим в принятии решений потребителями, медицинскими учреждениями и предприятиями фармацевтической промышленности (3).

В теории экономики здравоохранения сложилось определенное деление затрат на различные категории. В первую очередь это прямые медицинские затраты, которые включают в свой состав все издержки, понесенные системой здравоохранения, в которые входят (4):

- расходы на содержание пациента в лечебном учреждении или же стоимость оказываемых ему на дому услуг, в том числе медицинскими сестрами;
- стоимость профессиональных медицинских услуг (плата за врачебные консультации, а также оплата рабочего времени врачей или медицинского персонала);
- стоимость лекарственных препаратов;
- стоимость лабораторного и инструментального оборудования;
- стоимость медицинских процедур (диагностические вмешательства, операции, реабилитационный период, санитарное просвещение);
- стоимость транспортировки больного санитарным транспортом
- амортизационные отчисления

В состав прямых расходов часто включают расходы, которые несут другие общественные службы и организации, а также пациенты и члены их семей.

Таблица 2. Данные по госпитализации (n = 63)

Параметр	Средняя	Стандартная ошибка
Продолжительность первичной госпитализации (дней)	12,54	1,48
Пробывание в урологическом отделении (дней)	12,44	1,48
Количество дней до первого ИК	4,31	0,55
Продолжительность последующего пребывания в больнице в случае повторной госпитализации (дней)	9,04	0,91
	Число	%
Госпитализация в связи с ОЗМ	58	92%
Вторая госпитализация	30	48%
Третья госпитализация	7	11%
Четвертая госпитализация	1	2%
Пятая госпитализация	1	2%

В состав прямых не медицинских расходов входят:

- наличные (карманные) расходы пациентов;
- стоимость услуг, оказываемых пациентам на дому;
- затраты на перемещение пациентов.

Косвенные расходы представляют затраты, связанные с потерей трудоспособности пациентом из-за лечения, заболевания или смерти, или же производственные потери, которые несут навещающие пациента члены его семьи или друзья. К ним относятся:

- затраты за период отсутствия пациента на его рабочем месте из-за болезни или раннего выхода на пенсию;
- «стоимость» времени отсутствия на работе членов его семьи или друзей;
- экономические потери от снижения производительности на месте работы;
- экономические расходы от преждевременного наступления смерти.

Нематериальные расходы представляют такие человеческие факторы, которые трудно количественно измерить, например, боль, страдания, испытываемые пациентом, вследствие проходимого им курса лечения. Их трудно оценить в материальном плане, поэтому они зачастую остаются за рамками выполняемого стоимостного анализа. Учитывают и критерии оценки качества жизни.

Таблица 3. Оперативные вмешательства

Оперативное вмешательство	Число	%
Первичная госпитализация	32	52,5
ТУР	26	42,6
Абдоминальная простатэктомия	6	9,8
Последующие госпитализации	29	47,5
ТУР	18	29,5
Абдоминальная простатэктомия	11	18,0
Итого	61	100

Таблица 4. Средние величины расходов на пребывание в больнице с диагнозом ОЗМ (евро)

Параметр	Средняя величина	Стандартная ошибка
Расходы первичной госпитализации (до ИК + проведение ИК с отрицательным результатом)	4130	483
Расходы госпитализации после проведения мероприятий в связи с неудачей ИК	2862	425
Расходы последующей госпитализации	1539	244
Общая сумма расходов госпитализации (6 мес.)	5669	476
Общая сумма расходов госпитализации после проведения ИК с отрицательным результатом (6мес.)	4401	379

Таблица 5. Средние величины расходов на диагностические исследования

Параметр	Средняя величина, евро	Стандартная ошибка
Первичная госпитализация	218	20
Лабораторные анализы	27	3
Исследования	121	12
Консультации	70	8
Последующие госпитализации	96	15
Лабораторные анализы	13	2
Исследования	31	7
Консультации	52	8
Амбулаторное лечение	65	8
Лабораторные анализы	5	1
Исследования	19	5
Консультации	41	2
Общая сумма затрат на диагностические исследования	379	18

В настоящее время одним из наиболее часто употребляемых экономических исследований в здравоохранении является анализ «затраты/эффективность». Он используется, если двумя или более медицинскими вмешательствами различной степени эффективности преследуется одна и та же цель, что позволяет учесть как расходы, так и эффективность (исходы) лечебных мероприятий.

При расчете стоимости курса лечения следует учитывать все

затраты, понесенные за соответствующий период времени, т. к. применение какого-либо лекарственного средства может увеличить смету расходов на лекарственные препараты, однако по прошествии времени его использование может дать экономию по другим бюджетным статьям. К ним может относиться снижение расходов на содержание пациентов в стационаре и ведение за ними врачебного наблюдения, что частично или полностью компенсирует упомянутый выше рост расходов на лекарственные средства. Поэтому, для того чтобы эффективно распределять финансовые ресурсы, нужно оценивать все расходы, которые могут быть связаны с данным курсом лечения или препаратом на протяжении определенного периода времени.

В этой связи представляет интерес фармакоэкономическое исследование по оценке экономической эффективности препарата альфузозин при лечении острой задержки мочеиспускания в Бельгии в 2003 г. (Alfaur).

Авторы провели исследование исходов лечения после удаления уретрального катетера (исход катетеризации – ИК), установленного по поводу ОЗМ у больных ДГПЖ. Исследованиями, проведенными раньше, в начале 80-х годов прошлого века было показано, что после купирования ОЗМ оперативному лечению подвергались больные в течение первых 6 месяцев наблюдения, однако в 16-18-22% случаев оперативное лечение можно было избежать из-за отсутствия симптоматики (7, 8). Наблюдения за больными показали, что у 56% обследованных пациентов рецидив ОЗМ наступал в течение недели, у 62% – через месяц, а у 68% – через год (9). Необходимо отметить, что эти пациенты либо не принимали никакой лекарственной терапии, либо принимали нерегулярно α -1 адrenoблокаторы.

Исследования по эффективности применения α -1 адrenoблокаторов при лечении больных с ОЗМ/ДГП показали, что восста-

новление самостоятельного мочеиспускания после извлечения уретрального катетера (через 24-72 часа) было в 64-84% случаев. Рецидив ОЗМ в течение первых 3 месяцев после ИК, потребовавший оперативного лечения был только у 7% пациентов. В контрольной группе больных не получавших лечение α -1 адrenoблокаторами положительный результат ИК был в 60% случаев (10).

Исследование ALFAUR (рандомизированное, многоцентровое, двойное слепое) было проведено на 357 пациентах с ОЗМ/ДГПЖ. Сравнивали эффективность лечения альфузозин (10 мг в день однократно) с плацебо по влиянию на ИК. Положительный результат был зарегистрирован в 61,9 и 47,9% соответственно ($p=0,012$). Из них 34 пациента с положительным результатом (22 – получали альфузозин и 12 – плацебо) находились под длительным наблюдением в течение 7,2 месяцев. В целом, у 23 пациентов (68%) рецидивов ОЗМ не было, а в 32% случаев возникла необходимость в оперативном лечении.

Была проведена экономическая оценка анализа «стоимости/последствий» для трех вариантов лечения ОЗМ/ДГПЖ: больные на фоне катетеризации мочевого пузыря в течение 24 часов получали либо альфузозин 10 мг, либо плацебо. Если у пациента не восстанавливалось самостоятельное мочеиспускание, ему либо производили операцию простатэктомии, либо выписывали с дренированным мочевым пузырем и впоследствии оперировали. При положительном ответе на ИК (больной размокнул) его выписывали. При экономическом анализе больных, которых включали в модель, отбирали по двум критериям: 1) первый эпизод ОЗМ, вследствие ДГПЖ и 2) отрицательный результат в первом ИК. Целью исследования был сбор данных по издержкам, связанным с отрицательным результатом ИК, чтобы лучше понять и иметь возможность рассчитать экономию средств, которую можно получить, избежав отрицательного результата ИК.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ALFAUR

Исследовано 63 истории болезни пациентов из 5 клиник, период наблюдения – 6 месяцев. Средний возраст – 76 лет. В таблице 2 представлены данные по госпитализациям. В первый эпизод ОЗМ не все больные были госпитализированы.

Важен тот факт, что из 63 случаев у 61 пациента с отрицательным результатом ИК простатэктомия выполнена в течение 6 месяцев после эпизода ОЗМ. В отношении двоих пациентов было принято решение о пожизненной катетеризации. Большинство пациентов (52,5%) подверглось простатэктомии во время первичной госпитализации (таблица 3). Больных, которые не подверглись оперативному вмешательству в ходе первичной госпитализации, выписывали домой с катетером, и им назначался срок следующей госпитализации.

РАСХОДЫ НА ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ РЕСУРСЫ

Расходы вследствие использования медицинских ресурсов определяются как расходы на госпитализацию (факт пребывания в больнице и потребность в общем уходе и услугах младшего медицинского персонала), расходы на медикаментозное лечение, стоимость оперативного вмешательства и расходы на диагностические исследования.

Важно отметить, что связанные с ОЗМ расходы, в случае отрицательного результата в первом ИК, начинают исчислять после этого первого ИК, но не в момент госпитализации по поводу ОЗМ (таблица 4).

Затраты на диагностические исследования включают использование разнообразных ресурсов, необходимых для лабораторных анализов, исследований, консультаций врачей начиная с момента получения отрицательного результата ИК. Затраты в ходе первичной госпитализации, последующих госпитализаций и амбулаторного лечения учитываются отдельно (таблица 5)

Как указывалось выше, в 61 случае из 63-х после первого эпизода ОЗМ

пациентам с отрицательным ИК производилось оперативное вмешательство. В 52,5% случаев операция была произведена в первичную госпитализацию. В таблице 6 приведены затраты на лечение.

ОБЩИЕ РАСХОДЫ НА ОЗМ

Средняя величина общих затрат первичной госпитализации (12,54 дней), в связи с первым эпизодом ОЗМ составляла 4 722 евро, расходы, связанные с отрицательным ИК во время первой госпитализации составляют 3 453 евро. Расходы периода, предшествующего ИК равны 1 269 евро (4722-5453).

Средняя полугодовая стоимость эпизода ОЗМ, если не исключать из рассмотрения дни, предшествующие ИК, составляла 6 766 евро (проживание в гостинице, диагностические исследования, лечение, операции, малые инвазивные вмешательства).

Общая сумма полугодовых затрат при отрицательном ИК составляет 5498 евро (стандартная ошибка =393 евро), в то время как стоимость первичной госпитализации в связи с отрицательным результатом ИК равна 3453 евро (станд. ошибка 470 евро).

Пациенты с положительным ИК выписываются после этой процедуры, поэтому в сумму издержек для них включаются только расходы пребывания в больнице до ИК (1 269 евро).

Исходя из того, что у 32,35% пациентов, давших положительный результат ИК в дальнейшем, были проведены плановые операции, а 32 пациента были срочно оперированы в первичную госпитализацию, авторы рассчитали расходы на срочную и плановую простатэктомию. Стоимость пребывания в больнице до ИК при срочной операции не включается в расчеты, т. к. их оперируют экстренно, не дожидаясь 4-го дня (время до проведения первого ИК). Расходы простатэктомии, в зависимости от включения периода до ИК распределились следующим образом:

- экстренная ТУР простаты (период до ИК включен) = 7351 евро;
- экстренная простатэктомия (период до ИК включен) = 6036;

Таблица 6. Средние величины затрат на лечение и лечебные вмешательства

Параметр	Средняя величина	Стандартная ошибка
Лечение		
первичная госпитализация	79	10
последующие госпитализации	72	16
амбулаторное лечение	23	5
Общая сумма затрат на лечение	174	14
Оперативное вмешательство		
Первичная госпитализация	280*	36
Последующие госпитализации	245	34
Общая сумма затрат на операции	526	14
Малые вмешательства		
Первичная госпитализация	14	1
Последующие госпитализации	4	1
Общая сумма затрат на малые вмешательства	18	1

* пример расчета: затраты на проведение открытой простатэктомии =529,78 евро. Эти затраты понесли 32 из 63 пациентов (529,78*32/63=269 евро) У одного пациента была ТУР простаты (322,57*1/63=5евро), другому больному после ТУР была баллонная дилатация уретры (385,67*1/63=6евро), таким образом, общие расходы на госпитализацию на лечебные вмешательства составляют 280 евро.

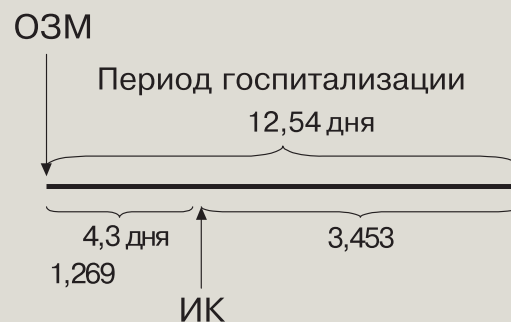


Рисунок 1. Схема стоимости первичной госпитализации

- экстренная ТУР простаты (период до ИК исключен) =6101;
- экстренная простатэктомия (период до ИК исключен) = 5539;
- плановая ТУР = 4237;
- плановая простатэктомия = 3722.

Стоимость одной упаковки 30 доз альфузозина (10 мг) равна 37,73 евро. Стоимость приема альфузозина в течение 3-х дней, как принимали больные в ALFAUR равна 2,75 евро.

По результатам ALFAUR рассчитывали величину непосредственного снижения затрат в первичную госпитализацию от использования альфузозина. Средняя стоимость экстренной госпитализации

Таблица 7. Суммарные и дополнительные расходы первичной госпитализации

	Сумма расходов	Дополнительные издержки
Альфүзозин	2588	0
Плацебо	3067	479
Экстренная простатэктомия	5996	3408

Таблица 8. Суммарные и дополнительные расходы полугодовой госпитализации

	Сумма расходов	Дополнительные издержки
Альфүзозин	4175	0
Плацебо	4758	584
Экстренная простатэктомия	6036	1861

Таблица 9. Средние величины расходов на диагностические исследования, (рубли)

Параметр	Средняя величина, рубли	Стандартная ошибка
До первичной госпитализации		
Лабораторные анализы	374,96	45,71
УЗИ простаты	110,74	13,29
Урография	667,97	80,15
Осмотр врачом	227,30	27,27
Катетеризация мочевого пузыря	191,93	23,03
Работа медсестры	113,62	7,22
ВСЕГО	1731,07	
До последующих госпитализаций		
Лабораторные анализы	159,02	19,8
УЗИ простаты	110,74	13,29
УЗИ почек, моч. пузыря	227,30	27,27
Катетеризация моч. пуз.	191,93	23,03
Консультация уролога	45	5,4
ВСЕГО	733,95	
Амбулаторное наблюдение после последней госпитализации		
Лабораторные анализы	159,02	19,8
Консультация уролога II	45	5,4
ВСЕГО	204,02	

зации у пациентов, получавших альфүзозин, составила 2588±235 евро. Эти расходы складываются из следующих величин: пребывание в больнице до ИК = 1269 евро, расходы на лечение альфүзозином = 2,75 евро, но лишь в 38,1 % случаев, т. е. у пациентов, имеющих отрицательный ИК будут иметь место связанные с этим расходы (3453 евро).

Для пациентов, лечение которых не включало лекарственную терапию, общая величина затрат составляет 3067±301 евро. Таким образом, лечение альфүзозином позволяет сэкономить в среднем 479 евро на этапе экстренной гос-

питализации в связи с ОЗМ/ДГПЖ. Экстренная простатэктомия является наиболее дорогостоящим видом лечения (5996 евро), взвешенные величины стоимости ТУР (81%=6101 евро) и открытой простатэктомии (19%, 5539 евро).

Для расчета полугодовых затрат авторы исходили из того, что в группе пациентов с положительным ИК в 32,35% случаев простатэктомия выполнялась в течение последующих 6 месяцев. Для этого случая также были определены взвешенные величины стоимости плановой ТУР (62% – 4237 евро) и плановой открытой простатэктомии (38% – 3722 евро).

Таким образом, расходы на лечение пациентов альфүзозином складываются из следующих величин: расходы до ИК составляют для всех пациентов 1269 евро; к этой величине следует прибавить полугодовые расходы после отрицательного ИК у 38,3% пациентов, величина которых равна 5498 евро, и расходы плановой простатэктомии у 32,35% пациентов с положительным ИК (61,7% – 4041 евро).

В таблице 7 и 8 приведены расходы.

*Исходя из того, что в Бельгии распространённость ОЗМ соответствует 3400-3500 случаев в год, вложив по 2,75 евро в лечение альфүзозином этих пациентов, что равно расходу 9350-9625 евро из бюджета здравоохранения, можно сэкономить от 1985600 (584 евро*3400 пациентов) до 2044000 евро.*

Экстраполируя ситуацию на Российское здравоохранение можно произвести анализ стоимости последствий для лечения больных ОЗМ/ДГПЖ альфүзозином, плацебо и оперативного лечения в наших условиях.

Источником расходов используемых ресурсов являлись «Тарифы на медицинские услуги, предоставляемые взрослому населению в соответствии с Московской городской программой обязательного медицинского страхования за 2003 год».

Стоимость лекарственных препаратов использованных в исследовании на 6 месяцев лечения

выполнена из расчета их средней розничной стоимости по данным крупнейшего дистрибьютора ПРОТЕК за декабрь 2003 года.

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

Затраты на диагностические исследования включают использование разнообразных ресурсов, необходимых для лабораторных анализов, УЗИ мочевого пузыря системы, рентгенографических исследований и стоимости врачебных осмотров, начиная с момента получения отрицательного результата ИК (в основу тактики диагностики и лечения больных ДГПЖ с ОЗМ положены Медико-экономические стандарты ведения больных). Использование ресурсов в ходе первичной госпитализации, последующих госпитализаций (они входят в стоимость койко-дня) и амбулаторного лечения учитываются отдельно. Расходы приведены в нижеследующей таблице 9.

Как сказано выше, больные оставались в больнице в течение 12 дней, а первое ИК проводилось через 4,3 дня после начала ОЗМ. В таблице 10 представлены средние величины общей стоимости госпитализации на одного больного. Расходы госпитализации включают расходы на койко-день по поводу пребывания пациента с диагнозом ОЗМ, медицинское наблюдение и услуги диагностики и лаборатории (ежедневная фиксированная плата).

ОБЩИЕ РАСХОДЫ НА ОЗМ

Средняя величина общих затрат первичной госпитализации (12,54 дней) в связи с первым эпизодом ОЗМ составляла 5 530,67 руб. (при стандартной ошибке 526,27 руб.). Эта величина получается путем сложения затрат на амбулаторные манипуляции до первичной госпитализации, проведенные 100% пациентов (1731,07 руб.), пребывание в стационаре по поводу данного заболевания, оперативное вмешательство, стоимость которого входит в стоимость кой-

ко-дня, что составляет для 92% пациентов (3 799,6 руб.).

Таким образом, средние ежедневные расходы, связанные с первичной госпитализацией будут равны отношению 5530,67 руб. к 12,54 дням, т. е. 441,04 руб. Значит, схему стоимости первичной госпитализации можно разложить на две части: стоимость периода, предшествующего ИК, 4,3 дня, равная 1896,48 руб., и стоимость периода после ИК, равного 3634,19 руб.

Рисунок 2 обобщает сказанное выше.

Средняя полугодовая стоимость эпизода ОЗМ, если не исключать из рассмотрения дни, предшествующие ИК, составляла 7166,65 рублей (при стандартной ошибке 490,11 рублей). Эта величина получается путем сложения затрат на первичную госпитализацию (5 530,67 руб.) и диагностические исследования перед последующими госпитализациями, а также стоимость всех последующих госпитализаций, взятых в процентном отношении, указанном в таблице 7 (733,95 + 1 539) * 0,63 = 1431,96 руб.). К полученному необходимо прибавить стоимость амбулаторного наблюдения, которому подвергались 100% пациентов, т. е. 204,02 рубля.

Полная схема стоимости лечения ОЗМ представлена на рисунке 3.

Вычислив стоимость ведения больных ОЗМ в российских условиях, строим модель стратегии лечения ОЗМ, основанную на результатах исследования ALFAUR, представляющую собой древо решений (рисунок 4).

Стоимость суточного применения альфузозина (Дальфаз®) 10 мг равна 47,5 рублей. В испытании ALFAUR альфуозин (10 мг) принимался в среднем в течение 2,97 дней до ИК. В связи с этим в модели была использована стоимость альфузозина в течение 3 дней (142,5 рублей).

По результатам исследования ALFAUR рассчитывалась величина непосредственного снижения затрат (за период первичной госпитализации) на фоне использования альфузозина. Средняя сто-

имость госпитализации у пациентов, леченых альфузозином (10 мг) составила $2\,040,36 \pm 234,15$ руб. Эти расходы объясняются следующим образом: пребывание в больнице до ИК дает для всех пациентов величину затрат, равную 1896,48 руб., а расходы лечения альфузозином – 142,5 руб.

Распределение всех затрат обеих тактик ведения пациентов (с дополнением лекарственной терапии альфузозином и без) отображены в модели «древо решений» на рисунке 5.

Для пациентов, лечение которых не включало лекарственную терапию, общая величина затрат составляет $6\,737,76 \pm 301,57$ руб. При лечении альфузозином эта сумма снижается до $6\,556,64$ руб. Таким образом, лечение альфузозином позволяет сэкономить в среднем 181,12 рублей на этапе первичной госпитализации в связи с ОЗМ.

ПОЛУГODOVЫЕ РАСХОДЫ

После первичной госпитализации оперативное лечение у пациентов с положительным результатом ИК выполняется у 32,35% в течение последующих 6 месяцев. Это приводит к увеличению расходов на сумму, связанную с разницей в проведенных в течение госпитализации мероприятий. Пациентам с отрицательным результатом ИК простатэктомия может быть выполнена во время первичной госпитализации. В

Таблица 10. Средние величины расходов на пребывание в больнице с диагнозом ОЗМ, рубли

Параметр	Средняя величина	Стандартная ошибка
Расходы первичной госпитализации без проведения мероприятий по поводу неудачи процедуры ИК	4130	483
Расходы госпитализации с учетом проведения мероприятий в связи с неудачей ИК	7852	586
Расходы последующей госпитализации	1539	244

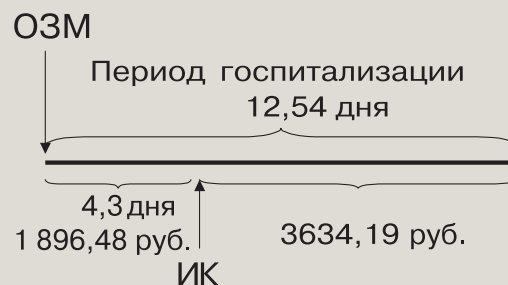


Рисунок 2. Схема стоимости первичной госпитализации

то же время значительное число пациентов остается с катетером и оперативное вмешательство планируется на будущее. Это распределение косвенным образом включается в величину полугодовых издержек отрицательного результата ИК.

Разница в стоимости полугодовых тактик ведения пациентов составляет 1401,6 рубля, соответственно для группы пациентов, получающих альфуозин, меньше на данную сумму, чем в группе плацебо.

В настоящем исследовании проведен анализ стоимости лечения пациентов ДГПЖ, перенесших первый эпизод ОЗМ/ДГПЖ.

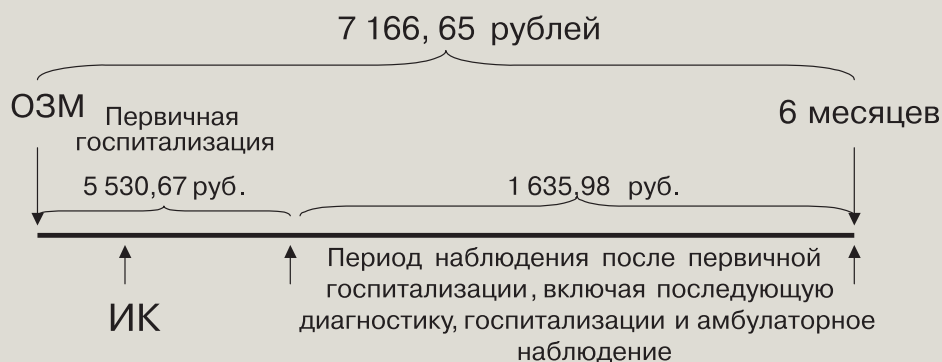


Рисунок 3. Полная схема стоимости – анализ затрат, связанных с заболеванием

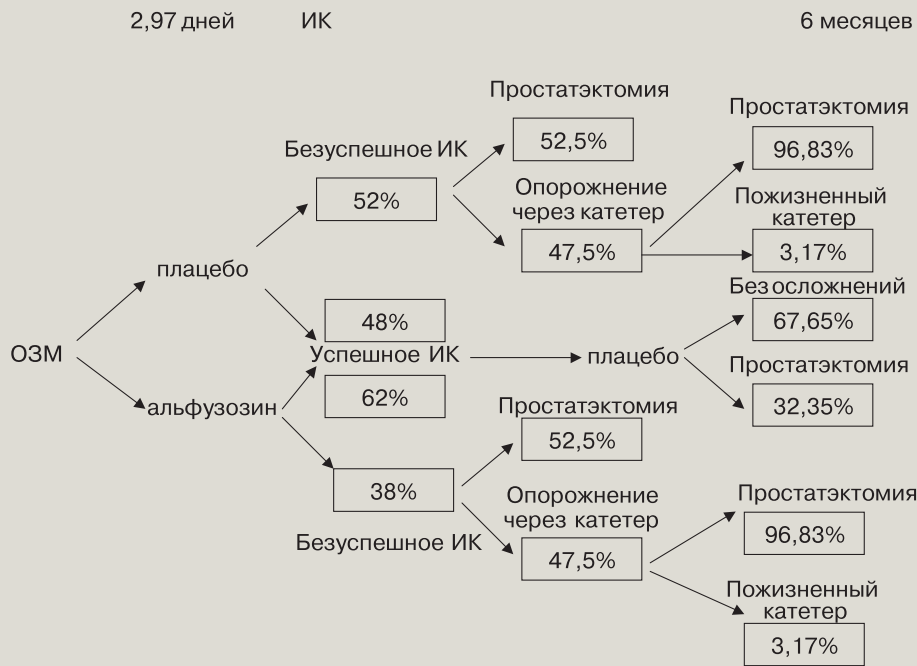


Рисунок 4. Стратегия лечения ОЗМ

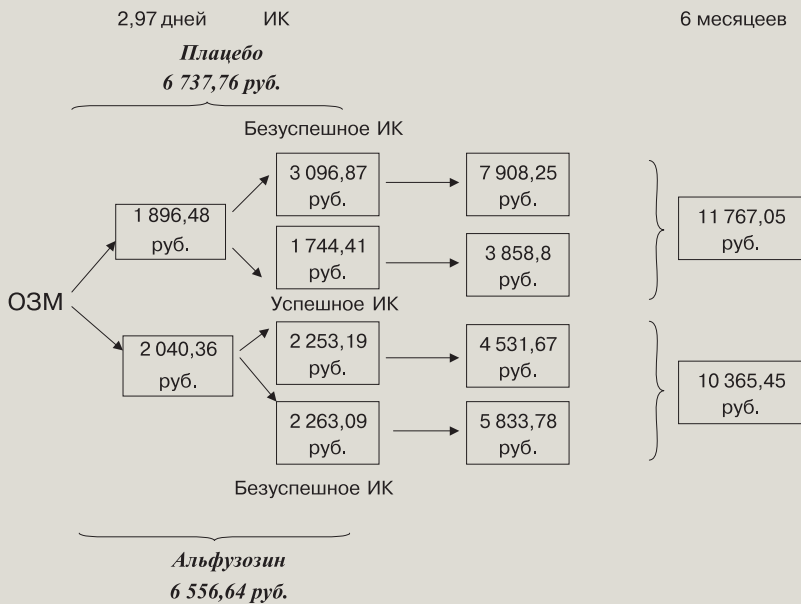



Рисунок 5. Распределение затрат на ведение больных при использовании различных тактик лечения ОЗМ (использование альфутозина или плацебо)

Точных статистических данных распространенности ОЗМ/ДГПЖ в Российской Федерации нет. Однако, вложив в процесс лечения 1000 пожилых мужчин, обратившихся по поводу ОЗМ/ДГПЖ, 142500 рублей для использования альфутозина, система здравоохранения экономит до полутора миллиона рублей в течение первого года ведения этих больных в связи с сокращением затрат на полугодовой процесс ведения этих пациентов.

Применение нетитруемого α-1 адреноблокатора альфутозина (Дальфаз СР – с постепенным высвобождением активного вещества) в виде одной таблетки в максимальной суточной дозе 10 мг патогенетически обосновано у больных с ОЗМ/ДГПЖ, находящихся в стрессовом состоянии (прямое катехоламиновое воздействие, спазм сосудов).

Лечение альфутозином больных ОЗМ, вследствие ДГПЖ сокращает расходы экстренной госпитализации и полугодового наблюдения за больными и, следовательно, позволяет рационально распределить бюджетные средства, выделяемые на ведение этой патологии. Несмотря на относительно высокую стоимость альфутозина, небольшой добавочный расход на лекарственный препарат (а точнее, его использование в течение трех дней) позволяет добиться значительной экономии средств больничного бюджета.

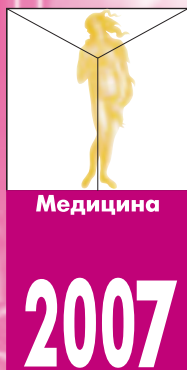
Более того, даже если у пациента с положительным результатом ИК в дальнейшем возникает необходимость хирургического лечения, оно производится в плановом порядке, что также приводит к сокращению издержек и уменьшению послеоперационной смертности. 

Список литературы:

- «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы»/ под ред. акад. РАМН Н.А.Лопаткина, Москва, 1999, 216 с.
- «Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 6. Москва, Медиа Сфера, 2003, с. 1659-1676.
- Жданова С.Н. «Методические вопросы определения экономической эффективности использования нового медицинского оборудования и/или нового лекарственного препарата»//Дисс. канд. экон. наук, М, 2003, 150 с.
- Кобина С.А., Семенов В.Ю. Введение в фармакоэкономику//журн. Проблемы стандартизации в здравоохранении, №1, 1999.
- Лоран О.Б., Е.Л. Вишневикий, А.Е. Вишневикий «Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты α-адреноблокаторами», Москва, 1998, 124 с.
- Pickard R, Emberton M, Neal D.E: The management of men with acute urinary retention. Brit J Urol 1998; 81: 712-720)
- Choong S, Emberton M: Acute urinary retention. BJU International 2000; 85: 186-201.
- Hastie KJ, Dickinson AJ, Ahmad R, Moisey CU: Acute retention of urine: is trial without catheter justified? J R Coll Surg Edinb 1990; 35:225-7.
- Kraskov P, Andersen JT, Asmussen CF et al: Symptoms and signs predictive of the voiding patterns after acute urinary retention in men. Scan J Urol Nephrol 1987; 21: 23-8.
- Hines J, Smith G, Hanbury D, McNichols T: Non –surgical management of the acute retention of urine. Brit J Uro 1997; (Suppl 4): 60,223.
- McNeill SA, Daruwala PD, Mitchell IDC et al. BJU International 1999; 84:622-7.



3-я МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА



МЕДИЦИНА 2007

6 - 8 июня
МОСКВА
Конгресс-центр ЦМТ

ОРГАНИЗАТОРЫ
ЗАО «МЕДИ Экспо»
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ И УЧАСТИИ
Министерства здравоохранения и
социального развития России
Российской Академии Наук
Торговой Промышленной Палаты РФ



Тел.: +7 (495) 938 9211 Факс: +7 (495) 938 2458
E-mail: expo@mediexpo.ru <http://www.mediexpo.ru>



Ю.Г. АЛЯЕВ,
А.В. АМОСОВ,
Е.А. СУЛТАНОВА

ММА им. И.М. Сеченова

Возможности применения Канефрона®Н при лечении хронического цистита

В настоящее время отмечен явный рост интереса к проблемам фитотерапии, т. е. лечению лекарственными средствами растительного происхождения. Фитотерапия имеет давнюю историю, первые упоминания относятся к XXVII веку до н. э. и пришли к нам из древнего Китая. На сегодняшний день эффективность применения лекарственных растений доказана не только опытным путем, но и с помощью научно обоснованных методов — биохимических, биологических (на молекулярном и клеточном уровне), а также структурно-аналитических.

Современная медицина научилась работать с растениями и использовать их потенциал. Так, появилась возможность получения экстрактов, в состав которых входят определенные действующие вещества в точно подобранных пропорциях. Это обеспечивается благодаря тщательному возделыванию культур и применению специальных мето-

дов изготовления лекарственных средств. Изучение мира растений позволяет создавать фитопрепараты, наиболее полно отвечающие потребностям современной медицины. Сегодня фитотерапия особенно привлекательна, так как на многих примерах показано, что экстракты лекарственных растений ни в чем не уступают по эффективности химическим веществам, а часто даже превосходят их. К фитопрепаратам больше не относятся, как к препаратам второго сорта. Каждый из них имеет собственный профиль. Об их клинической значимости говорит тот факт, что крупнейшие фармакологические предприятия, десятилетиями производившие только синтетические препараты, буквально прочесывают леса в поисках целебных растений.

Современные растительные препараты производятся с применением высоких технологий и проходят многоступенчатый контроль качества. Одним из фитопрепаратов нового поколения, широко применяемым в урологии, является Канефрон®Н (Bionorica, Германия).

Канефрон®Н — комбинированный препарат, в состав которого входят золототысячник (*Centaurium umbellatum*), любисток (*Levisticum officinale*) и розмарин (*Rosmarinus officinale*). Входящие в состав препарата вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на органы мочевой системы, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают ди-

уретическим эффектом, улучшают функцию почек, потенцируют эффект антибактериальной терапии (см. таблицу 1).

Различные виды действия Канефрона®Н обусловлены входящими в его состав эфирными маслами, фенолкарболовыми кислотами, фталидами, горечами. Например, диуретическое действие препарата обусловлено сочетанием различных точек приложения его компонентов. Эфирные масла расширяют сосуды почек, что способствует улучшению кровоснабжения почечного эпителия, а также оказывают влияние на процессы обратного всасывания клетками почечных канальцев. Это проявляется главным образом в уменьшении реабсорбции ионов натрия и соответствующего количества воды. Диуретическое действие фенолкарболовых кислот объясняется осмотическим эффектом: при попадании в просвет почечных канальцев они создают высокое осмотическое давление (обратному всасыванию эти вещества не подвергаются); при этом значительно снижается реабсорбция воды и ионов натрия. Таким образом, увеличение выведения воды происходит без нарушения ионного баланса (калий-сберегающий эффект).

Спазмолитический эффект обусловлен флавоноидной составляющей препарата. Аналогичное действие проявляют фталиды (любисток) и розмариновое масло. Слабыми спазмолитическими свойствами обладают фенолкарболовые кислоты (1-4).

Таблица 1. Лекарственные растения, входящие в состав Канефрона®Н, и спектр их действия

	Золототысячник (<i>Centaurium umbellatum</i>)	Любисток (<i>Levisticum officinale</i>)	Розмарин (<i>Rosmarinus officinale</i>)
Активные вещества	Горечи, фенолкарбонкислоты	Эфирные масла, фталиды	Розмариновая кислота, эфирные масла, флавоноиды
Действие			
Мочегонное	+	+	+
Противовоспалительное	+		+
Спазмолитическое	+	+	+
Антимикробное	+	+	+
Сосудорасширяющее	+	+	+
Нефропротекторное	+		+

Противовоспалительный эффект в основном обусловлен наличием розмариновой кислоты, которая блокирует неспецифическую активацию комплемента и липооксигеназы с последующим угнетением синтеза лейкотриенов. Как и другие фенольные соединения, розмариновая кислота проявляет антиоксидантное действие и прерывает свободнорадикальные цепные реакции.

Все лекарственные растения, входящие в состав Канефрона®Н, содержат вещества, обладающие широким антимикробным спектром действия: фенолкарболовые кислоты влияют на бактериальный белок; эфирные масла разрушают цитоплазматическую мембрану бактерий и уменьшают активность аэробного дыхания, что приводит к уменьшению выделения энергии, необходимой для синтеза различных органических соединений; флавоны, флавоноиды и флавонолы способны связываться с белками клеточной стенки и разрушать клеточные мембраны бактерий. Это обеспечивает активность препарата даже при устойчивой к синтетическим средствам микрофлоре.

Достоинством Канефрона®Н является также сочетание противомикробного и противовоспалительного эффектов, что особенно ценно при хронических процессах в мочевыводящих путях. Кроме того, выделение органических фенолкарболовых кислот и их глюкуронидированных и сульфатированных метаболитов с мочой приводит к изменению ее кислотности, что противодействует росту бактерий. Помимо перечисленных свойств элиминации бактерий из мочевых путей способствуют следующие факторы:

- биофлавоноиды тормозят бактериальную гиалуронидазу и таким образом ограничивают распространение бактерий в тканях;
- диуретический эффект препятствует адгезии микроорганизмов.

Установлено, что Канефрон®Н усиливает выведение солей мочевой кислоты. Эта сторона действия лишь отчасти связана с мо-

чегонным эффектом и довольно специфична. Усиление выделения мочевой кислоты препятствует выпадению в мочевыводящих путях кристаллов, росту имеющихся камней и формированию новых. Также было отмечено, что данный препарат подщелачивает мочу, если она резко кислая, и поддерживает значение pH в пределах 6,2-6,8, что также препятствует образованию уратных камней.

Фармакологически доказанное действие Канефрона®Н на тубулярный аппарат почки четко показывает, что выделение белка с мочой из-за ранее перенесенных патологических процессов, повреждающих тубулярный аппарат, значительно снижается.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова было обследовано 55 женщин, страдающих хроническим циститом, в возрасте от 18 до 45 лет. Длительность заболевания на момент обращения составляла от 3 месяцев до 15 лет (у большинства больных – от 1 года до 3 лет).

При обследовании больных применялись следующие методы:

- сбор анамнеза, физикальное обследование;
- микроскопическое исследование мочи и мочевого осадка;
- бактериологическое исследование мочи;
- анализ мазков из влагалища и цервикального канала на наличие специфических возбудителей (методами ПЦР и ПИФ) и общую чистоту;
- ультразвуковое исследование органов мочевой системы;
- экскреторная урография с нисходящей цистографией;
- цистоскопия.

Сопутствующих заболеваний (камней, кист, опухолей, пороков

развития) органов мочевой системы не было выявлено ни в одном из случаев.

С помощью ПЦР и ПИФ у 7 больных были обнаружены специфические возбудители: у 2 больных была выявлена *Clamidia trachomatis*, у 2 больных – *Mycoplasma hominis*, у 3

Сегодня фитотерапия особенно привлекательна, так как на многих примерах показано, что экстракты лекарственных растений ни в чем не уступают по эффективности химическим веществам, а часто даже превосходят их. К фитопрепаратам больше не относятся, как к препаратам второго сорта. Каждый из них имеет собственный профиль.

больных – *Ureaplasma urealiticum*. Эти больные были исключены из последующего анализа.

Дальнейшее обследование проводилось у 48 больных.

При бактериологическом исследовании мочи в большинстве (52%) случаев (у 25 больных) выявлялась *Escherichia coli*. У 18 (37,5%) больных результаты посева мочи были отрицательными; у 5 (10,5%) больных были обнаружены другие возбудители – *Proteus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*

Результаты цистоскопии представлены в таблице 2. Учитывая, что у многих больных выявлено сочетание различных изменений слизистой оболочки мочевого пузыря, итоговый показатель превышает 100%.

Таким образом, у большинства (79,1%) обследованных нами больных имелся шеечный цистит; другие отделы мочевого пузыря были вовлечены в патологический процесс значительно реже (в 20,9% случаев).



Таблица 2. Результаты цистоскопии у больных хроническим циститом (n=48)

Результаты цистоскопии	Абс.	%
Гиперемия шейки мочевого пузыря	38	79,1%
Инъекция сосудов слизистой оболочки и/или петехиальные кровоизлияния	30	62,5%
Отечность слизистой оболочки шейки мочевого пузыря	27	56,2%
Наличие фибриновых наложений	10	20,9%
Поражение других отделов мочевого пузыря (помимо шейки)	10	20,9%

Таблица 3. Динамика жалоб у больных из группы А (n=20) через 10 дней лечения

Жалобы	До лечения (n=20)		После лечения (n=20)			
			Подгруппа А1 (монурал; n=10)		Подгруппа А2 (Монурал+Канефрон; n=10)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Жалобы отсутствуют	0	0%	7	70%	9	90%
Учащенное мочеиспускание	19	95%	3	30%	1	10%
Резь при мочеиспускании	20	100%	2	20%	1	10%
Зуд, жжение в промежности во время мочеиспускания и после него	10	50%	1	10%	0	0%
Терминальная макрогематурия	8	8%	0	0%	0	0%

Таблица 4. Динамика жалоб у больных из группы Б (n=28) через 30 дней после окончания курса инициальной терапии

Жалобы	До лечения (n=28)		После инициальной терапии и 30 дней наблюдения (n=28)			
			Подгруппа Б1 (без поддерживающей терапии; n=14)		Подгруппа Б2 (поддерживающая терапия Канефроном; n=14)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Жалобы отсутствуют	0	0%	10	71%	13	92,8%
Учащенное мочеиспускание	27	96,4%	3	21,4%	1	7,1%
Резь при мочеиспускании	28	100%	4	29%	1	7,1%
Зуд, жжение в промежности во время мочеиспускания и после него	10	35,7%	2	14,3%	1	7,1%
Терминальная макрогематурия	5	17,8%	0	0%	0	0%

Во время цистоскопии патологических новообразований мочевого пузыря не было выявлено ни у одной из больных.

Оставшиеся 48 больных были подразделены на 2 группы с учетом наличия пиурии.

В группу А вошли 20 больных, количество лейкоцитов в анализе

мочи у которых превышало 10 (от 10 до 20) в поле зрения. В группу Б вошли 28 больных, пиурия у которых отсутствовала.

Каждая из групп была дополнительно разделена на 2 равные подгруппы в зависимости от применения препарата Канефрон®Н. В подгруппы были включены

больные, сравнимые по своим характеристикам (возрасту, анамнезу, клиническим проявлениям и т. д.).

Больные из подгруппы А1 (n=10) получали фосфомицин (монурал) по 3 г с интервалом 24 часа – всего 2 приема.

Больные из подгруппы А2 (n=10) получали фосфомицин (монурал) по описанной выше схеме в сочетании с приемом Канефрона®Н по 2 драже 3 раза в сутки в течение 30 дней.

Больным из подгруппы Б1 (n=14) был проведен инициальный курс лечения, включавший противовоспалительные средства, препараты, улучшающие кровоток, местную терапию и физиотерапевтические процедуры, в течение 10 дней. Затем проводилось динамическое наблюдение в течение 1 месяца, в течение которого никакие дополнительные препараты не назначались.

Больным из подгруппы Б2 (n=14) был проведен аналогичный инициальный курс лечения. Однако в течение последующих 30 дней они получали Канефрон®Н по 2 драже 3 раза в сутки.

Контрольное обследование больных из группы А проводилось двукратно – через 10 и 30 дней после начала лечения. Критерии оценки: клинические проявления, наличие пиурии, наличие бактериурии.

Контрольное обследование больных из группы Б проводилось через 30 дней после окончания курса комплексной инициальной терапии. Критерии оценки – клинические проявления. Учитывая, что все 18 больных с отрицательными результатами бактериологического исследования мочи вошли в группу Б, а у оставшихся 10 больных возбудитель высевался в низких титрах (10^3 - 10^4 КОЕ/мл), наличие бактериурии не рассматривалось в качестве критерия оценки эффективности лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения больных из группы А

После проведенного лечения у большинства больных из группы А наступило клиническое (см.

Все лекарственные растения, входящие в состав Канефрона®Н, содержат вещества, обладающие широким антимикробным спектром действия: фенолкарболовые кислоты влияют на бактериальный белок; эфирные масла разрушают цитоплазматическую мембрану бактерий и уменьшают активность аэробного дыхания, что приводит к уменьшению выделения энергии, необходимой для синтеза различных органических соединений; флавоны, флавоноиды и флавонолы способны связываться с белками клеточной стенки и разрушать клеточные мембраны бактерий. Это обеспечивает активность препарата даже при устойчивой к синтетическим средствам микрофлоре.



ГАРМОНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Канефрон® Н

- Обладает оптимальным сочетанием фармакологических эффектов:
 - противовоспалительным
 - мягким мочегонным
 - спазмолитическим
 - вазодилаторным
 - антимикробным
 - нефропротекторным
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Применяется до и после ДУВЛ, способствует отхождению конкрементов
- Удобен для длительного лечения в любом возрасте



МЗ РФ П №014244/01/02-2002 от 15.08.2002



**Базисная терапия
и профилактика
воспалительных
заболеваний почек
и мочевыводящих путей**



BIONORICA®
The phytoneering company

Представительство БИОНОРИКА АГ, Россия,
119607 г. Москва, ул. Удальцова, д. 52
Тел.: (495) 502-90-19, факс: (495) 734-12-00
e-mail: bionorica@co.ru www.bionorica.ru

Достоинством Канефрона®Н является также сочетание противомикробного и противовоспалительного эффектов, что особенно ценно при хронических процессах в мочевыводящих путях. Кроме того, выделение органических фенолкарбоновых кислот и их глюкуронидированных и сульфатированных метаболитов с мочой приводит к изменению ее кислотности, что противодействует росту бактерий.

таблицу 3) и лабораторное улучшение различной степени выраженности.

В подгруппе А1 пиурия через 10 дней лечения отсутствовала у 9 (90%) больных, в то время как в подгруппе А2 – у 100% больных.

При бактериологическом исследовании мочи, проведенном через 10 дней, исходно выделенный возбудитель был обнаружен только у 1 больного из подгруппы А1; в подгруппе А2 результаты посева мочи были отрицательными в 100% случаев.

Сходные результаты были получены через 30 дней. У всех больных, принимавших Канефрон®Н, клинические проявления заболевания отсутствовали, в то время как у 3 (30%) больных, получавших монотерапию фосфомицином (монуралом), они были выражены в той или иной степени. Пиурия по-прежнему не выявлялась у 100% больных из подгруппы А2. В подгруппе А1 повторное повышение количества лейкоцитов в моче было отмечено у 3 (30%) больных.

Таким образом, становится очевидным, что, несмотря на достаточно высокую лабораторную эффективность фосфомицина (монурала), достигающую 90%, добавление к терапии Канефрона®Н, повышает клиническую эффективность лечения с 70 до 100% (при длительном приеме препарата). Вероятно, это связано с комплексным антимикробным, противовоспалительным, спазмолитическим и диуре-

тическим эффектом последнего. Потенцируя действие фосфомицина (монурала), Канефрон®Н обеспечивает дополнительный противовоспалительный и симптоматический эффект, который сохраняется и после прекращения активной антибактериальной терапии. Кроме того, оказалось, что длительный прием Канефрона®Н обеспечивает устойчивый противорецидивный эффект, о чем свидетельствует отсутствие клинических и лабораторных проявлений цистита через 30 дней лечения.

Результаты лечения больных из группы Б

После проведенного курса инициальной терапии клиническое улучшение наступило у 25 (89%) больных – 13 (92,8%) больных из подгруппы Б1 и 12 (85,8%) больных из подгруппы Б2.

Через 30 дней наблюдения жалобы по-прежнему отсутствовали или были выражены незначительно у 10 из 14 (71%) больных, не получавших поддерживающей терапии Канефроном®Н. У 3 (21%) больных, несмотря на достигнутый ранее положительный эффект, было отмечено повторное развитие клинической картины цистита (см. таблицу 4).

Что касается больных из подгруппы Б2, получавших поддерживающую терапию Канефроном®Н, то через 30 дней жалобы отсутствовали у 13 из 14 (92,8%) больных (см. таблицу 4).

Таким образом, прием Канефрона®Н не только способствовал поддержанию достигнутого ранее эффекта, но и дополнительно повышал эффективность инициальной терапии на 7%. В общем, через 30 дней наблюдения эффективность лечения с применением Канефрона®Н была выше эффективности терапии без приема данного препарата на 21,8%.


По-видимому, в отсутствие выявляемого возбудителя (или при выявлении его в низких титрах) и пиурии эффективность применения Канефрона®Н обусловлена его противовоспалительным, спазмолитическим и диуретическим эффектом, что делает целесообразным применение данного препарата с целью профилактики рецидивов хронического цистита после достигнутого клинического улучшения, а также для повышения эффективности курса инициальной комплексной терапии.

Следует отметить, что в процессе применения Канефрона®Н в группах А и Б не было зарегистрировано ни одного случая развития побочных эффектов или непереносимости препарата.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что:

– применение фитопрепарата Канефрон®Н в комплексной терапии хронического цистита не только повышает эффективность инициальной терапии (антибактериальной или комплексной, проводимой в отсутствие пиурии), но и способствует достижению более длительной ремиссии заболевания;

– длительный прием Канефрона®Н не сопровождается развитием побочных эффектов.

Таким образом, Канефрон®Н следует рекомендовать к широкому применению у женщин, страдающих хроническим циститом. 

Список литературы:

1. Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике. Врач, №6, 2000, с. 36.
2. Калинина С.Н., Александров В.П., Тиктинский О.Л., Кореньков Д.Г. Канефрон в лечении больных мочекаменной болезнью после оперативных вмешательств. Материалы научных трудов VII Международного Конгресса урологов, Украина, Харьков, 1999, с. 213-214.
3. Калинина С.Н., Тиктинский О.Л., Александров В.П. и соавт. Лечение больных с мочекаменной болезнью (МКБ) Канефроном Н в комбинации с вобензимом при ДЛТ// Пленум правления Российского общества урологов: Материалы, Сочи, 28-30 апреля 2003 г. – М.: 2003, с. 156-157.
4. Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон в урологической практике. Лечащий врач, №6, 1999, с. 38-39.



СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК, МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ТЕЗИСЫ, НЕ ВОШЕДШИЕ В ОСНОВНОЙ СБОРНИК

Выбор метода эфферентной терапии в лечении острого деструктивного пиелонефрита в раннем послеоперационном периоде	28
<i>В.Е. Антонова, А.П. Данилков, А.Г. Наумов, В.А. Кропин</i>	
Особенности противовоспалительного действия гипохлорита натрия при моделировании острого пиелонефрита, уретерита, цистита у крыс	28
<i>А.П. Данилков, В.И. Кирпатовский, Ю.В. Кудрявцев, В.В. Иващенко, П.Л. Пеньков, Л.Н. Лавринова</i>	
Применение лазерного облучения крови для профилактики инфекционных осложнений у детей после дистанционной литотрипсии	29
<i>А.П. Данилков, А.Ю. Павлов, Н.К. Дзеранов, В.В. Иващенко, П.Л. Пеньков</i>	
Корреляция микрофлоры мочевого и половых путей у женщин с хроническим рецидивирующим циститом.	30
<i>К.И. Забиров, В.А. Максимов, Н.И. Борисенко, В.В. Мешков, В.С. Мечик, А.М. Исмаилов</i>	
Экономическое обоснование применения непрямого электрохимического окисления (НЭХО) крови в лечении острого пиелонефрита в ГКУБ № 47	30
<i>И.В. Иванова, В.И. Борисик, А.Г. Наумов, О.А. Васнецова</i>	
Маркетинговое обоснование лечения гипохлоритом натрия острого пиелонефрита методом минимизации затрат	31
<i>И.В. Иванова, В.И. Борисик, А.Г. Наумов, О.А. Васнецова</i>	
Метафалактика камнеобразования у больных с инфицированными мочевыми конкрементами	31
<i>О.В. Константинова, Н.К. Дзеранов, Л.Н. Лавринова, Т.А. Бойко, Т.А. Конькова</i>	
Особенности лечения цистита у больных с цистостомой	32
<i>Н.А. Лопаткин, А.Ю. Альбицкая, Э.К. Яненко, Ю.Н. Ткаченко</i>	
Клинико-микробиологическая эффективность фторхинолонов в лечении инфекций мочевых путей ...	32
<i>В.А. Максимов, К.И. Забиров, В.Ю. Мусаков, Н.И. Борисенко, И.И. Трачук, Д.А. Чепуров</i>	
Клинико-микробиологическая характеристика женщин с хроническим рецидивирующим циститом. ...	33
<i>В.А. Максимов, К.И. Забиров, Н.И. Борисенко, В.В. Мешков, И.С. Балыков, А.Д. Самхарадзе</i>	
Структура заболеваний головки и крайней плоти полового члена по результатам ретроспективного анализа архивного материала.	34
<i>В.А. Максимов, К.И. Забиров, Н.В. Марчук, В.Ю. Мусаков, Д.А. Чепуров</i>	
Опыт работы отделения гравитационной хирургии крови городской клинической урологической больницы № 47 в лечении инфекционных урологических заболеваний	34
<i>А.Г. Наумов, В.А. Максимов, А.П. Данилков</i>	
Динамика показателей ферментативного спектра мочи при озонотерапии острого пиелонефрита	36
<i>Р.М. Сафаров, С.А. Голованов, В.А. Кропин, А.Г. Наумов, В.Е. Антонова, В.В. Дрожжева, Т.А. Конькова, В.В. Щукин</i>	

ВЫБОР МЕТОДА ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В.Е. Антонова, А.П. Данилков, А.Г. Наумов, В.А. Кропин

НИИ Урологии Росздрава, ГКУБ № 47, Москва

Лечение острого деструктивного пиелонефрита представляет определенные сложности, связанные с наличием выраженной эндогенной интоксикации, поэтому помимо традиционной терапии при остром деструктивном пиелонефрите в настоящее время широко применяются эфферентные методы детоксикации.

Целью нашего исследования является определение показаний к применению в раннем послеоперационном периоде плазмафереза и непрямого электрохимического окисления крови методом внутривенного введения гипохлорита натрия и оценка эффективности проводимого лечения.

Материалы и методы. Нами обследовано 30 больных острым деструктивным пиелонефритом, находившихся на лечении в 47 ГКУБ №47 в 2006 году. Всем пациентам выполнены санирующие операции. Плазмаферез проводился пациентам с тяжелым течением заболевания, выраженной интоксикацией, подтвержденной высоким уровнем перекисного окисления липидов (ПОЛ) по данным биохемилюминисцентного анализа, в т. ч. и смешенного генеза (азотемической и воспалительной), бактериотоксическим шоком, полиорганной недостаточностью. Лечение с

применением плазмафереза проводилось у 11 больных.

Гипохлорит натрия в периоде применялся с целью детоксикации у пациентов в состоянии средней степени тяжести, чаще с первичным пиелонефритом, а также у пациентов с нестабильной гемодинамикой и выраженной гипопротейнемией, которым, несмотря на тяжесть состояния, проведение плазмафереза было противопоказано. Активность свободнорадикальных процессов у пациентов средней степени тяжести значительно ниже, чем у пациентов в тяжелом состоянии, потребовавшем проведения плазмафереза. Лечение с применением НЭХО крови было осуществлено у 19 больных.

Результаты. После проведения сеанса плазмафереза отмечалось достоверное снижение образования продуктов ПОЛ с $13,43 \pm 0,46$ до $8,75 \pm 0,32$, т.е. на 34,8% ($p < 0,05$), что сопровождалось снижением температуры тела, уровня лейкоцитов крови, лейкоцитарного индекса интоксикации. Однако у 4 пациентов (37%) отмечалось после кратковременного снижения сразу после процедуры нарастание продуктов ПОЛ сыворотки крови на первые сутки после начала эфферентного лечения, что связано, по нашему мнению, с

улучшением реологии и микроциркуляции в пораженных органах и выходом большого количества токсинов в кровь. Этим пациентам потребовалось проведение повторного сеанса плазмафереза. Соотношение про- и антиоксидантных систем сыворотки крови после курсового лечения методом плазмафереза (на седьмые сутки послеоперационного периода) нормализовалось у всех пациентов (ПОЛ – $10,07 \pm 0,42$; АОЗ – $0,287 \pm 0,020$).

После первого сеанса НЭХО отмечалось некоторое увеличение активных форм кислорода (с $9,61 \pm 0,28$ до $11,29 \pm 0,64$), что связано с освобождением атомарного кислорода при внутривенном введении гипохлорита натрия. Однако АОЗ сыворотки крови после введения гипохлорита натрия возрас- тала, что приводило к нормализации соотношения про- и антиоксидантных систем после курсового лечения гипохлоритом натрия (ПОЛ – $10,62 \pm 0,44$; АОЗ – $0,264 \pm 0,032$).

Заключение. Таким образом, применение БХЛ-анализа при лечении деструктивных форм пиелонефрита дает возможность выбрать оптимальную тактику лечения и повысить эффективность проводимой терапии эфферентными методами.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, УРЕТЕРИТА, ЦИСТИТА У КРЫС

А.П. Данилков, В.И. Кирпатовский, Ю.В. Кудрявцев,

В.В. Иващенко, П.Л. Пеньков, Л.Н. Лавринова

НИИ урологии Росздрава

Цель. Изучить влияние парентерального введения 0,06% раствора гипохлорита натрия на течение воспалительного процесса в почках и мочевых путях в эксперименте.

Материалы и методы. Острый пи-

елонефрит, уретерит, цистит моделировали у 60 белых беспородных крыс-самок массой 200-250 грамм. Животных инфицировали госпитальными штаммами кишечной и синегнойной палочки. Через 3 дня

у всех крыс развивался гнойный воспалительный процесс в почках и мочевых путях. Начиная с четвертых суток эксперимента животным контрольной группы внутрибрюшинно вводили 1 мл физиологического рас-

творя в течение 10 дней, а в исследуемых группах аналогично вводили 1 мл 0,06%-ного раствора гипохлорита натрия. Степень бактериальной обсемененности почек и динамику морфологических признаков воспаления в почках, мочеточниках и мочевом пузыре контролировали на 3-е, 7-е и 10-е сутки парентерального введения физиологического раствора и гипохлорита натрия.

Результаты. Через сутки внутрибрюшинных инъекций в контрольной группе животных при гистологическом исследовании в почках обнаружили выраженное гнойное воспаление вплоть до мозгового вещества, гной в собирательных трубочках. В мочеточниках и мочевом пузыре также имело место гнойное воспаление. У животных исследуемых групп в те же сроки наблюдали серозный пиелонефрит с единичными лейкоцитами в интерстициальной ткани, резкое

полнокровие подслизистого слоя, серозный уретерит, серозный цистит. На третьи сутки после начала внутрибрюшинных инъекций у животных контрольной группы сохранялись признаки выраженного гнойного воспаления в почках и мочевых путях, отмечалась мезенхимальная реакция. В исследуемых группах гистологическая картина свидетельствовала о наличии минимальных признаков воспаления. К 10 суткам в почках и мочевых путях животных контрольной группы при гистологическом исследовании определяли признаки гнойного воспаления с мезенхимальной реакцией, в то время как у животных исследуемых групп в почках и мочевых путях каких-либо выраженных морфологических изменений обнаружено не было. Значения средней величины степени бактериальной обсемененности почек не выявили достоверного различия между кон-

трольной и исследуемыми группами по этому показателю в разные сроки эксперимента.

Заключение. Парентеральное введение 0,06% раствора гипохлорита натрия приводило к значительному снижению выраженности воспалительной реакции в почках, мочеточниках и мочевом пузыре при инфицировании как кишечной палочкой, так и при синегнойной инфекции. Эффективность гипохлорита натрия прослеживалась на ранних и поздних стадиях воспаления. При завершении воспалительного процесса в почках и мочевых путях у крыс в исследуемых группах не обнаружили тканевого морфологического ущерба по сравнению с контролем. Положительное влияние парентерального введения гипохлорита натрия на течение воспалительного процесса в почках и мочевых путях не связано с его бактерицидными свойствами.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ

А.П. Данилков, А.Ю. Павлов, Н.К. Дзеранов, В.В. Иващенко, П.Л. Пеньков

НИИ урологии Росздрава

Цель. Повышение эффективности комплексного лечения хронического бактериального интерстициального нефрита у детей с мочекаменной болезнью при проведении операции ударно-волновой дистанционной литотрипсии.

Материалы и методы. Изучали истории болезней 12 детей, страдающих мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом. Возраст пациентов – от 1 года до 12 лет. Во всех случаях определили высокий титр инфицирования мочи не менее 10^5 КОЕ/мл. При посеве мочи получили кишечную палочку, синегнойную палочку, энтеробактерии. В предоперационном периоде проводили антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры и надвенное облучение крови лазе-

ром (ОКЛ) в течение 2-3 дней по 5-15 минут ежедневно. Мощность лазерного излучения равнялась 1 мВт, длина волны – 636 нм. Облучение крови лазером улучшало реологические свойства крови, микроциркуляцию, повышало биодоступность антибиотиков, стимулировало клеточный и гуморальный иммунитет. В день операции ОКЛ не проводили.

Результаты. В результате проведения комбинированной предоперационной подготовки больных обострение хронического пиелонефрита после сеансов дистанционной литотрипсии наблюдали у 2 пациентов из 12, что составило 17%. ОКЛ и антибактериальную терапию продолжали при обострении воспалительного процесса 3-4 дня до нормализации температуры тела и

показателей лейкоцитарной формулы крови.

Заключение. Таким образом, применение облучения крови лазером и антибактериальной терапии в течение 3-4 дней у детей с мочекаменной болезнью, хроническим пиелонефритом с высокой степенью инфицирования мочи перед дистанционной литотрипсией камней почек и мочеточников позволяет снизить процент осложнений до 17%. Активизация воспалительного процесса возникала при обструкции мочевых путей фрагментами конкрементов, что требовало восстановления адекватного пассажа мочи. Теоретически обостренным является увеличение времени подготовки детей к ДЛТ с использованием ОКЛ до 7-10 дней.

КОРРЕЛЯЦИЯ МИКРОФЛОРЫ МОЧЕВЫХ И ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

К.И. Забиров, В.А. Максимов, Н.И. Борисенко, В.В. Мешков В.С. Мечик, А.М. Исмаилов

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

Одним из наиболее частых заболеваний мочевых путей у женщин является хронический рецидивирующий цистит, этиологическими агентами которого в значительном числе наблюдений являются представители вагинального микроценоза.

Целью исследования явилось изучение состава мочевых и половых путей женщин с хроническим рецидивирующим циститом.

Материалы и методы. Обследованы 43 женщины в возрасте от 17 до 67 лет, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом «хронический рецидивирующий цистит» с длительностью заболевания от 1 года до 12 лет.

Результаты и обсуждение. Частота рецидивирования хронического цистита у обследованных женщин составляла от 1 эпизода в 6-8 месяцев до 1 эпизода в месяц.

У 27 (62,7%) пациенток рецидивы хронического цистита характеризовались болью в нижней части живота, дизурией, у 3 (6,9%) пациенток – макрогематурией и повышением температуры тела до субфебрильных значений. При микробиологическом исследовании мочи и клинического материала уретры, влагалища и цервикального канала у 10 (23,3%) пациенток констатирована идентичность видового состава микрофлоры материала мочевых и половых органов. Преимущественно выявлены условно-патогенные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae spp.* в сочетании с представителями семейства *Mycoplasmataceae (U.urealyticum, M.hominis)*. У 2 (4,7%) пациенток выявлены грибы рода *Candida albicans* в титре 10^4 - 10^5 КОЕ/мл в материале уретры и влагалища, у 4 – *Gardnerella vaginalis*.

Анализ результатов дополнительного обследования показал, что у 16 (37,2%) пациенток имелись хронические воспалительные заболевания половых органов (вагинит, цервицит, сальпингит, сальпингоофорит), у 7 (16,3%) – гормонозависимые заболевания (миома матки, поликистоз яичников), у 4 (9,3%) – бактериальный вагиноз.

Выводы. В результате проведенного исследования установлена высокая частота (62,8%) заболеваний органов половой системы и совпадения микрофлоры мочевых и половых путей (23,3%) у женщин с рецидивирующим течением цистита. Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного обследования женщин с воспалительными урогенитальными заболеваниями.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НЕПРЯМОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОКИСЛЕНИЯ (НЭХО) КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В ГКУБ № 47

И.В. Иванова, В.И. Борисик, А.Г. Наумов, О.А. Васнецова

Городская клиническая урологическая больница № 47, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

С целью повышения эффективности использования коечного фонда и рентабельности оказания медицинской помощи при лечении острого пиелонефрита методом НЭХО крови в 2005-2006 годах в ГКУБ № 47 было проведено исследование. При обработке данных учитывалось количество коек в ГКУБ № 47 (300), необходимые средства для содержания коечного фонда в месяц (597200 руб.), финансирование на каждого пролеченного в месяц (3848 руб.), сумма дохода учреждения в зависимости от количества пациентов, а также сумма необходимых затрат по каждой из альтернатив лечения. Для сравнения в расчетах учитывались стоимость

курсового лечения антибиотиками (цефазолином и миранемом) и НЭХО острого пиелонефрита. Рассчитывалась стоимость применения антибиотиков (цефазолина и миранема) и НЭХО в день, за курс лечения, стоимость расходного материала с учетом годового бюджета рабочего времени персонала. Определялась трудоемкость услуги в условных единицах труда, оплата за весь курс лечения и некоторые другие показатели.

Впервые проведенные маркетинговые исследования медицинской услуги НЭХО крови подтверждают экономическую обоснованность метода и необходимость его дальнейшего внед-

рения в практику. Из анализа расчетов следует, что при использовании метода НЭХО расходы окупаются полностью даже при частичном заполнении коек. Данный метод лечения позволяет обосновать выбор НЭХО как наиболее экономичный, эффективный, доступный и с хорошей переносимостью. Об этом свидетельствует клинический опыт применения метода лечения в отделении гравитационной хирургии крови ГКУБ № 47, а также сокращение показателей койко-дня пребывания в стационаре. Невостребованную часть средств коечного фонда ГКУБ № 47 может переводить в доход учреждения и на развитие ЛПУ.

МАРКЕТИНГОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОХЛОРИТОМ НАТРИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА МЕТОДОМ МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ

И.В. Иванова, В.И. Борисик, А.Г. Наумов, О.А. Васнецова

Городская клиническая урологическая больница № 47, ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Пиелонефрит – достаточно распространенное заболевание, которым чаще страдают люди молодого возраста, что имеет важное социальное значение. Консервативное лечение с применением антибактериальных препаратов далеко не всегда эффективно и имеет достаточно много побочных действий. Не редко курс терапии антибиотиками превышает среднемесячный доход пациента, что сейчас особенно актуально для большей части населения. В настоящее время для лечения острого пиелонефрита все большей популярностью пользуется применение непрямого электрохимического окисления крови (НЭХ). Этот метод лечения обладает бактерицидным действием, быстро купирует интоксикацию, снижает

активность воспаления, стимулирует иммунитет, а также имеет целый ряд других положительных эффектов. Он удобен в применении, безопасен и, что немаловажно, требует минимальных материальных затрат.

Целью исследования был маркетинг медицинской услуги НЭХО крови при лечении больных острым пиелонефритом в ГКУБ № 47. Для сравнительного анализа медицинской услуги метода НЭХО крови использовались антибиотики меропенем и цефазолин (один из самых дорогих и дешевых препаратов соответственно). Проведены расчеты стоимости медицинской услуги с применением этих лекарственных препаратов методом минимизации затрат, с учетом пос-

тоянных (питание, обследование, диагностика и др.) и переменных затрат (лечение в зависимости от диагноза). По результатам исследования установлено, что лечение пиелонефрита методом НЭХО дешевле, чем цефазолином – в 3,2 раза, а меропенемом – в 45,8 раза. Таким образом, курс лечения НЭХО составил 224,44 рубля, цефазолином – 722,63 рубля и миранемом – 10278,87 рублей.

Клиническая эффективность и обоснование применения гипохлорита натрия не вызывают сомнения и представлены в методических рекомендациях № 99/20, «Показания к НЭХО крови 0,06%-ным раствором гипохлорита натрия при остром пиелонефрите», МЗ РФ НИИ урологии, 2000 год.

МЕТАФАЛАКТИКА КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ МОЧЕВЫМИ КОНКРЕМЕНТАМИ

О.В. Константинова, Н.К. Дзеранов, Л.Н. Лавринова, Т.А. Бойко, Т.А. Конькова

НИИ урологии Росздрава, Москва

Медикаментозная коррекция нарушений обмена литогенных веществ у пациентов с уролитиазом является важным патогенетическим звеном в профилактике роста и рецидивов образований мочевых камней. Однако существует категория больных, у которых наряду с мочекаменной болезнью диагностируют инфекционно-воспалительный процесс в почках.

Целью настоящей работы было определение возможностей профилактики роста конкрементов у больных с инфицированными мочевыми камнями.

Под динамическим амбулаторным контролем в течение 1,5-3 лет находилось 12 пациентов в возрасте

от 25 до 66 лет с фосфатными камнями. При микробиологическом исследовании мочи у всех больных обнаружена уреазопродуцирующая микрофлора. Каждому больному назначали строго индивидуально – согласно данным посева мочи, антибиотикограммы, биодоступности и эффективности препаратов – антибактериальное лечение, а также лекарственные средства, воздействующие на обмен камнеобразующих веществ.

Анализ результатов лечения пациентов с кальций-фосфатным уролитиазом показал, что у всех больных был достигнут частичный метаболический эффект. По данным ультразвукового исследования почек, осу-

ществляемого не реже 1 раза в полгода, отмечен рост конкрементов в 100% случаев. Несмотря на регулярную терапию, направленную на снижение активности пиелонефрита, стойкой длительной ремиссии, по данным бактериологического и общего клинического анализа мочи, не выявлено.

На основании полученных результатов можно сделать предварительное заключение. Предотвращение роста инфицированных фосфатных конкрементов в настоящее время малоэффективно и, вероятно, в ряде случаев, целесообразно удаление камней с последующим проведением комплексной профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ЦИСТОСТОМОЙ

Н.А. Лопаткин, А.Ю. Альбицкая, Э.К. Яненко, Ю.Н. Ткаченко

НИИ урологии Росздрава, Москва

Основной причиной развития осложнений у больных с цистостомическим дренажом является инфекция нижних мочевых путей. У больных аденомой простаты она присутствует у 80% пациентов (Быков И.М., Скоробогатов В.М. (1976) Anikwe (1977); Осипов В.П. (1983); Кучук Я.И., Лямин Б.А. (1991); Минаков, Мкртчян (1993); Шабад и соавт., (1995); С.Д. Дорофеев и соавт. (2000), а при возникновении ОЗМ производимая во многих случаях катетеризация мочевого пузыря служит причиной ее обострения. Цистостома, позволяя восстановить отток из мочевого пузыря, в то же время является дополнительным источником инфекции и кроме того механическим фактором травмы слизистой мочевого пузыря. При этом опорожнение мочевого пузыря зачастую происходит самотеком – пассивно.

Цель. Улучшение результатов лечения воспалительных изменений мочевого пузыря у больных с цистостомическим дренажом, предотвращение развития осложнений.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 85 больных с аденомой предстательной железы и цистостомой, находящихся на лечении в НИИ урологии и ГКУБ №47. На дооперационном этапе 50 пациентам (основная группа) выполнялась тренировка основных функций мочевого пузыря на фоне проводимой комплексной антибактериальной терапии, в сочетании с альфа-адреноблокаторами и, при необходимости, эфферентными

методами лечения. В контрольную группу вошли пациенты, которым тренировка мочевого пузыря не производилась. 18 пациентов основной группы поступили в стационар с эпицистостомой, установленной в сроки от 1 до 3 месяцев, в других учреждениях, ранее проводилась комплексная противовоспалительная терапия без тренировки мочевого пузыря. У 8 из них уже имелись признаки малого мочевого пузыря, емкость которого составляла 80-120 мл. Для определения функционального состояния нижних мочевых путей пациентам выполнялись цистометрия и урофлоуметрия по цистостомическому дренажу в сочетании со стандартным обследованием больных с аденомой предстательной железы. Тренировку мочевого пузыря начинали со 2-го дня после троакарной цистостомии, пережимая отводящую дренажную трубку до позыва к мочеиспусканию с последующим опорожнением мочевого пузыря. Противопоказанием к тренировке мочевого пузыря явились следующие осложнения: атоничный мочевой пузырь, острый пиелонефрит, выраженный пузырно-лоханочный рефлюкс, макрогематурия и сохраняющаяся после цистостомии дилатация верхних мочевых путей.

Результаты. Антибактериальная терапия, проводимая согласно посеву мочи, в сочетании с тренировкой мочевого пузыря имела более выраженный эффект у пациентов основной группы в сравнении с контрольной, кроме того 8

пациентам, с выявленными ранее признаками малого мочевого пузыря, после проведенного лечения удалось увеличить емкость последнего до 250-300 мл. Отмечено снижение количества лейкоцитов и титра бактериурии у 43 (86%) больных основной группы. При выполнении радикальной операции – ТУР или чреспузырной аденомэктомии производилась биопсия стенки мочевого пузыря с последующим гистологическим исследованием, причем пациенты основной группы отличались менее выраженными воспалительными изменениями слизистой и отсутствием признаков атонии стенки мочевого пузыря.

Обсуждение. В афункциональном мочевом пузыре инфекционный процесс протекает сложнее, плохо поддается лечению и служит причиной уменьшения его емкости. Одним из факторов, позволяющих избежать прогрессирования воспалительного процесса в мочевом пузыре, является его тренировка, т.е. восстановление его основных функций – накопительной и выделительной. В пассивном, афункциональном мочевом пузыре, нарушается как кровоснабжение, так и лимфоотток (Andersen, Bradley, 1976; Chute 1993; Ю.А. Пытель, 1994; О.Б. Лоран, 1996; А.В. Зайцев, 1999), что способствует поддержанию воспалительного процесса. Таким образом, тренировка мочевого пузыря является ведущим фактором в лечении воспалительного процесса и профилактики малого мочевого пузыря.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРХИНОЛОНОВ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

В.А. Максимов, К.И. Забиров, В.Ю. Мусаков, Н.И. Борисенко, И.И. Трачук, Д.А. Чепуров

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

Урогенитальные инфекции представлены различными заболеваниями, обусловленными преимущественно грамотрицательными и грамположительными микроорганизмами. Вопрос о значении генитальных микоплазм в их развитии является дискуссионным. Среди препаратов различных фармакологических групп, применяемых для лечения боль-

ных с урогенитальными инфекциями, важное место занимают фтор хинолоны, характеризующиеся широким спектром антибактериальной активности и высоким профилем безопасности.

Цель исследования: оценить клиническую и микробиологическую эффективность левофлоксацина в терапии урогенитальных инфекций.

Материалы и методы: клиничко-микробиологическое обследование и лечение проведено 42 больным ИМП в возрасте 20-50 лет, разделенным на две группы. I группу составили 22 женщины (10 – с хроническим циститом в стадии обострения и 12 – с хроническим не-обструктивным пиелонефритом в стадии обострения); II группу составили

~ Хронический цистит в стадии обострения
1-2-3- дни однократно внутрь по 200 мг один раз в сутки.
Курсовая доза – 600 мг

~ Хронический необструктивный пиелонефрит в стадии обострения
~ Хронический калькулезный простатит в стадии обострения
~ Острый эпидидимит
~ Острый эпидидимоорхит
1-12 дни по 200 мг один раз в сутки

Рисунок. Алгоритм назначения левофлоксацина в составе комплексной терапии ИМП

20 мужчин (11 – больных хроническим калькулезным простатитом в стадии обострения, 6 – острым эпидидимитом, 3 – острым эпидидимоорхитом). В работе использовали клинические, микробиологические, молекулярно-биологические (ПЦР), инструментальные, ультразвукографические методы исследования. Алгоритм назначения левофлоксацина в составе комплексной терапии ИМП изображен на рисунке.

Результаты и обсуждение: анализ полученных данных позволил установить полиэтиологический характер воспалительного процесса у обследованных

больных ИМП, при этом у 16 (38,1%) пациентов одновременно выявлено 2-4 возбудителя заболевания в различных сочетаниях. Наряду с представителями семейства Enterobacteriaceae (преимущественно E.coli), обнаружены U.urealyticum – у 12 (28,5%) и грибы Candida albicans – у 5 (11,9%) пациентов. В результате комплексного лечения с использованием левофлоксацина у 90,9% больных I группы установлена клиническая и у 81,8% – микробиологическая эффективность терапии. Во II группе больных наиболее выраженная положительная динамика отмечена у пациентов с

эпидидимитом и эпидидимоорхитом – у всех констатировано клинко-микробиологическое излечение. Из 11 больных простатитом клиническое излечение достигнуто у 9, улучшение – у 2 пациентов. Побочные явления при применении левофлоксацина имелись у 2 (4,8%) пациентов (головная боль, тошнота).

Выводы: частота выявления генитальных микоплазм (U.urealyticum) у больных ИМП составляет 28,6% наблюдений. Применение левофлоксацина в лечении больных ИМП продемонстрировало высокую эффективность и хорошую переносимость препарата.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

В.А. Максимов, К.И. Забиров, Н.И. Борисенко, В.В. Мешков, И.С. Балыков, А.Д. Самхарадзе
Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

Хронический рецидивирующий цистит у женщин – актуальная проблема в урологии в связи с широким распространением заболевания, негативным влиянием на качество жизни больных. В последние годы отмечается возросший интерес исследователей к изучению роли генитальных микоплазм в генезе воспалительных заболеваний мочевыводящих органов.

Цель исследования: оценить частоту выделения генитальных микоплазм в сопоставлении с клинической картиной у женщин с хроническим рецидивирующим циститом.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 43 женщин в возрасте от 17 до 47 лет с диагнозом «хронический рецидивирующий цистит». В работе использовали клинические, микробиологические, уретроцитоскопические, ультразвукографические методы исследования.

Результаты и обсуждение: клиническая картина обследованных женщин характеризовалась дизурией у 21 (48,84%), вагинальными выделениями – у 18 (41,86%), болями в нижней части живота – у 12 (27,9%) пациенток. У 20

(46,51%) пациенток имелись указания на перенесенный сальпингоофорит, у 17 (39,53%) – нарушение менструальной функции, у 12 (27,9%) – бактериальный вагиноз, у 7 (16,28%) – эктопию шейки матки. Ранее проводилась антибактериальная терапия по поводу обнаружения U.urealyticum 6 (13,95%) пациенткам.

При ультразвукографическом исследовании ни в одном наблюдении изменения в верхних отделах мочевыводящей системы не выявлены. В то же время имелись ультразвуковые признаки миомы матки у 6 (2,58%), сальпингоофорита – у 14 (32,56%), кисты яичников – у 5 (11,63%), утолщения стенки мочевого пузыря – у 16 (37,21%) пациенток.

При микробиологическом исследовании мочи и клинического материала уретры, цервикального канала и влагалища у 30 пациенток были выявлены следующие микроорганизмы: U.urealyticum – у 8 (18,6%), в сочетании с грибами рода Candida albicans – у 11 (25,58%), M.hominis в сочетании с грибами рода Candida albicans – у 7 (16,28%), M.genitalium – у 1 (0,43%) пациентки. Кроме этого, у 11 (25,58%)

обследованных женщин выявлены E.coli, Staphylococcus spp., Streptococcus viridens в титре 104-106 КОЕ/мл.

При уретроцитоскопическом исследовании у 41 (95,35%) женщин выявлены признаки воспалительного процесса – гиперемия, отек слизистой оболочки уретры, мочевого пузыря, усиление сосудистого рисунка, псевдокапиллярные образования, более выраженные в области шейки мочевого пузыря. В результате проведенного лечения с использованием препаратов из группы фторхинолонов положительная динамика в течении цистита коррелировала с эрадикацией генитальных микоплазм (U.urealyticum, M.denitalium) у 6 из 9 пациенток.

Выводы: частота выделения генитальных микоплазм в составе микробных ассоциаций у обследованных женщин с хроническим рецидивирующим циститом составила 37,2% наблюдений, что свидетельствует об этиологическом значении представителей семейства Mycoplasmataseae в генезе воспалительного процесса и необходимости назначения лекарственных средств, обладающих широким спектром антимикробной активности.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВКИ И КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА АРХИВНОГО МАТЕРИАЛА

В. А. Максимов, К.И. Забиров, Н.В. Марчук, В.Ю. Мусаков, Д.А. Чепуров

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва.

Заболевание головки и крайней плоти полового члена являются актуальной проблемой урологии в виду их широкого распространения, возможности развития осложнений и негативного влияния на качество жизни больных.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ структуры заболеваний головки и крайней плоти полового члена.

Материала и методы: изучение архивного материала ГКУБ № 47 Москвы – истории болезни больных заболеванием головки и крайней плоти полового члена за период с 1994 по 2004 г.г.

Результаты и обсуждение. За период с 1994 по 2004 г.г. на стационарном лечении в ГКУБ № 47 находился 641 мужчина в возрасте от 17 до 79 лет с диагнозом: фимоз – у 480, парафимоз – у 21, баланопостит – у 20, остроконечные кондиломы (по МКБ X – аногенитальные бородавки) – у 116, злокачественные новообразования головки полового члена – у 4 больных. Большинство

больных находились в возрасте 17-29 лет (60,4%); пациенты 30-44 лет и 45-59 лет составили 14,8% и 14,2% наблюдений соответственно. Проведенный анализ позволил выявить некоторые закономерности в возрастном составе в зависимости от диагноза заболевания: 35% больных баланопоститом находились в возрасте 60-74 лет. Среди больных остроконечными кондиломами большинство (80,1%) составляли лица, находившиеся в возрасте наибольшей сексуальной активности – 17-29 лет. Высокие показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями полового члена в этой же возрастной группе согласуются с данными литературы о роли вирусов папилломы человека, в иницировании как остроконечных кондилом, так и неоплазий у лиц обоего пола.

Дополнительный анализ ретроспективного материала позволил установить связь фимоза с наличием баланопостита у 34,9% пациентов, длительность которого составляла

от 1 до 14 лет; при этом выявлена корреляция частоты рецидивов баланопостита с частотой развития фимоза. Анализ факторов, предрасполагающих к развитию баланопостита и дальнейшего рубцового сужения крайней плоти показал, что у 40,5% пациентов имелась удлиненная крайняя плоть, у 13,5% – сужение внутреннего листка крайней плоти.

Оценить этиологическую структуру возбудителей баланопостита в полном объеме не представилось возможным.

Выводы. Результаты проведенного ретроспективного анализа архивного материала позволили установить некоторые закономерности структуры заболеваемости головки и крайней плоти полового члена за длительный промежуток времени (1994-2004г.г.), что позволит определить направление организационных мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи стационарным больным.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ГРАВИТАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ КРОВИ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 47 В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.Г. Наумов, В.А. Максимов, А.П. Данилков

НИИ Урологии Росздрава, ГКУБ № 47, Москва

По распоряжению главного врача больницы № 47 и при активном содействии отдела эфферентной терапии НИИ Урологии в 300 койном стационаре в конце 2000 года было сформировано отделение гравитационной хирургии крови (ГХК). В штатном расписании отделения числятся три врача, четыре медицинские сестры. Оно рассчитано на одновременное лечение 7

больных. В отделении ГХК есть все условия для проведения самого современного лечения: квантовой интравазальной терапии (лазерное и ультрафиолетовое облучение крови), лечения физиологическими окислителями (озонотерапией и непосредственным электрохимическим окислением (НЭХО) крови), гемосорбцией и плазмаферезом. В отделении реанимации выделено отдельное

помещение для лечения гемодиализом и проведения суточной слаботорочной гемодиализации. Для осуществления динамического контроля за эффективностью лечения методами гемокоррекции, отделение ГХК оснащено биохимическим люминометром. Исследование у пациентов перекисного окисления и антиоксидантной защиты сыроворотки крови и мочи позволяет в

считанные минуты определять выраженность активности воспаления и произвести расчет необходимой им детоксикационной нагрузки.

Ежегодно в отделении получают лечение 10-15 % всех поступивших пациентов в стационар за год. В 2002 году 504 больных, в 2003 году 698, в 2004 году 724, в 2005 году 873 и в 2006 году 792. Всего за последние пять лет в отделении оказали помощь 3591 больному, которым было сделано 13844 сеансов эфферентной терапии.

По поводу воспалительных урологических заболеваний лечение получили 95-97 % всех больных (12896 сеансов эфферентной терапии). Из них у 75-82 % пациентов лечили острые и хронические инфекционные урологические заболевания и 12-16% проводили профилактику возможных обострений хронических воспалительных заболеваний перед оперативными вмешательствами (ТУР аденомы предстательной железы, ДЛТ, полостными и эндоскопическими вмешательствами), а также манипуляциями с дренажами (нефро и цистостомами). Остальные 3-5 % (не воспалительных урологических заболеваний) пришлось на больных с ХПН, после пластических хирургических вмешательств, онкоурологическими заболеваниями, с лекарственной болезнью (аллергия, дисбактериозы) и т.д., а также с сопутствующими заболеваниями (пневмония, сахарный диабет и т.д.).

В структуре нозологических единиц, по поводу которым проводилось лечение в отделении ГХК, были в 48-56 % пиелонефрит, 8-10% простатит, реабилитация после хирургических вмешательств на «хронических очагах инфекции» 3-9 %, 4,2-7% эпидидимоорхиты, цистит в 2-4 % случаев и другие 1-1,5 % (каверниты, уретриты, баланопоститы, абсцесс мошонки, нагноение олеогранулемы и т.д.).

Всего за последние пять лет в отделении ГХК по поводу лечения инфекционных урологических заболеваний было проведено: 731 сеанс лазерного облучения крови, 435 ультрафиолетового облучения крови, 6135 сеансов озонотерапии, 4986 НЭХО крови, 245 сеансов гемосорбций, 315 плазмаферезов, 14 гемодиализов и 35 сеансов слабopotочной гемодиализации. Курс лечения пациентов, как правило, составлял от 2 до 5 процедур. У некоторых больных количество процедур было от 9 до 16, что определялось либо их тяжестью состояния, или неоднократными обострениями у них воспалительного урологического заболевания в пределах одной госпитализации.

Наиболее часто мы применяли НЭХО крови, что согласуется с высокой эффективностью этого метода лечения самых разных воспалительных урологических заболеваний. Последние годы отмечался стабильный рост применения озонотерапии. Эта методика хорошо себя зарекомендовала в лечении вялотекущих урологических воспалительных заболеваний, в реабилитации после оперативных вмешательств на «хронических очагах инфекции», в том числе и у соматически ослабленных пациентов.

Постепенно накапливается опыт применения лазерного облучения крови, о чем свидетельствует неуклонное увеличение и расширение показаний к лечению этим методом. В основном лазерное облучение крови применялось в виде монотерапии. Другой диапазон света видимого спектра – ультрафиолетовый, использовался, как сильное бактерицидное и иммуностимулирующее средство.

Необходимо подчеркнуть, что гемосорбция и плазмаферез сегодня остаются одними из самых эффективных видов лечения инфекцион-

ных воспалительных заболеваний. Эти методы детоксикации способствуют наиболее полной элиминации токсинов (микробов, циркулирующих иммунных комплексов, эндогенных токсинов и т.д.).

Современное отделение реанимации хирургического стационара невозможно представить без аппаратов для проведения «острого» гемодиализа и слабopotочной гемодиализации. Применение этих методов для лечения бактериотоксического шока, уросепсиса и полиорганной недостаточности позволили в последние годы снизить летальность в ГКУБ № 47 в несколько раз.

У каждого из перечисленных выше методов экстракорпорального лечения имеются свои показания и ограничения в применении. Сочетанное, последовательное их использование значительно расширяет возможности детоксикации и гемокоррекции, а значит и результаты лечения.

Эфферентные методы лечения экономичны и безопасны. Их активное применение в комплексном лечении инфекционных урологических заболеваний позволяют быстрее осуществить детоксикацию организма больного. При этом повышается эффективность проводимого антибактериального и противовоспалительного лечения; сокращается количество курсов, хорошо лечатся осложнения и побочные действия лекарственной терапии. Своевременное применение эфферентной терапии уменьшает риск развития и количество инфекционно-воспалительных осложнений, в том числе требующих органовыносящих операций. При применении методов гемокоррекции, приближаясь к стандартам лечения, сокращаются сроки госпитализации и, соответственно, койко-день. В итоге уменьшаются страдания пациентов.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕРМЕНТАТИВНОГО СПЕКТРА МОЧИ ПРИ ОЗОНОТЕРАПИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Р.М. Сафаров, С.А. Голованов, В.А. Кропин, А.Г. Наумов, В.Е. Антонова, В.В. Дрожжева, Т.А. Конькова, В.В. Щукин
НИИ Урологии Росздрава, ГКУБ № 47, Москва

В группу исследования входило 15 урологических больных с острым необструктивным пиелонефритом к стандартной консервативной терапии, у которых добавляли курс внутривенной озонотерапии. В контрольную группу вошло 18 больных с острым пиелонефритом, которым не проводилась озонотерапия. Возраст пациентов составлял от 17 до 45 лет. Забор мочи для исследования выполнялся до начала озонотерапии, через сутки после первого сеанса, на 3-4 и 7-е сутки проведения курса лечения.

Основным источником ферментов мочи являются клетки проксимальных канальцев, составляющие около 42% массы почечной ткани. В эпителии этого отдела нефрона локализуется большая группа (более 30) ферментов лизосом и ферментов мембран краевой щеточной каемки. Нами исследовалась активность следующих ферментов: щеточной каемки – гаммаглутамилтрансфераза (ГГТ), щелочная фосфатаза (ЩФ); цитозольные – лактатдегидрогеназа (ЛДГ).

Время течения заболевания к моменту начала проведения озонотерапии составляло $3,43 \pm 0,22$ дня. Для всех пациентов было характерно наличие синдрома эндотоксикоза.

На первые сутки от начала озонотерапии отмечено повышение активности ферментов щеточной каемки в группе исследования с исходных $33,8 \pm 2,59$ до $45,19 \pm 0,94$ ед/л ($p < 0,05$). Показатели активности ЛДГ снизились с $3,49 \pm 0,58$ до $2,37 \pm 0,74$ ед/л ($p < 0,05$), по всей видимости, в связи с противовоспалительным воздействием озонотерапии. В группе контроля значимой динамики не отмечалось.

К 3-4 суткам в группе исследования отмечается снижение активности ЩФ и ГГТ ниже исходного уровня. Динамика снижения активности ЛДГ сохранялась, а у 10 пациентов (66,7%), достигала уровня нормальных значений. В группе контроля снижения активности исследуемых ферментов не происходило.

При контроле ферментного спектра

на 7-е сутки исследования в группе с применением озонотерапии сохраняется тенденция к снижению активности мембраносвязанных ферментов ($12,33 \pm 0,76$ ед/л), тем не менее он оставался несколько выше нормы находящейся в пределах 2-10 ед/л. Активность ЛДГ у всех пациентов данной группы находилась в пределах нормы составляющей 0-2 ед/л. В группе контроля активность исследуемых ферментов к концу исследования оставалась выше, чем в группе с озонотерапией, и тенденция к ее снижению была минимальной.

Таким образом, мы рекомендуем применение внутривенной озонотерапии в комплексном лечении острого пиелонефрита, так как озон обладает выраженным противовоспалительным потенциалом, а так же положительно влияет на восстановление структуры и функции клеток эпителия проксимальных канальцев почек и, по всей видимости, обладает мембранопротективным эффектом.

ПЕРВЫЙ В РОССИИ ЕЖЕГОДНЫЙ СПРАВОЧНИК

КАЛЕНДАРЬ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ РОССИИ на 2007 год (4-е издание)



Тираж 6000 экз.

В Календаре представлена информация о медицинских выставках, конгрессах, симпозиумах, конференциях России с указанием даты и места проведения, а также координат организаторов — 1-я часть. Тематические мероприятия по разделам медицины — 2 часть.

Для удобства пользователей мероприятия ДВУХ СТОЛИЦ выделены на цветных страницах в конце издания.

Принимаются заявки на приобретение «Календаря-2007»

МЕДЛАЙН
Media

Тел./факс: (812) 702-47-72, 552-76-57,
тел. (812) 947-25-56
E-mail: mmk@medline-m.spb.ru
www.medline-media.spb.ru

14-ая 14th
МЕЖДУНАРОДНАЯ INTERNATIONAL
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ SPECIALIZED
ВЫСТАВКА EXHIBITION

аптека

2007



Министерство
здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
Ministry of Healthcare &
Social Development of
Russian Federation

23-26 ОКТЯБРЯ
МОСКВА, СК "ОЛИМПИЙСКИЙ"

OCTOBER 23-26
MOSCOW, SC "OLYMPIISKY"

НЕДЕЛЯ
ПРОФЕССИОНАЛОВ
ФАРМИНДУСТРИИ

VII Международная Ассамблея
НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ
ТЕХНОЛОГИИ

**ВЫСТАВКА "АПТЕКА" –
ВЫСТАВКА СПЕЦИАЛИСТОВ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
НА БЛАГО ЛЮДЕЙ**

КОНТАКТЫ:

ТЕЛ.: 105-65-61/62

WWW.APTEKAEXPO.RU

ОРГАНИЗАТОРЫ:



МЕССЕ



информационная поддержка:

ИНФОРМАЦИОННАЯ
ПОДДЕРЖКА:

APTEKA EXPO

ФАРМА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ УРОЛОГИИ РОСЗДРАВА
ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Первый образовательный сертификационный курс

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

междисциплинарная проблема

19 - 21 июня
КИСЛОВОДСК
2007

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в первом образовательном сертификационном курсе по вопросам мужского здоровья, который состоится в г. Кисловодск в здании Государственной Филармонии на Кавказских Минеральных Водах 19 - 21 июня 2007 г. В работе данного форума примут участие ведущие урологи, эндокринологи, кардиологи, гинекологи, психиатры, сексологи, неврологи, а также специалисты смежных областей, занимающихся проблемами мужских заболеваний, из различных головных государственных медицинских учреждений.

В рамках данного мероприятия будет освещен широкий круг проблем, стоящих перед современной медициной:

1. *Метаболический синдром*
2. *Андрогендефицитное состояние у мужчин*
3. *Неврологические заболевания мужчин*
4. *Онкологические заболевания у мужчин*
5. *Кардиологические аспекты здоровья мужчины*
6. *Заболевания предстательной железы*
7. *Сексуальные расстройства*
8. *Инфекции, передающиеся половым путем*
9. *Круглый стол по проблемам бальнеологического лечения и реабилитации мужчин при различных заболеваниях*

Актуальность проведения подобного мероприятия продиктована необходимостью постоянно повышения квалификации врачей первичного звена и санаторно-курортного сектора в структуре здравоохранения. Это позволит в значительной степени оптимизировать медицинскую помощь при различных мужских заболеваниях, улучшить состояние дел с диспансеризацией и профилактическим обследованием мужского населения страны.

Мы надеемся, что данный образовательный курс будет плодотворным и позволит ознакомить участников мероприятия с новейшими достижениями в профилактике, диагностике и лечении многих мужских заболеваний, а также определит перспективные совместные научные направления для стандартизации методов санаторно-курортного лечения при различных мужских заболеваниях и оставит приятные воспоминания о нашей встрече.

Доводим до Вашего сведения о переносе конгресса "Мужское здоровье" на 2008 год, в связи с проведением очередного съезда Российского общества урологов, запланированного на ноябрь 2007 года.

Ответственные за проведение курса:

Директор НИИ урологии Росздрава, академик РАМН,
Президент Российского общества урологов
Н.А. Лопаткин

Председатель Всероссийского общества "Мужское здоровье",
Заведующий отделом андрологии НИИ урологии Росздрава
Профессор А.А. Камалов

Современные принципы диагностики, профилактики

8-9 февраля 2007 года в НИИ урологии Росздрава была проведена Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные принципы диагностики, профилактики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов». Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения и социального развития РФ (приказ МЗСР РФ № 52 от 22.01.07), НИИ урологии Росздрава и Российское общество урологов. В работе конференции приняли участие свыше 320 делегатов из 41 города России, а также делегаты из Украины, Белоруссии и Казахстана. В выставочной экспозиции приняли участие 29 отечественных и иностранных фармацевтических фирм.



Н.А. Лопаткин
Академик РАМН, профессор,
директор НИИ урологии Росздрава

Сегодня перед урологами стоит очень большая проблема – проведение противовоспалительной терапии при различных воспалительных заболеваниях мочеполовых путей. Важность этого вопроса заключается в том, что за последние годы мы с вами можем отметить отсутствие фундаментальных исследований в изучении воспалительного процесса. В нашей работе приходится руководствоваться теми достижениями, которые были лет пятьдесят тому назад. Это труды Ипполита Васильевича Давыдовского, посвященные изучению воспалительного процесса в различных органах. Труды профессора Игнатова, посвященные воспалительному процессу, изучению его стадий, течений в различных органах. А это имеет очень большое значение, поэтому на сегодняшний день мне кажется, что в наших фундаментальных исследованиях надо вернуться прежде всего к изучению течения самого воспалительного

процесса. При огромном количестве противовоспалительных препаратов, антибиотиков, химиопрепаратов создаются колоссальные трудности в выборе того или иного лекарственного препарата для лечения того или иного воспалительного заболевания – в почке, в предстательной железе, в мочевом пузыре и т.д. Врач не имеет возможности охватить своими познаниями все это изобилие лекарственных препаратов. Я не сомневаюсь в том, что эти трудности встречаются не только у меня, но и встречаются в вашей практической деятельности. Выбор чрезвычайно затруднителен. Я не думаю, что наша сегодняшняя конференция разрешит все эти вопросы. Но я надеюсь, что мы найдем пути из того непонятного разноречия в процессах диагностики и лечения различных заболеваний, применения различных антибиотиков и химиопрепаратов, но я далеко не уверен, что мы решим все эти вопросы.

и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и половых органов

При открытии конференции под председательством директора НИИ урологии, академика Н.А. Лопаткина было зачитано приветственное письмо от заместителя министра здравоохранения и социального развития В.И. Стародубова. С приветственной речью выступил заместитель директора Департамента развития медицинской помощи и курортного дела МЗСР РФ К.А. Виноградов

На первом пленарном заседании президентом Международного общества по химиотерапии (ICC) Куртом Набером было сделано два доклада. В первом докладе озвучено новое руководство по ведению больных с неосложненной инфекцией мочевых путей (НИМП) Европейской урологической ассоциации 2006 года. Также были доложены результаты Международного эпидемиологического исследования антимикробной резистентности возбудителей острого цистита (ARESC), которое проводилось с сентября 2003-го по июнь 2006 года. В этом исследовании принял участие 61 медицинский центр из 10 стран, из них 10 центров – из России. Из 3254 исследованных уропатогенов в 76,3% возбудителем НИМП является кишечная палочка. Наименьший процент чувствительных штаммов возбудителей НИМП выявлен к ко-тримоксазолу и ампициллину – менее 80%. От 80 до 90% – к налидиксовой кислоте, амоксиклаву и цефуроксиму, и свыше 90% чувствительных штаммов выявлено к фосфомицину, мецилиламу, нитрофурантоину, цiproфлоксацину.

В настоящее время рекомендованы короткие курсы лечения острого бактериального цистита: монодозная терапия фосфомицином, трехдневный курс лечения фторхинолонами и пятидневный курс нитрофуранами. У беременных рекомендованы для лечения НИМП фосфомицин, нитрофурантоин, цефалоспорины, пенициллины, и не рекомендованы триметоприм

и сульфаметоксазол. Для профилактики рецидивирующей ИМП рекомендованы фосфомицин, нитрофурантоин, триметоприм, цефалексин (во время беременности) и фторхинолоны (нофлоксацин и цiproфлоксацин) – при наличии клиники цистита. Снижение риска рецидива ИМП при применении вакцины Уроваксом (16,7%) значительно хуже, чем применение антибиотиков (81,2%). У женщин в постменопаузе применение эстриола значительно снижает риск рецидива инфекции.

Второй доклад Курта Набера был посвящен простатиту. Исследования по распространенности острого и хронического бактериального простатита, у которых критерии включения идентичны, практически не существует. Нет абсолютной уверенности, что инфекция является причиной развития острого и хронического простатита. Наиболее частыми возбудителями острого бактериального простатита (ОБП) микроорганизмы кишечной группы. Фторхинолоны и бета-лактамы антибиотики рекомендованы для лечения ОБП в течение 2-4 недель после достижения клинического эффекта. Одним наиболее предрасполагающим фактором является инфекция мочевых путей, без ИМП частота бактериального простатита не более 3%.



Т.С. Перепанова
д.м.н., НИИ урологии Росздрава

Из доказанных возбудителей хронического простатита (ХП) отмечают *E.coli*, *Klebsiella spp*, *Proteus mirabilis*, *Paeruginosa*. Из сомнительных – коагулазонегативные





стафилококки, стрептококки, коринебактерии, хламидии, микоплазмы, анаэробы, грибы и трихомонады. Антибиотики – фторхинолоны, альфа-1 адреноблокаторы и противовоспалительные препараты являются препаратами выбора при лечении ХП. Однако при исследовании рандомизированных клинических исследований при оценке эффективности применения этих групп препаратов для лечения ХП равна 22-66%, по сравнению с плацебо:16-40%. Диагностика ХБП очень сложна. Неизвестно, является ли инфекция причиной ХБП или

она обусловлена сопутствующими заболеваниями. Фторхинолоны продемонстрировали высокую эффективность, но их применение у больных ХБП нуждается в подтверждении в ходе плацебоконтролируемых исследований. Предполагаемый патогенетический механизм включает в себя: инфекцию, расстройство мочеиспускания и нейромускулярные расстройства, боль по типу нейропатии, интерстициальный цистит, иммунные нарушения. Необходимы плацебоконтролируемые исследования. В программном докладе главного

научного сотрудника НИИ урологии д.м.н. Т.С. Перепановой отражены современные представления об осложненной и внутрибольничной, госпитальной инфекции мочевых путей (ГИМП). Рассмотрены очаги инфекции, факторы передачи возбудителей мочевой инфекции. Указано на первостепенное значение катетеров и дренажей в генезе развития ГИМП. Сделан акцент на ведение больных с асимптоматической бактериурией (АСБ), необходимость антибактериальной терапии АСБ только у особых групп пациентов: у беременных и у больных перед трансуретральными операциями. Доложены принципы антибактериальной профилактики перед вмешательствами и операциями. Проведен анализ возбудителей ГИМП, показана необходимость бактериологического мониторинга возбудителей ГИМП в каждом отдельном стационаре, т.к. имеются различия не только в спектре возбудителей, но и в уровне резистентности штаммов микроорганизмов в разных урологических отделениях. Приведен формуляр антибактериальных препаратов для урологических отделений, даны руководства по ведению больных с осложненной и госпитальной инфекцией мочевых путей, особый акцент сделан на значимость мытья рук при



контактировании с катетером и дренажной системой – прерывает механизм передачи инфекции, строгом соблюдении санитарно-гигиенических норм и особенно на необходимости не промывать катетеры и дренажи, т.к. смывается биопленка из микроорганизмов в лоханку почки или в мочевой пузырь, вызывая бактериемию (гипертермия). Доложены результаты международного эпидемиологического исследования по внутрибольничной инфекции мочевых путей в урологических стационарах. Отмечено, что в России идет недооценка тяжести состояния больных с острым пиелонефритом, не устанавливается диагноз уросепсис по сравнению с другими странами Европы и Азии. Отмечены различия между странами и в назначении разных групп antimicrobных препаратов: в отличие от других стран в России много назначают нитрофуранов при ГИМП. В России лечение антибиотиками назначают часто лишь при предполагаемой ГИМП или при асимптоматической бактериурии без клинической картины инфекционно-воспалительного заболевания. Редко применяют антибактериальную профилактику перед операциями. Указана необходимость гармонизации определений и диагнозов.


Далее в докладах профессоров В.В. Рафальского и С.В. Сидоренко прозвучало значение антибиотикорезистентности возбудителей неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей для клинической практики. В докладе Л.А. Ходыревой отмечено появление факторов вирулентности: «островов патогенности» у амбулаторных штаммов кишечной палочки, что свидетельствует об изменении свойств микроорганизмов.

Второй день конференции был посвящен обсуждению вопросов современной тактики антибиотикотерапии амбулаторной и госпитальной инфекции мочевых путей у детей. Отражены медицинские и социальные аспекты реабилитации детей с мочевой инфекцией, а также вопросы организации урологической помощи детям с инфекцией мочевых путей. В докладах обсуждали морфологические основы инфекционного процесса, современные

вопросы осуществления асептики и антисептики в урологическом стационаре, побочные действия антибактериальных средств. Большой интерес вызвал доклад по современным принципам эфферентных методов лечения уросепсиса. Обсуждались вопросы репродуктивного здоровья при инфекции мочевых путей и пиелонефрите у беременных.

Программа конференции была построена таким образом, что наряду с докладами проводился разбор клинических случаев с помощью интерактивного голосования, что позволило привлечь максимальное число участников конференции к обсуждению. На заседании «круглого стола» обсуждались проблемы инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Озвучены современные руководства по диагностике и лечению ИППП. При единодушном мнении профессоров дерматовенерологов, врачей лабораторной диагностики, гинекологов и урологов показано отсутствие иммунодефицита в генезе ИППП, осуждены схемы лечения, включающие иммуномодуляторы, ферментные препараты при лечении ИППП, что значительно удорожает лечение. Показано значение исследований, проводимых по принципам доказательной медицины.

Всем зарегистрированным участникам конференции бесплатно были выданы материалы конференции в виде тезисов докладов, журнал «Эффективная фармакотерапия в урологии», а также научные и рекламные материалы фармацевтических фирм, участвующих в выставочной экспозиции, что послужит хорошим наглядным материалом для обучения врачей-урологов.

В заключительном обсуждении был подведен итог проведения Всероссийской научно-практической конференции. Настоящее мероприятие должно послужить хорошим началом к дальнейшей консолидации специалистов, занимающихся проблемами лечения больных с урологической инфекцией, инфекцией, передающейся половым путем; к обсуждению современных руководств по ведению больных с инфекцией мочевых путей, почек и половых органов, гармонизации диагнозов, определений в урологии. 



Курт Набер
президент Международного общества по химиотерапии



Простатит – по-прежнему загадка?

Комментарий к докладу Курта Набера главного научного сотрудника НИИ урологии Росздрава, д.м.н. Т.С. Перепановой

В своем докладе профессор Курт Набер привел две классификации простатита: классическую (Drach et al, 1978) и современную, принятую Национальным институтом здоровья США в 1995 году.

До сих пор нет международных эпидемиологических данных по частоте простатита, нет единого патогенеза и клинической симптоматики хронического простатита. Только острый бактериальный простатит при симптомах острого инфекционного заболевания и микробиологическом подтверждении в посеве мочи возбудителей не вызывает сомнений в постановке диагноза.

Возбудителями острого бактериального простатита чаще всего являются грамотрицательные микроорганизмы кишечной группы, в частности кишечная палочка – в 67% случаев, синегнойная палочка – в 13%, клебсиелл – в 6%, грамположительная флора выделена



Рисунок 2

в 5% случаев. При остром бактериальном простатите рекомендованы антибиотики фторхинолоны или беталактамы, длительность лечения рекомендовано увеличить до 2-4 недель после стихания острой картины заболевания. При дизурии рекомендовано назначить альфа-1 адреноблокаторы. При абсцессе простаты показано дренирование абсцесса, возможно трансуретральным доступом. Хронический бактериальный простатит является наиболее частой причиной хронической рецидивирующей инфекции мочевых путей у мужчин, в то же время и наоборот – инфекция мочевых путей часто является причиной развития хронического бактериального простатита, что подтверждается наличием ДНК бактерий в биоптатах простаты полимеразно-цепной реакцией. На рисунках 1 и 2 показаны четырех и двух стаканные пробы при проведении диагностических мероприятий – забор проб мочи и секрета простаты после ее массажа. Диагностически значимыми являются следующие данные: если при микроскопии осадка лейкоцитов EPS-VB3 > VB1-VB2, или при VB3 > 10 л/п.зр, а при бактериологическом исследовании в EPS-VB3 выявлены микроорганизмы в титре > 10²-10³ КОЕ/мл.

Распространенность хронического бактериального простатита по неко-

торым исследованиям всего 7% среди пациентов с симптомами заболевания (рисунок 3). Из возбудителей наиболее часто выделяют E.coli и другие грамотрицательные возбудители, далее E.Faecalis, St.epidermidis. Возбудители инфекций, передающихся половым путем (хламидии, микоплазмы), а также стрептококки и коагулазонегативный стафилококк, анаэробы и грибы относятся к «сомнительным» возбудителям. Имеются различия в возбудителях хронического бактериального простатита при исследованиях на разных континентах. Так, при европейских исследованиях чаще встречаются грам-, а при американских исследованиях – грам+ микроорганизмы. Однако докладчик приводит данные, которые подвергают сомнению более высокий процент выделения грам+ флоры у больных с хроническим простатитом.

Важным моментом, который необходимо подчеркнуть в комментарии, является положение, которое было подчеркнуто и при обсуждении проблемы ИППП на круглом столе 9 февраля 2007 г., во второй день конференции – то, что выявление Ureaplasma urealyticum и Chlamidia trachomatis при четырех стаканном тесте не является доказательством их этиологической роли. Современными микробиологическими методами невозможно отличить контаминацию уретры

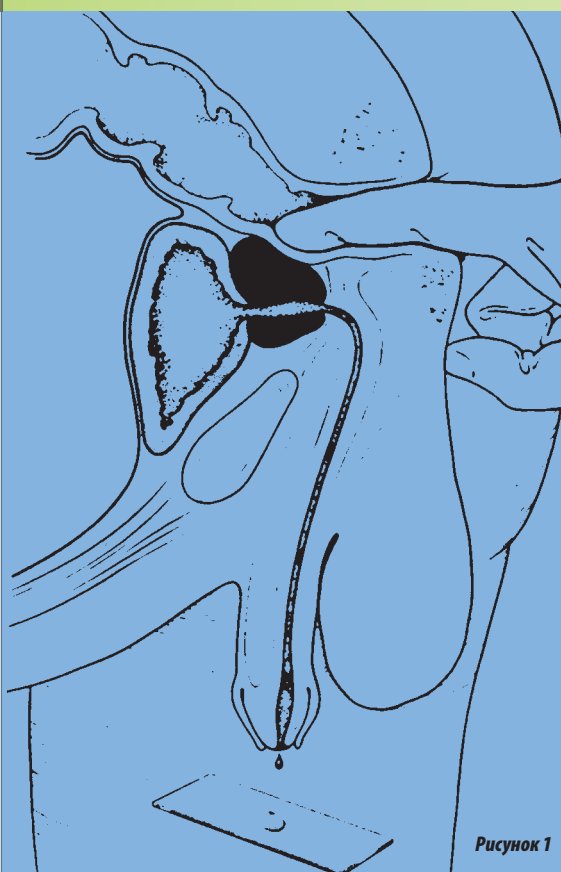


Рисунок 1

Распространенность ХБП



Рисунок 3

этимими возбудителями и найдены их в простате!

При выборе антибактериального препарата при лечении бактериального простатита необходимо помнить, что только жирорастворимые антибиотики могут пройти через липидную мембрану простатического эпителия. Согласно теории ионной ловушки, пенетрация антибиотиков зависит в основном от степени его ионизации в плазме крови (рисунок 4). Если секрет простаты имеет кислую pH, то слабые основания, такие, как триметоприм с рKa 7,4 могут ожидать в простатическом секрете в концентрации, в 4-5 раз превышающие концентрацию в плазме крови. Однако клинические исследования показывают, что у больных с хроническим простатитом нейтральная или щелочная реакция простатического секрета. Таким образом, у пациентов с хроническим простатитом можно ожидать низкую концентрацию триметоприма в секрете простаты. Антибиотики фторхинолоны имеют лучшую терапевтическую альтернативу из-за их благоприятной фармакокинетики. Фторхинолоны имеют один рKa в кислом ряду и один – в щелочном. Например, изоэлектрическая точка цiproфлоксацина имеет pH 7,4, который совпадает с pH плазмы. С таким pH около 90% цiproфлоксацина являются неионизированными и таким образом могут пенетрировать через биологические барьеры. Проникновение, пенетрация фторхинолонов в простату, поразным образом, переменна. Уровень фторхинолонов в простатической жидкости обычно ниже, чем уровень, полученный из семенной жидкости, который име-

ет более щелочную реакцию, чем плазма. Концентрация фторхинолонов как в простатической, так и семенной жидкостях может ожидать выше, чем она достигается у слабых кислот, таких, как бета-лактамы антибиотики, вследствие неионной диффузии. Относительно высокая концентрация фторхинолонов, достигаемая в семенной и простатической жидкостях, вместе с мощным бактерицидным действием этих препаратов против ведущих уропатогенов, вызывающих простатит, делает фторхинолоны препаратами первого выбора при управлении бактериальным простатитом. Больше всего исследований проведено с норфлоксацином и цiproфлоксацином при лечении хронического бактериального простатита. Уровень эрадикации микроорганизмов – от 60 до 76%. Длительность лечения – от 14 до 28 дней, длительность наблюдения – от 6 до 36 недель.

Этиопатогенез синдрома хронической тазовой боли до сих пор остается неясным. Предложено много теорий, однако остается больше вопросов, чем ответов. Из предлагаемых лекарственных препаратов наиболее успешными являются антибиотики, противовоспалительные средства и альфа-адреноблокаторы. Эффективность лечения альфа-адреноблокаторами доказана в рандомизированных клинических исследованиях, длительность лечения от – 6 до 24 недель. Показана существенная разница между лечением препаратами и плацебо.

Представлена эффективность лечения НПВС, биофлавоноидами, финастероидом и другими препаратами. В заключение докладчик указывает, что диагностика острого бактериального простатита не представляет трудностей и применение антибиотиков, в частности, фторхинолонов оправдано и эффективно. Однако диагностика хронического простатита сложна, и не доказана инфекционная природа хронического простатита. Патогенетические механизмы абактериального простатита и СХТБ многообразны и недоказаны. Курт Набер призвал к участию в многоцентровых международных клинических исследованиях по хроническому простатиту, протокол исследования которых будет обсуждаться в марте-апреле 2007 года на конгрессе Европейской урологической ассоциации и Европейском обществе клинических микробиологов и инфекционных болезней в Германии.

Теория распределения антибиотика между секретом простаты и плазмой

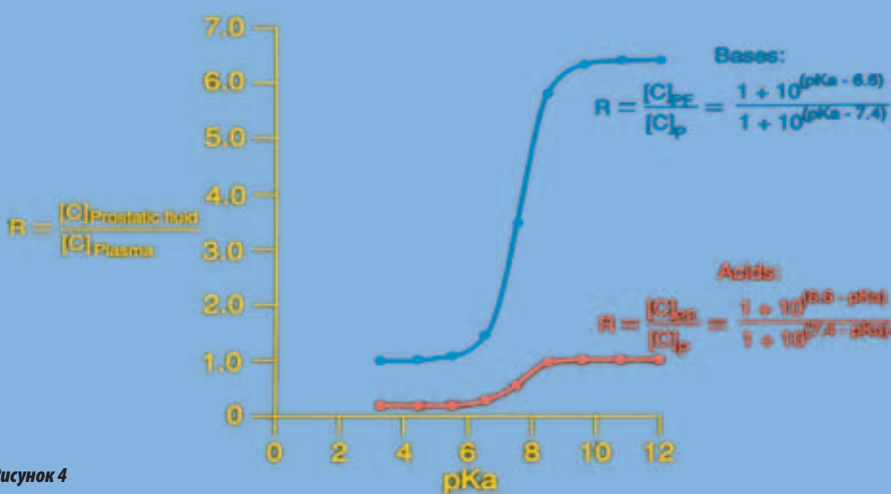


Рисунок 4

Европейские стандарты

Комментарий к докладу Курта Набера
главного научного сотрудника НИИ урологии Росздрава, д.м.н. Т.С. Перепановой

В своем докладе профессор Курт Набер изложил основные положения нового издания Руководства Европейской урологической ассоциации (2006) по ведению больных с неосложненной инфекцией мочевых путей (НИМП), мужчин и женщин.

Отмечена роль полового акта и использования спермицидов и диафрагм в генезе острого уретрита, цистита у молодых женщин детородного возраста. Показана роль адгезии микроорганизмов, в частности кишечной палочки к рецепторам клеток уротелия – как первого этапа начала инфекционно-воспалительного процесса.

Далее Курт Набер изложил основные результаты трехлетнего международного исследования по изучению антибиотикорезистентности возбудителей острого неосложненного цистита (Antimicrobial

Resistance Epidemiological Survey on Cystitis – ARESC study). Исследование было начато в сентябре 2003 года и закончено в июне 2006-го года. Спонсором и инициатором исследования выступила фирма «Замбон» (Италия). В исследовании приняли участие 61 медицинский центр из 10 стран, в том числе из Австрии – 3, Бразилии – 6, Франции – 10, Германии – 7, Венгрии – 4, Италии – 4, Нидерландов – 2, Польши – 6, Испании – 9 и из России – 10 клиник.

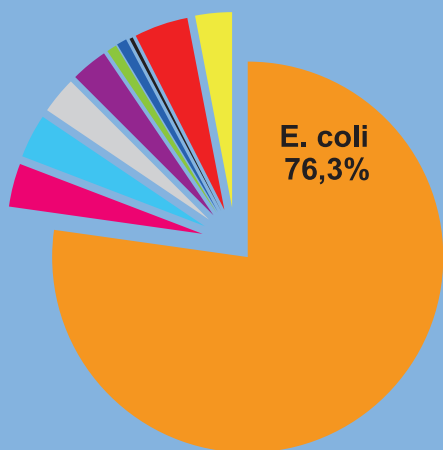
Обследовано 3254 микроорганизма, которые выделялись в разных странах у больных с острым циститом и транспортировались в Италию, в центральную лабораторию, где проводилась их повторная идентификация и определение резистентности к антибиотикам. Данное исследование имеет большое эпидемиологическое значение, т.к. лечение неосложненной инфекции

мочевых путей – часто эмпирическое, вследствие выраженности острой клинической картины заболевания (острый цистит) и необходимости назначения антимикробных препаратов, не дожидаясь результатов бактериологического культурального исследования мочи (если оно производилось). Выбор лекарственного препарата зависит как от возбудителя НИМП, так и от его устойчивости к антибактериальному препарату. Поэтому исследования по эпидемиологии резистентных патогенов являются ведущими в выборе эмпирической терапии.

По данным исследования ARESC определено, что в настоящее время ведущее место среди возбудителей неосложненной инфекции мочевых путей в разных странах мира занимает *E.coli* – 76,3%, далее – *S.saprophyticus* (3,6%), *Klebsiella pneumoniae* (3,5%), *Proteus mirabilis* (3,1%), *Enterococcus faecalis* (3,0%), *Citrobacter* – 1%, *Enterobacter* – 0,8%, *Pseudomonas aeruginosa* – 0,2%, другие энтеробактерии – 4,4 %, грамположительные – 3,7% (рисунок 1).

Интересно отметить, что в разных странах отмечается примерно одинаково высокий уровень резистентных штаммов к ко-тримоксазолу и ампициллину. Так, к ко-тримоксазолу всего 72,2% чувствительных штаммов, а к ампициллину всего 41,7% чувствительных штаммов возбудителей НИМП (рисунок 2). Уровень резистентных штаммов к налидиксовой кислоте, амоксиклаву и цефуроксиму тоже достаточно высокий – от 10 до 20%. Низкий уровень (<10%) резистентных штаммов зафиксирован к препаратам:

Этиология неосложненных инфекций мочевых путей



3254 уропатогенов

Рисунок 1

Лечение НИМП

фосфомицину, трометамолу, нитрофуранам, фторхинолонам (ципрофлоксацину) и мециллинам (полусинтетический пенициллин – в России не зарегистрирован). Таким образом, препаратами, к которым выделен наибольший процент чувствительных штаммов, являются: фосфомицин – 98,3% (в России – 98,6%), мециллинам – 95,4%; нитрофурантоин – 94,8% и ципрофлоксацин – 92,3%. Самый низкий уровень резистентных штаммов к фосфомицину можно объяснить тем, что этот антибиотик применяется только для лечения бактериального цистита, в монодозе, т.е. очень коротко и в пище у животных он не применяется, как другие антибиотики. Плазмидная передача генов резистентности редкая (менее 2%) и нет ко-селекции с ампициллином, цефалотином, тетрациклином. В фекальной флоре не выделено резистентных штаммов к фосфомицину.

Курт Набер отметил, что в настоящее время рекомендованы короткие курсы терапии неосложненной ИМП: монодозная терапия фосфомицином – 3 г перорально, фторхинолоны – 3 дня, и до 5-7 дней лечение нитрофуранами (рисунок 3). Необходимо заметить, что т.к. в России уровень резистентных штаммов возбудителей к пенициллинам и ко-тримоксазолу выше 20% (как по данным исследования ARESC, так и по данным российских исследований по изучению резистентности возбудителей неосложненной ИМП – UTIAP) такие препараты, как триметоприм, сульфаметоксазол/триметоприм, ампициллин, амоксициллин в России для эмпирической терапии НИМП не рекомендуются. Короткие курсы имеют одинаковую клинико-бактериологическую эффективность с длительными (7 и бо-

лее дней), но значительно меньший уровень развития нежелательных побочных реакций. К преимуществам коротких курсов антимикробной терапии относятся хорошая комплаентность, низкая стоимость лечения, высокий профиль безопасности, интактность периуретральной, влагалищной и кишечной флоры. Персистенция бактериурии в течение 2-3 дней после лечения может указывать на вовлечение в процесс паренхимы почек или наличие осложняющих факторов.

Докладчик на клинических примерах показал, что необходимо тщательно собирать анамнез больных, необходимо динамическое наблюдение и контроль температуры тела и клинических симптомов заболевания. В случае сохранения гипертермии на фоне проводимой антимикробной терапии или возврата клинических симптомов и гипертермии показана госпитализация и урологическое обследование больных с неосложненной ИМП. В случае реинфекции или рецидива

Общая чувствительность патогенов (E.coli 1562)

Антимикробный препарат	% S	
Фосфомицин	98,3	>90%
Мециллинам	95,4	
Нитрофурантоин	94,8	
Ципрофлоксацин	92,3	80-90%
Налидиксовая кислота	83,1	
Амоксиклав	80,9	
Цефуросим	80,1	<80%
Ко-тримоксазол	72,2	
Ампициллин	41,7	

Рисунок 2

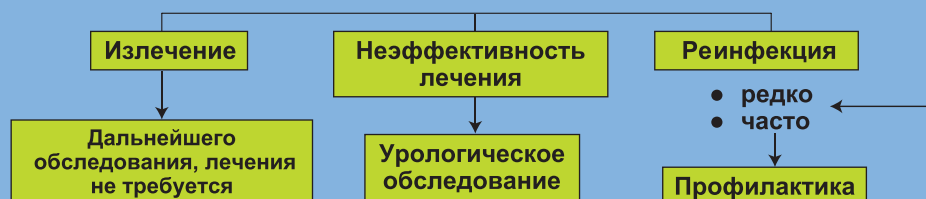
острого неосложненного цистита – длительные курсы антимикробной профилактики.

По данным проведения мета-анализа исследований из библиотеки Кохрейна (по принципам доказательной медицины) группой российских исследователей дано заключение, о том, что при лечении фторхинолонами НИМП не выявлено статистически значимой разницы между микробиологической и клинической эффективностью разных антибиотиков группы фторхи-

Лечение острого цистита

Терапия короткими курсами

Сохранение симптомов: повторный визит через 3 дня, либо через 1-2 и 4-6 недель



EAU guidelines 2006

Рисунок 3

Неосложненные инфекции мочевых путей/ бактериурия у беременных

	% излечения через 1 месяц
Фосфомицина Трометамол (n=153) 3 г однократно	93 %
Пипимединовая кислота (n=138) 400 мг × 2 раза в сутки в течение 7 дней	90 %

Zinner 2001 Chemotherapy 36 (suppl 1) 50-52

Рисунок 4

нолонов. Различия только в уровне нежелательных побочных реакций: наиболее предпочтительными в этом плане являются норфлоксацин, ципрофлоксацин, пefлоксацин и левофлоксацин. Однако необходимо заметить, что надо учитывать и фармакоэкономические данные при выборе фторхинолона для эмпирической терапии НИМП. К препаратам первого выбора для лечения НИМП среди фторхинолонов относится норфлоксацин с высокой клинико-бактериологической эффективностью и фармакоэкономическими преимуществами.

При лечении неосложненной ИМП у беременных женщин (рисунок 4) рекомендованы пенициллины (B), цефалоспорины (B), фосфомицин (B), нитрофурантоин (B), фторхинолоны (C), триметоприм (C, D) в первом триместре и сульфаметоксазол (C, D) в последнем триместре.

В скобках указан уровень доказанного риска.

В исследованиях на животных не выявлен и в клинических исследованиях не подтвержден риск для плода. Исследования на животных продемонстрировали наличие нежелательных явлений, связанных с риском для плода, полностью не опровергнуты в клинических исследованиях.


Фторхинолоны не рекомендованы из-за возможного развития нежелательных побочных действий, а использование триметоприма в первом триместре и сульфаметоксазола в последнем триместре опасно возникновением врожденных уродств у плода.

В качестве профилактики обострений у женщин с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей рекомендованы в субингибирующих дозах ежедневно или пос-

ле полового акта нитрофураны, триметоприм, триметоприм/сульфаметоксазол или фосфомицина трометамол по 3 г каждые 10 дней в течение 6 месяцев (рисунок 5). При обострении цистита во время профилактики рекомендован норфлоксацин 200 мг в день или ципрофлоксацин по 125 мг в день. У беременных – цефалексин по 125-500 мг в день.

Вакцинопрофилактика рецидивов заболевания, к сожалению, не оправдала себя. По сравнению с антибактериальной профилактикой и плацебо использование вакцины «Уроваксом» привело к снижению риска заболевания всего в 16,7% случаев, в то время как антибактериальная профилактика привела к снижению риска в 81,2% случаев. У женщин в постменопаузе применение заместительной гормональной терапии эстриолом привело к снижению риска обострения цистита в 11,8 раз по сравнению с плацебо.

У больных с асимптоматической бактериурией ежедневный прием клюквенного сока (морса) снижает уровень бактериурии. Антибактериальное лечение асимптоматической терапии имеет эффект плацебо. Лечение асимптоматической бактериурии показано только у беременных женщин и перед инвазивными вмешательствами. Не рекомендовано лечение и у больных с бактериурией на фоне сахарного диабета и при наличии катетеров, дренажей, протезов в мочевых путях без признаков инфекционно-воспалительных заболеваний.

Таким образом, докладчик заключил, что лечение неосложненной ИМП (острого цистита) рекомендовано короткими курсами, что имеет фармакоэкономические преимущества и приводят к снижению риска нежелательных побочных действий. Из-за массовости заболевания улучшение качества лечения НИМП влияет на здоровье населения и экономику здравоохранения. 

Профилактика рецидивирующих инфекций мочевых путей

Ежедневно или после полового акта

Нитрофурантоин	50-100 мг/день
Триметоприм	50-100 мг/день
TMP-SMZ	40/200 мг/день или 3р./неделю
Фосфомицина трометамол	3 г каждые 10 дней

При наличии клиники цистита (?)

Норфлоксацин	200 мг/день
Ципрофлоксацин	125 мг/день

Во время беременности

Цефалексин	125-500 мг/день
------------	-----------------

EAU guidelines 2006

Рисунок 5



МОНУРАЛ

создан для лечения
ЦИСТИТА

1 пакетик = курс лечения



РУ МЗ РФ № П №012976/01-2001

 **Zambon**

Вакцина продлевает жизнь больных раком простаты

Экспертный комитет Управления по продуктам и лекарствам США одобрил вакцину Provenge, предназначенную для лечения поздних стадий рака предстательной железы. Новый препарат не способен остановить развитие болезни, однако существенно увеличивает продолжительность жизни пациентов. Вакцина, разработанная компанией Dendreon содержит комбинацию белков, характерных для раковых клеток, и, по замыслу создателей, должна стимулировать атаки иммунной системы на опухоль и ее метастазы. Подбор белков-маркеров рака необходимо проводить индивидуально для каждого больного. Вопреки ожиданиям, в ходе клинических испытаний препарат не смог остановить или существенно замедлить развитие злокачественного заболевания на поздней стадии. Единственным положительным эффектом лечения было увеличение продолжи-

тельности жизни больных. Испытуемые, получившие инъекцию препарата, жили в среднем на 4,5 месяца больше чем пациенты, получавшие плацебо. В первой группе средняя продолжительность жизни после начала лечения составила 25,9 месяцев, во второй – 22 месяца. Таким образом, вакцина продлила жизнь неизлечимо больных людей в среднем на 18%.

В первой фазе клинических испытаний участвовали 127 человек. Результаты расширенного исследования, которые должны будут подтвердить полученные данные, станут известны в ближайшее время. Окончательное решение по препарату ожидается 15 мая. В случае одобрения, Provenge может стать первой терапевтической вакциной от ракового заболевания.

Источник: Medportal.ru

Нефротический синдром поддается лечению

Влияние генных мутаций, вызывающих некоторые варианты нефротического синдрома, кажется, обратимо при лечении стероидами у юных пациентов, сообщают американские ученые. Доктор Фридрих Хилдебрандт (Friedhelm Hildebrandt) и коллеги из Мичиганского Университета в Анн-Арборе, идентифицировали пять семей, несущих мутацию в эpsilon-гене фосфолипазы C, вызывающую резистентный к терапии стероидами нефротический синдром с ранним началом, и характеризующийся диффузным мезангиальным склерозом. Ген PLCE1 экспрессирован в подоцитах клубочков, мутации ведут к задержке развития тубул и гломерулосклерозу. Два малень-

ких ребенка, носители мутаций, ответили полностью на лечение кортикостероидами, и сохранили нормальную почечную функцию. Доктор Хилдебрандт считает, что успех лечения, препятствовавшего развитию гломерулосклероза, определила ранняя диагностика. Так как большинство таких детей умирает в течение первого года жизни, то до сих пор большинство врачей полагало, что нет никакого смысла в попытке лечения, отмечают авторы. Успех лечения оказался «счастливым случаем», так решение о проведении курса стероидной терапии было продиктовано отсутствием возможных альтернативных вариантов.

Источник: Solvay-pharma.ru

Новые препараты в лечении хронического простатита

Хронический бактериальный простатит является распространенной урологической жалобой. Причины его возникновения, как и способы лечения, достаточно разнообразны. Учеными было выдвинуто предположение, что ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (препараты для лечения эректильной дисфункции) вызывают расслабление гладкой мускулатуры простаты, что ведет к повышению вымывания продуктов обмена из канальцев и снижению воспаления. В тканях простаты находятся нитрат азота и фосфодиэстераза-5 расслабляющие мышцу вещества. В связи с чем, опытным путем была доказана эффективность нитратов и ингибиторов фосфодиэстеразы-5 в расслаблении гладкой мускулатуры. Одним из механизмов, приводящих к развитию хронического простатита, был признан значительный ретроградный заброс мочи в канальцы простаты. В связи с данной теорией, авторы делают вывод о потенциальной эффективности ингибиторов фосфодиэстеразы-5 в лечении хронического простатита.

Источник: solvay-pharma.ru

Концентрация половых гормонов зависит от степени ожирения мужчин

Ученые выяснили, что концентрация половых мужских гормонов, особенно свободного тестостерона, уменьшается пропорционально увеличению массы тела. У мужчин с индексом массы тела (ИМТ) более 35,1 кг/м², концентрация тестостерона в крови (как общего, так и свободного) была достоверно ниже, а инсулина выше, чем у мужчин с меньшей степенью ожирения (ИМТ < 35,0 кг/м²), и еще большие отличия наблюдались по сравнению с мужчинами с нормальным весом. Снижение веса (применение низкокалорийной диеты на протяжении 6 месяцев) приводило к достоверному подъему концентрации

общего и свободного тестостерона. Ученые установили, что только свободный тестостерон, отражающий истинную активность половых гормонов, имеет непосредственную зависимость от степени ожирения. Кроме того, у мужчин со значительным ожирением снижается пульсация лютеинизирующего гормона, стимулирующего секрецию половых гормонов, повышается количество гормона жировых клеток – лептина и нарушается образование полезных жиров. Все это приводит к снижению концентрации половых гормонов.

Источник: muzhskoydoctor.ru

Качество спермы с возрастом ухудшается

Вероятность появления на свет детей с генетическими дефектами зависит не только от возраста матери. По мере старения мужчины качество его спермы ухудшается: снижается подвижность сперматозоидов, а число мутаций в них возрастает. К таким выводам приходят американские ученые, опубликовавшие свое исследование в Proceedings of the National Academy of Sciences. «Хорошо известно, что с возрастом у женщин повышается риск бесплодия, выкидышей, а также генетических или хромосомных дефектов у новорожденных, однако о связи вероятности врожденных заболеваний у ребенка с возрастом его отца известно значительно меньше», — отмечают авторы публикации. Исследователи изучали образцы спермы, взятые у 97 мужчин в возрасте от 22 до 80 лет. Испытуемые не были курильщиками, не страдали бесплодием, и никогда не подвергались химио- или радиотерапии.

Ученых интересовала подвижность сперматозоидов, а также индекс фрагментации ДНК-показателя, описывающий уровень генетических аномалий, связанных со снижением способности к оплодотворению яйцеклетки и с осложнениями при беременности. По их данным, индекс фрагментации ДНК как правило начинает превышать предельно допустимый уровень у мужчин старше 56 лет. В частности, число мутаций, приводящих к карликовости, увеличивается по мере старения мужчины на 2% в год. «Полученные нами результаты говорят о том, что мужчины, заводящие детей в пожилом возрасте, не только рискуют столкнуться с трудностями при зачатии, но и увеличивают риск появления на свет детей с генетическими дефектами», — отмечает координатор исследовательского проекта Эндрю Виробек (Andrew Wyrobek).

Источник: Mednovosti.Ru

Стимуляция сакрального нерва в лечении расстройств мочеиспускания

Ученые уже сообщали об успешном применении стимуляции сакрального нерва в лечении нейрогенных расстройств мочеиспускания. Авторы данного исследования изучили эффективность установки имплантируемого генератора импульсов (ИГИ) у пациентов с нейрогенной дисфункцией на протяжении 11 лет. Из 106 пациентов, у 10 (9%) имелась рефрактерная нейрогенная дисфункция с urgenностью и/или недержанием мочи. Среди причин, вызвавших данное нарушение, были инсульты у 6 (60%), множественный склероз у 2 (20%), травма спинного мозга у 2 (20%). Средний возраст постановки ИГИ равнялся 60 (38-80) лет. Средняя длительность симптомов до операции равнялась 79 месяцам (24-196). После установки ИГИ число мочеиспусканий за ночь снизилось с 4,9 до 1,6 раз, а число эпизодов недержания за 24 часа — от 11 до 7 раз. Один пациент отметил потерю эффективности действия ИГИ, один пациент — боль на стороне операции и один пациент отмечал неприятные ощущения во время стимуляции. Двум первым пациентам была проведена ревизия ИГИ, а последнему — перепрограммирование импланта, после чего описываемые симптомы у пациентов пропали. Таким образом, имплантация генераторов импульсов эффективна при лечении нейрогенных расстройств мочеиспускания.

Источник: solvay-pharma.ru

Лучший секс наступает после пятидесяти лет

Результаты опроса, проведенного учеными из США и Норвегии, показали, что мужчины старше 50 лет более удовлетворены половой жизнью по сравнению с тридцатилетними. Как и ожидалось, у более пожилых мужчин наблюдалась импотенция и снижение сексуальной активности. Однако они были удовлетворены половой жизнью так же, как и 20-летние молодые люди. Автор исследования профессор София Фосса утверждает, что снижение половой функции не отражается на удовлетворенности от секса.

Психолог Рональд Брейси, специализирующийся на половых расстройствах у мужчин, не удивлен результатами исследования. Он говорит, что зачастую мужчины в возрасте 30-40 лет настолько заняты своей карьерой, что на получение сексуального удовлетворения у них просто не хватает времени и сил. Брейси отмечает, что к пятидесяти годам они знают, чего хотят от жизни; их меньше волнует то, что другие о них думают, и они меньше переживают по поводу того, что у них получается в постели.

Источник: MIGnews.com

Горячие ванны и джакузи грозят мужчинам бесплодием

Пребывание мужчин в горячей ванне или джакузи может привести к бесплодию, к таким выводам пришли ученые Университета Калифорнии в Сан-Франциско, проведя исследования. Эксперименты продолжались три года и продемонстрировали, что негативный эффект горячей ванны можно преодолеть, если вовремя отказаться от этой практики — тем не менее репродуктивные способности в полной мере возвращаются лишь к половине любителей джакузи, сообщает The Washington Profile. По данным Центров контроля и предупреждения заболеваний, в 2002 году (последняя доступная статистика), примерно 7% американских пар были не в состоянии зачать ребенка естественным путем. В 85-90% случаев бесплодие можно вылечить, используя медицинские препараты или при помощи специальных хирургических операций, в менее чем 3% случаев возникает необходимость использования передовых репродуктивных технологий. Сегодня можно с высокой степенью вероятности утверждать, что горячие компрессы в какой угодно форме уменьшают выработку спермы и ограничивают подвижность сперматозоидов, к примеру, несколько лет назад было доказано, что мужчинам вредно держать на коленях работающие ноутбуки.

Источник: UroWeb.ru



Группа компаний МЕДФОРУМ

Работает на фармацевтическом рынке России с 1997 года

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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



- 3. Туристическое агентство, деловой туризм** – организация программ делового туризма с посещением международных выставок в страны ЕС, Азии, Африки. Проведение акций, конкурсов с производителями, дистрибьюторами, аптечными сетями.
- 4. Центр корпоративного обучения и консалтинга:** проведение бизнес-тренингов, мастер-классов для сотрудников аптек, косметических центров, фармацевтических компаний в Москве, Санкт-Петербурге, регионах России. Учебные центры в Краснодаре, Екатеринбурге, Ростове-на-Дону, Нижнем Новгороде.
- 5. Партнерские программы** по проведению аналитических, социологических и маркетинговых исследований фармацевтического, косметологического и медицинского рынков. Партнерские программы по созданию программ лояльности с участием аптечных сетей в регионах России.



- 6. Издательский дом «Медфорум»** выпускает 3 категории журналов:
 - серия **«Эффективная фармакотерапия»** – для врачей узких специальностей – акушеров и гинекологов, кардиологов, гастроэнтерологов, неврологов, урологов, онкологов;
 - журнал **«Вестник семейной медицины»** – издание Всероссийской ассоциации врачей общей практики для врачей первичного звена здравоохранения;
 - ежемесячный журнал **«Аптечный бизнес»** для аптек и аптечных сетей с ежемесячным электронным приложением на CD по законодательству «ФАРМИНФОРМ».



Краткая инструкция¹

Форма выпуска: Таблетки с пролонгированным высвобождением действующего вещества по 10 мг. Блisterные упаковки по 30 или 56 таблеток.

Показания к применению: Лечение функциональных симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Дозировка:

- Рекомендованная доза составляет: 1 таблетка (10 мг) ежедневно после еды.
- Таблетки должны приниматься целиком.

Противопоказания:

- Повышенная чувствительность к альфузозину
- Ортостатическая гипотензия
- Комбинация с другими α 1-блокаторами
- Недостаточность функции печени.

Побочное действие. Наиболее часто наблюдаемыми побочными реакциями у больных, получающих альфузозин, являются:

- Желудочно-кишечные расстройства (тошнота, боль в желудке, понос)
- Дурнота (головокружения, плохое общее самочувствие)
- Головная боль.

Менее часто описаны следующие явления:

- Гипотензия (постуральная), тахикардия, пальпитация, боль в грудной клетке, синкопе, астения, сонливость, отеки, приливы, сухость во рту, сыпь, зуд. В таких случаях больной должен лежать до полного исчезновения симптомов. Эти явления временны, встречаются в начале лечения и обычно не влияют на продолжение лечения. Больного следует предупредить о возможности таких явлений.
- У больных коронарной недостаточностью должно продолжаться специфическое лечение коронарной недостаточности. Если стенокардия возвращается или ухудшается, лечение альфузозином следует прекратить.

Взаимодействие с другими лекарственными препаратами. Противопоказанные комбинации:

- С блокаторами α 1-рецепторов.

Комбинации, которые следует принимать во внимание:

- С гипотензивными препаратами
- С общими анестетиками (применение общих анестетиков у больных, получающих альфузозин, может привести к нестабильности артериального давления).

Влияние на способность управлять транспортом и работать на станках. Нет данных о влиянии на водителей транспорта. Побочные явления, такие как головокружения и астения, могут встречаться, в основном, в начале лечения. Это следует принимать во внимание при вождении транспорта и работе на станках.

Передозировка:

- В случае передозировки больной должен быть госпитализирован, находиться в положении лежа. Следует проводить традиционное лечение гипотензии.
- Альфузозин нелегко диализуется из-за высокой степени связывания с белками.

Условия отпуска из аптек: По рецепту врача.

Уверенность в себе

Дальфаз 10 мг СР
альфузозин одна таблетка в день

**Лечит ДГП.
Поддерживает
сексуальную функцию².**


sanofi aventis
Пилосе - здоровье

Представительство фирмы "Санofi СА (Санofi АГ)" (Швейцария).
Адрес: Российская Федерация, 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.
Тел.: (495) 721-1400, 926-5703, 926-5711, 926-5724, 926-5735. Факс: (495) 721-1411.

¹ Составлена с использованием инструкции по медицинскому применению препарата Дальфаз® СР от 21.04.2006, регистрационный номер: ПМ-013173/01 от 29.09.2003.

² Van kerrebroeck P et al. Eur Urol 2000;37: 306-318.

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>