

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

№ 1
январь 2008

Трансуретральная резекция простаты

Терапия доброкачественной гиперплазии простаты

Рациональная фармакотерапия
урологических заболеваний

ТЕМА НОМЕРА:

хронический простатит

КАМИРЕН® XL

таблетки с модифицированным
высвобождением, 4 мг

ДОКСАЗОДИН



Для простого лечения ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Состав: 1 таблетка с модифицированным высвобождением содержит 4 мг доксазодина в виде доксазодина мезилата. **Показания к применению:** Симптоматическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Артериальная гипертензия легкой или умеренной степени тяжести. **Способ применения и дозы:** Внутрь, 1 раз в сутки (утром или вечером) независимо от приема пищи, не разжевывая и запивая достаточным количеством воды. Обычно 1 таблетка (4 мг) в сутки. Максимально рекомендуемая суточная доза 2 таблетки (8 мг) в один прием. Препарат применяется длительно. Продолжительность лечения определяет лечащий врач. **Противопоказания:** Не следует назначать пациентам с повышенной чувствительностью к доксазодину и другим производным хиназолина или к другим компонентам препарата, в возрасте до 18 лет (эффективность и безопасность не установлена). С осторожностью применять при аортальном или митральном стенозе, у больных с нарушением функции печени и/или почек, ортостатической гипотензии. **Беременность и период лактации** Беременным можно назначать препарат только по жизненным показаниям, когда польза для матери превышает потенциальный риск для плода/ребенка. Безопасность препарата у грудных детей не установлена, поэтому кормящим матерям рекомендуется прекратить кормление в период лечения доксазодином. **Побочное действие:** Как и все альфа-адреноблокаторы, может вызывать ортостатическую гипотензию, особенно в начале лечения. Возможны аллергические реакции, расстройства ЖКТ. Редко сухость во рту, приапизм, гипотензия, парестезии, тремор, импотенция, бессонница, повышенная возбудимость, Гинекомастия. Лейкопения, пурпура, тромбоцитопения. Повышение активности «печеночных» ферментов, холестаза, гепатит, желтуха. Артралгия, мышечные судороги, слабость в мышцах, миалгия. Бронхоспазм, кашель, одышка, носовое кровотечение. Аллопеция. Нечеткость зрительного восприятия, шум в ушах. Дизурия, гематурия, нарушение мочеиспускания, никтурия, полиурия, недержание мочи. У больных артериальной гипертензией брадикардия, тахикардия, сердцебиение, боль в груди, стенокардия, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения и

аритмия. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Доксазодин усиливает гипотензивный эффект антигипертензивных средств. При одновременном применении с индукторами микросомального окисления в печени возможно повышение эффективности доксазодина, с ингибиторами – снижение. Нестероидные противовоспалительные препараты (особенно индометацин), эстрогены (задержка жидкости) и симпатомиметические средства могут снижать гипотензивное действие доксазодина. Устраняя альфа-адреностимулирующие эффекты эпинефрина, может приводить к тахикардии и артериальной гипотензии. **Особые указания:** Особую осторожность следует проявлять при назначении больным с нарушением функции печени. С целью предотвращения ортостатических реакций больные должны избегать неожиданных и резких смен положения тела. Прием алкоголя усиливает нежелательные реакции. Эффект «первого» приема препарата особенно выражен на фоне предшествующей диуретической терапии и диете с ограничением натрия. Перед началом терапии необходимо исключить раковое перерождение предстательной железы. Пациентам целесообразно воздерживаться от всех потенциально опасных видов деятельности, в частности от управления автотранспортом и другими транспортными средствами и механизмами. **Форма выпуска:** Таблетки с модифицированным высвобождением 4 мг. По 10 таблеток в блистере, 1, 3 или 9 блистеров в картонной пачке вместе с инструкцией по применению. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту врача.

За более подробной информацией обращайтесь к производителю.

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

Радуйся жизни!

 KRKA

7-8 ФЕВРАЛЯ 2008 ГОДА

Вторая Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием



Рациональная фармакотерапия в урологии-2008

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

Организаторы конференции:

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

Организатор выставочной экспозиции:



В программе конференции

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

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

Медикаментозная терапия урологических заболеваний:

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

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

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

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

Прием тезисов до 1 декабря 2007 г. по адресу: imp2006@bk.ru

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

Генеральный информационный спонсор:

Информационные спонсоры:



**ВЕСТНИК
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

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



Здравоохранение сегодня:

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

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

Фармакоэкономика

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

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

Клиническая эффективность лечения: компромисс между качеством и стоимостью

Фармакоэкономический анализ в урологии

Доказательная медицина

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

Эффективность и безопасность лекарственных средств

Клинические и эпидемиологические исследования

Непрерывное образование

Медицинская кафедра: инновации, технологии, методики

Практические школы и лекции для лечащих врачей

Симпозиум по проблеме

Обзоры, рефераты, дайджесты, зарубежный опыт

Форум (Календарь медицинских мероприятий)

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

Зарубежные новости медицины и фармации в области урологии.

Социальная ответственность бизнеса и общество

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

Валеология и профилактика заболеваний (социальная реклама)

Адресная помощь социально-незащищенным и декретированным группам населения

Формирование новой социальной потребности в здоровом образе жизни

Основные рубрики журнала ЭФ

Здравоохранение сегодня
Фармакоэкономика
Эффективная фармакотерапия
Доказательная медицина
Качественная клиническая практика

Непрерывное образование врачей
Наука
Компании и их продукция
Социальная ответственность бизнеса
Форум

СИСТЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИЗДАНИЯ (8500 экз.)

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

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

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

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

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

6. Распространение через членов Российского общества урологов.

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

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

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

Специализированное распространение

Управления здравоохранения регионов России

Главные урологи 7 федеральных округов

Главные урологи 78 субъектов РФ

«Реестр врачей-урологов и андрологов России»

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

Медицинские НИИ

Коммерческие медицинские центры

Страховые медицинские компании и их клиенты (ЛПУ)

Научные урологические и андрологические общества



ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия в урологии

Редакция журнала:

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

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

арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **И. Суровцева**

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 **А. Зайцева**
(e-mail: alena.zaitseva@mail.ru)

менеджер по организации конференций **О. Байбекова**
(e-mail: reklama@webmed.ru)

Редакционный совет:

Ю.Г. Аляев (Москва)

О.И. Аполихин (Москва)

В.В. Борисов (Москва)

П.В. Глыбочко (Саратов)

В.В. Дутов (Москва)

В.Н. Журавлев (Екатеринбург)

А.А. Камалов (Москва)

М.И. Коган (Ростов-на-Дону)

Б.К. Комяков (Санкт-Петербург)

Н.А. Лопаткин (Москва)

О.Б. Лоран (Москва)

А.М. Миллер (Хабаровск)

А.Г. Мартов (Москва)

Т.С. Перепанова (Москва)

С.Б. Петров (Санкт-Петербург)

Д.Ю. Пушкарь (Москва)

В.В. Рафальский (Смоленск)

М.Э. Ситдыкова (Казань)

Н.И. Тарасов (Челябинск)

М.Ф. Трапезникова (Москва)

Е.А. Ушкалова (Москва)

В.Я. Фарбинович (Кемерово)

контактная информация:

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

Тираж 8500 экз.

Перепечатка материалов разрешается

только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005 г.

№1 январь 2008

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости

4

актовая речь

Т.С. Перепанова

Рациональная фармакотерапия урологических заболеваний

6

здравоохранение сегодня

Виктор Симонов: «Высокая квалификация специалистов
и современное оборудование – слагаемые успеха нашей работы».

Интервью с главным урологом Республики Мордовия

18

тема номера: хронический простатит

К.К. Антонов

Цитоморфологический мониторинг в процессе антибиотикотерапии пациентов
с хроническим простатитом

22

стандарты лечения

А.Г. Мартов, Д. В. Ергаков

Опыт применения дутастерида перед трансуретральной резекцией
простаты больших размеров

26

клинические исследования

Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, М.С. Евдокимов, К.Л. Локшин, Л.Г. Спивак

Результаты лечения препаратом Простамол® Уно больных с сочетанием
абактериального воспаления и доброкачественной гиперплазии простаты

32

Б.А. Неймарк, А.В. Подорогин

Опыт применения Андрогеля у больных возрастным
андрогенодефицитом в условиях курорта

36

компании и их продукция

Алеш Зорко: «В России нет уролога, который бы не знал препарат Нолицин».

Интервью с директором представительства КРКА в РФ

38

Лечение стрессовой инконтиненции у женщин

Ученые Mitterberger M. и коллеги из Австрии (Department of Urology, University of Innsbruck) посвятили свое изучение оценке эффективности и безопасности применения аутологичных миобластов и фибробластов для лечения стрессовой инконтиненции мочи у женщин. В исследовании приняли участие 123 пациентки. Период наблюдения составил 1 год. Средний возраст пациенток – 36-84 лет. Всем были выполнены трансуретральные инъекции под УЗИ-контролем аутологичных миобластов и фибробластов, полученных путем биопсии скелетной мускулатуры. Фибробласты в очень маленьком количестве находились в виде взвеси в коллагене, который использовался как вещество-наполнитель. Фибробласты вводились в подслизистый слой уретры. В то время как миобласты имплантировались в рабдосфинктер. Спустя год после процедуры все пациентки были анкетированы по шкале Incontinence

and Quality of Life Instrument (I-QOL), всем было проведено уродинамическое обследование, оценены морфология и функция уретры и рабдосфинктера. Через 1 год после имплантации клеток у 94 женщин из 119 (79%) было отмечено полное удержание, у 16 (13%) отмечалось существенное улучшение и у 9 (8%) – незначительное улучшение. Четыре пациентки выбыли из исследования. После лечения значительно улучшились показатели по шкале I-QOL, толщина, контрактильность и электромиографическая активность рабдосфинктера. Ученые сделали вывод о том, что имплантация аутологичных миобластов и фибробластов для лечения стрессовой инконтиненции мочи у женщин, по результатам 1-годичного наблюдения, является эффективным и безопасным методом лечения данной категории больных.

Источник: UroWeb.ru

Снижение риска рака простаты при приеме статинов

Уже не первый раз высказывается гипотеза о снижении риска рака простаты при приеме статинов – препаратов, снижающих уровень холестерина. В проведенном исследовании изучалась взаимосвязь между приемом препаратов различных групп для снижения уровня холестерина и риском возникновения рака простаты. По результатам исследования было установлено, что у мужчин, когда-либо принимавших статины, риск рака простаты был повышен. Также повышенный риск рака простаты наблюдался и у мужчин, не принимавших статины вообще. Однако при изучении частоты распространенного рака простаты – опухоли, выходящей за пределы капсулы, – было выявлено снижение распространенности данной степени рака среди пациентов, принимавших такие препараты, как аторвастатин, ловастатин и симвастатин. При приеме препаратов других групп риск возникновения заболевания не изменялся. Таким образом, в проведенном исследовании прием статинов снижал только риск возникновения рака простаты, выходящего за пределы капсулы железы, но не уменьшал вероятность данного заболевания вообще.

Источник: zavtra.com.ua

Чай и кофе снижают риск рака почки

Любители чая и кофе заболевают раком почки несколько реже, чем те, кто потребляют эти напитки в небольших количествах. К таким выводам пришли американские исследователи, изучившие данные 13 долговременных исследований, охвативших более 770 тысяч человек. Согласно выводам сотрудников Медицинской школы Гарвардского университета, среди людей, ежедневно выпивавших в среднем по три и более чашек кофе объемом 240 миллилитров, рак почки регистрировался на 16 процентов реже, по сравнению с теми, кто пил кофе раз в день или реже. Ежедневное употребление хотя бы одной чашки чая было связано с 15-процентным снижением риска развития онкологического заболевания. Молоко, прохладительные напитки и соки не оказывали на частоту заболеваний никакого влияния. Благоприятное воздействие чая и кофе оставалось статистически значимым и после учета таких факторов риска рака почки, как курение, ожирение и повышенное кровяное давление. Исследования, данные которых использовали ученые, продолжались от 7 до 20 лет и охватывали в общей сложности 530 тысяч женщин и 244 тысячи мужчин. По мнению авторов работы, антираковые свойства чая и кофе могут быть связаны со способностью обоих напитков повышать чувствительность тканей организма к инсулину. Повышенные уровни этого гормона считаются одним из факторов риска многих разновидностей раковых заболеваний.

Источник: www.news.meta.ua

Компонент спермы способствует распространению ВИЧ-инфекции

Группа немецких ученых заявила о том, что один компонент, содержащийся в семенной жидкости, способствует скорейшему проникновению вируса иммунодефицита в клетки человеческого организма. Специалисты университетской клиники Ульма проводили исследование, главной задачей которого был поиск естественных компонентов спермы, способных снизить вероятность передачи ВИЧ-инфекции половым путем. Однако, во время исследования, ученые обнаружили, что фермент под названием простатическая кислая фосфатаза (PAP) наоборот значительно облегчает проникновение смертельного вируса в клетки человека – скорость проникновения ВИЧ увеличивается в 50 раз. «Поначалу мы не поверили в это, но, повторяя эксперименты, раз за разом мы постоянно получали одни и те же результаты», – сообщает исследователь

Франк Киркхофф. Ученые сообщают, что молекулы простатической кислой фосфатазы способны объединяться в длинные волокна, которые в свою очередь связываются с вирусной частицей и переносят ее в клетки иммунной системы. Именно эти клетки и являются главной мишенью ВИЧ. По словам исследователей, негативное воздействие PAP оказывается особенно ощутимым при небольших концентрациях вируса, а ведь именно в таких условиях происходит заражение ВИЧ при вагинальном сексе. Исследователи полагают, что полученные данные помогут им найти безопасные вещества, подавляющие активность простатической кислой фосфатазы, а это, в свою очередь, значительно облегчит борьбу с эпидемией ВИЧ-инфекции во всем мире.

Источник: www.news.meta.ua

Сексуальная функция после вагинальной хирургии по поводу пролапса тазовых органов и недержания мочи

Целью исследования, выполненного группой ученых Pauls RN и коллегами из Division of Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, Center for Female Sexual Health (США) и опубликованного в Am J Obstet Gynecol. 2007 Dec;197(6):622.e1-7, было изучение сексуальной функции после вагинальной хирургии по поводу пролапса тазовых органов, а также определение влияния на последующую сексуальную функцию антиинконтинентных операций.

Сексуальность женщин, подвергшихся вагинальной коррекции по поводу пролапса тазовых органов или инконтиненции мочи, была проспективно оценена. Оценка включала Индекс женской сексуальной функции (FSFI), шкалу урогенитального дистресса (UDI-6), опросник по инконтиненции (IIQ-7) и стандартное анкетирование. Период наблюдения составил 6 месяцев.

Вернули свои послеоперационные опросники 49 женщин (96%). Из них 48 женщин были сексуально активны. Улучшения были отмечены по Шкале урогени-

тального дистресса (UDI-6) и опроснику по инконтиненции (IIQ-7). Однако сексуальная функция и периодичность были одинаковыми по сравнению с группой женщин, не подвергавшихся хирургическим вмешательствам. Самым неприятным препятствием к сексуальной активности до вагинальной хирургии было опущение и выпадение влагалища, а после хирургического вмешательства – боль во влагалище. 12 женщин (25%) негативно прокомментировали наличие влагалищной боли после операции. И, наконец, шкала Индекса женской сексуальной функции (FSFI) не зависела от выполнения антиинконтинентной хирургии. Ученые сделали вывод о том, что сексуальная функция женщин оставалась неизменной после вагинальной реконструктивной хирургии, даже несмотря на анатомические и функциональные улучшения. В большинстве случаев это было связано с послеоперационной диспареунией.

Источник: UroWeb.ru

Появился смертоносный штамм стафилококка

О появлении новой разновидности золотистого стафилококка, способной приводить к смерти пациента, предупреждают специалисты. Новый штамм, получивший название USA300, обладает иммунитетом к широко применяемым сегодня антибиотикам. В результате заболевания на коже появляются огромные фурункулы, а в некоторых особенно тяжелых случаях наблюдалось смертельное заражение крови или пневмония, разъедающая легкие. Исследователи полагают, что USA300 может быть более распространен среди геев: больше других от болезни страдает район Сан-Франциско Кастро, где гомосексуалистов живет больше, чем в любом другом населенном пункте Соединенных Штатов. По имеющимся данным, в этом городе бактерия в 13 раз чаще поражает геев, чем других людей: сейчас в Кастро носителями нового штамма стафилококка является 1 человек из 588, тогда как в целом по Сан-Франциско этот показатель составляет 1:3800. В Великобритании же пока выявлено лишь два случая заболевания новой формой стафилококка; здесь тоже он подхватывается не в больницах, что часто происходит с другими штаммами, а при общении людей. «Эти инфекции, устойчивые к многим препаратам, часто поражают мужчин-геев в тех районах тела, где в ходе сексуальной активности происходит контакт кожи с кожей», – говорит доктор Бин Дьеп из медицинского центра Сан-Франциско. – Однако поскольку эта бактерия может передаваться и при более невинном контакте, мы весьма обеспокоены возможностью распространения этого штамма среди населения в целом».

Источник: <http://medlog.org.ua/page/3>

Недержание мочи во время оргазма

Недержание мочи во время оргазма встречается не у всех пациентов с симптоматической гиперактивностью детрузора. Для оценки патофизиологических механизмов недержания мочи во время оргазма, а также эффективности антимускариновой терапии у данных пациентов были проанализированы 132 сексуально активные женщины. Были обнаружены две формы недержания мочи во время полового акта: во время оргазма и пенетрации. Эти формы коррелировали с уродинамическими показателями гиперактивности детрузора. При наличии жалоб на гиперактивный мочевой пузырь, недержание мочи во время оргазма и уродинамически подтвержденную гиперактивность детрузора был выписан толтеродин 4 мг замедленного высвобождения в течение 12 недель. Были обнаружены достоверные отличия в гиперактивности детрузора при недержании мочи во время оргазма (32 из 49; 69,4%) и во время пенетрации (24 из 83; 28,9%) ($p < 0,0001$). Эффективность антимускариновой терапии при недержании мочи во время оргазма было сопоставимо с контрольной группой. 14 из 23 (41,2%) пациенток с недержанием во время оргазма и 9 из 53 (17%) пациенток контрольной группы не ответили на антимускариновую терапию ($p = 0,023$). Таким образом, недержание во время оргазма сочетается с большинством случаев гиперактивности детрузора. При этом чаще всего антимускариновые препараты неэффективны.

Источник: www.news.meta.ua

Криотерапия при рецидиве рака простаты

Цель исследования – оценить кратковременные и промежуточные результаты использования направленной криоабляции в качестве терапии спасения при рецидиве локализованного рака простаты после лучевой терапии. С мая 2000 года по ноябрь 2005 года 100 больным была произведена направленная криоабляция в качестве терапии спасения при рецидиве рака простаты после радиотерапии; средний срок наблюдения составил 33,5 месяца. Во всех случаях рецидив рака простаты был подтвержден биопсией. Выживаемость без биохимических рецидивов определяли по уровню ПСА ($< 0,5$ нг/мл), а также по критериям Американской ассоциации терапевтической радиологии и онкологии для биохимического рецидива. Больных делили на три группы риска: высокого (68 человек), промежуточного (20) и низкого риска (12).

Никто из больных не умер во время операции или от онкологических причин; 5-летняя выживаемость без биохимических рецидивов составила 73%, 45% и 11% в группах низкого, среднего и высокого риска соответственно. Среди осложнений были недержание мочи (13%), эректильная дисфункция (86%), симптомы, связанные с нижними отделами мочевыводящих путей (16%), длительные промежностные боли (4%), задержка мочи (2%) и ректо-уретральные свищи (1%).

Направленная криоабляция в качестве терапии спасения – безопасный и эффективный метод лечения локализованного рака простаты после радиотерапии.

Источник: UroWeb.ru

Т.С. ПЕРЕПАНОВА

д.м.н.
НИИ урологии
Росмедтехнологий
Москва

Рациональная фармакотерапия урологических заболеваний

В течение последних десятилетий в лечении и качестве жизни больных с урологическими заболеваниями произошли коренные изменения, не только благодаря внедрению инновационных технологий и операций, но и широкому использованию в клинической практике современных высокоэффективных лекарственных средств.

Увеличение знаний о патогенезе нарушений мочеиспускания, механизмах эрекции, определение роли микроорганизмов в генезе мочевого инфекции с одной стороны, и достижения фармацевтической науки, синтез новых лекарственных субстанций, с другой – привели к изменению тактики лечения многих урологических заболеваний, ранее лечившихся только оперативным путем. Эффективная лекарственная терапия стала альтернативой для оперативных методов лечения.

Так, например, при лечении симптомов нарушения мочеиспускания, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, успешно применяются α -1 адреноблокаторы и ингибиторы 5- α редуктазы. Прорывом в лечении

эректильной дисфункции стало создание силденафила цитрата, а затем ряда других ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) – тадалафила, варденафила. Рациональная антибиотикотерапия острых инфекционно-воспалительных заболеваний почек и мочеполовых органов обеспечивает купирование процесса, устраняя предпосылки для оперативного лечения. Литолитическая медикаментозная терапия позволяет улучшить метафилактику мочекаменной болезни.

В современной медицине только для коррекции функциональных расстройств мочеиспускания, возникающих на фоне различных патологических состояний, применяются более 50 лекарственных средств различных фармакологических групп, улучшающих функциональное состояние мочевого пузыря. Для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний предложено свыше 200 генерических наименований антимикробных лекарственных препаратов. Если же говорить о торговых названиях ЛС, то только одного ципрофлоксацина в России продается свыше 60 наименований различного качества.

Динамично меняющаяся номенклатура лекарственных средств на фармацевтическом рынке страны требует от врачей постоянного углубления знаний по фармакотерапии для оптимального использования современных препаратов с наибольшей пользой и безопасностью для больного.

В настоящее время объем медицинской информации удваивается каждые 5 лет, поэтому практикующему врачу необходимо ежедневно читать не менее 19 статей для того, чтобы быть в курсе проблем по своей специальности. Время, которым располагает практикующий врач для чтения, менее 1 часа в неделю. При этом врач испытывает затруднения при поиске достоверной «доказательной» информации, затруднения в анализе информации.

Последние десятилетия знаменательны тем, что в медицине вообще, и в урологии в частности, внедрены принципы «медицины, основанной на доказательствах», которая включает объективную информацию, полученную из данных, подвергнутых мета-анализу или при проведении рандомизированных клинических исследованиях лекарственных средств.

ФОРМУЛЯР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В основе многих национальных программ по рациональному использованию ЛС лежит концепция ВОЗ об основных ЛС.

С 1970-х годов ВОЗ проводит политику, направленную на обеспече-

Качественно новым подходом к решению проблемы рационального использования ЛС является внедрение формулярной системы (ФС) по ЛС. Эта система предусматривает проведение комплекса основных взаимосвязанных мероприятий: разработку формулярных списков и подготовку на их основе формулярных справочников ЛС и стандартов (протоколов) лекарственного лечения, внедрение программ оценки использования ЛС.

ние основными ЛС всех слоев населения. Экспертами ВОЗ разработан и впервые в 1977 году опубликован первый перечень основных лекарственных средств (List of Essential Drugs). В России первый перечень жизненно-необходимых и важнейших ЛС был утвержден Минздравом России в январе 1992 г. В настоящее время этот перечень пересматривается ежегодно. Качественно новым подходом к решению проблемы рационального использования ЛС является внедрение формулярной системы (ФС) по ЛС. Эта система предусматривает проведение комплекса основных взаимосвязанных мероприятий: разработку формулярных списков и подготовку на их основе формулярных справочников ЛС и стандартов (протоколов) лекарственного лечения, внедрение программ оценки использования ЛС. ФС должна внедряться на всех уровнях системы здравоохранения, иметь обратную связь. ФС представляет собой динамичный, постоянно развивающийся процесс, с постоянным пересмотром формулярных списков и справочников, стандартов лечения на основе современной клинически достоверной информации и сведений, получаемых при оценке использования ЛС. Первым и наиболее важным этапом создания формулярной системы по ЛС является составление формулярных списков. К формулярным спискам относят перечни ЛС, отобранные экспертным советом (формулярно-терапевтическим комитетом) и носящие ограничительный характер для закупки, распределения и использования ЛС. Список формируется на основе рационального отбора ЛС для лечения наиболее распространенных заболеваний с учетом лекарственных форм и дозировок препарата. Введение ограничительных формулярных списков ЛС распространяется преимущественно на государственный сектор здравоохранения. Они способствуют соблюдению принципа социальной справедливости, обеспечивающего всем слоям населения равную базовую медицинскую и лекарственную помощь, а также улучшению контроля за расходами на приобретение ЛС.

Ответственность за рациональный отбор ЛС для формулярных списков, достоверность информации, включаемой в формулярный справочник, лежит на экспертах, принимающих участие в данной работе. Формулярная система позволяет решать проблемы терапевтического и экономического плана. Для нормального функционирования формулярной системы по ЛС необходима обратная связь – программа оценки использования ЛС, которая представляет собой процесс постоянного мониторинга и анализа применения ЛС. При рациональном использовании ЛС необходимо учитывать и нежелательные побочные действия, которые представляют серьезную проблему. По данным ВОЗ побочные реакции являются причиной 10% всех госпитализаций. Программа позволяет определять рациональность использования ЛС, выявлять и устранять ошибки, возникающие при их назначении и применении, корректировать формулярные списки. С целью успешного внедрения формулярной системы проведен целый ряд организационных, методических и информационно-образовательных мероприятий. Для работы над формулярными списками были организованы не только формулярно-терапевтические комитеты, но и сформированы рабочие группы на разных уровнях – федеральном, областном и на уровне отдельного ЛПУ.

Формуляры лекарственных средств определяют стандарты лечения отдельных заболеваний, рекомендуют использовать менее дорогое (но эффективное) лекарственное средство, а более дорогое только в тех случаях, когда первое не дало эффекта. В формулярах лекарственных средств рекомендуют определить препараты первого выбора и альтернативные.

ЛС отобранные в формулярный список должны соответствовать следующим требованиям.

- Лекарства с определенными и доказанными фармакологическими свойствами.
- Лекарства с наиболее выраженными фармакологическими свойствами из своей группы.

- Лекарства, эффективность которых для лечения конкретного заболевания доказана в многочисленных клинических, в т.ч. международных исследованиях.
- Лекарства с хорошей переносимостью и высоким уровнем безопасности, особенно при длительном многолетнем применении.

Для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний предусмотрено свыше 200 генерических наименований антимикробных лекарственных препаратов. Если же говорить о торговых названиях ЛС, то только одного ципрофлоксацина в России продается свыше 60 наименований различного качества.

- Лекарства с благоприятными фармакокинетическими свойствами (высокая биодоступность, терапевтические концентрации в органах и тканях, наличие двух путей элиминации и т.д.).
- Воспроизведенные лекарства (generic) должны быть биоэквивалентными (равными по фармакокинетическим показателям) с оригинальными (эталонными).
- Лекарства с хорошим соотношением «стоимость–эффективность».

Для гарантии качества ЛС необходимо выбирать производителей с известной репутацией. Фармацевтическое производство должно быть в соответствии с условиями «хорошей фабричной практики» – GMP. По препарату не должно быть рекламаций со стороны потребителей и контролирующих органов (контрольный институт, Фармакопейный Государственный комитет и др.) в течение 5 лет, а также необходимо наличие добротной документации, подтверждающей качество лекарств: данные клинических испытаний, фармакопейная статья, токсико-аналитические данные.

Для детских лекарственных средств (суспензии, сиропы, гранулы, свечи и т.д.) должны быть представлены отдельно биофармацевтические характеристики и данные о биоэквивалентности.



При отборе ЛС для формулярного федерального списка по урологии сначала был создан экспертный совет, в состав которого вошли специалисты – урологи из разных клиник и кафедр, в том числе и эксперты из НИИ урологии. Федеральный формуляр ЛС обновляется ежегодно.

При формировании формуляра лекарственных средств для урологических отделений ГКУБ № 47 г. Москвы и НИИ урологии был сформирован формулярно-терапевтический комитет, состоящий из экспертов – заведующих клиническими отделами, клиническими фармакологами, организаторов здравоохранения.

Основными критериями отбора ЛС для формулярного списка явились обоснованная необходимость, эффективность и безопасность, благоприятное соотношение: стоимость/польза ЛС. При отборе лекарственных препаратов мы основывались на данных «доказательной медицины» и фармакоэкономики. Местный формуляр ЛС внедрен в клиническую практику с 1999 года. В то же время работа по составлению и внедрению формуляра ЛС требует постоянного обновления. Это связано как с внедрением новых лекарственных средств, так и выявлением нежелательных побочных действий у старых ЛС. При составлении формулярного списка антибактериальных препаратов для стационаров необходимо не только основываться на видовых данных микроорганизмов на основе постоянного бактериологического мониторинга, но и на резистентность возбудителей.

При отборе антибиотиков в формуляр учитывают не только возбудителей, но и спектр действия антибиотика, его фармакокинетические и фармакодинамические соотношения, нежелательные побочные действия.

В формуляр для урологических отделений включены фторхинолоны, цефалоспорины II-IV поколений, аминогликозиды, карбапенемы, защищенные бета-лактамы, антианазобные, противогрибковые препараты. Выделены базовые антибиотики для лечения и профи-

лактики госпитальной инфекции, антибиотики для ротации и антибиотиков резерва для лечения тяжелых, жизнеугрожающих госпитальных инфекций.

При высокотехнологичных операциях, в связи с необходимостью селективной деконтаминации пищеварительного тракта перед операциями с использованием сегмента кишки, необходимо включение в формуляр полимиксина Е, тобрамицина. Увеличится роль ванкомицина и противогрибковых препаратов – амфотерицина В и флуконазола, что необходимо учитывать при закупке лекарственных средств.

При протезной инфекции возбудителями могут быть как стафилококки, энтерококки, грибы, так и грамотрицательные микроорганизмы семейства энтеробактерий. Необходимо включать в формуляр метронидазол, клиндамицин, азтреонам, липидные формы амфотерицина В, флуконазол, флуцитозин, рифампицин, полимиксин В или Е (колистин).

Результатами внедрения формуляра ЛС является не только исключение небезопасных и малоэффективных препаратов, но использование наиболее эффективных средств конкретным пациентам для увеличения качественной жизни и уменьшения финансовых затрат.

Для снижения затрат и повышения эффективности использования ЛС после внедрения формуляра лекарственных средств в НИИ урологии мы проводили ABC и VEN-анализ с 2001 по 2006 гг. При анализе закупленных за год ЛС по VEN анализу мы все препараты распределяли на:

- V – *vital* – жизненноважные;
- E – *essential* – необходимые (эффективные при лечении менее опасных, но серьезных заболеваний);
- N – *non essential* – второстепенные, т.е. лекарства для лечения легких заболеваний, лекарства с сомнительной эффективностью, дорогостоящие лекарства с симптоматическими показателями.

При распределении ЛС по VEN-анализу руководствовались Перечнем жизненнонеобходимых и важнейших ЛС, принятым МЗ РФ.

Для снижения затрат и повышения эффективности использования ЛС проводится ABC анализ, который показывает, на какие ЛС тратится основной объем средств. Проведенный анализ показывает структуру расходов НИИ урологии на закупку ЛС. Анализ позволяет провести реформы в политике закупок и направить основные средства на закупку жизненно важных препаратов. Этот анализ – основа выбора классов ЛС для первоочередного анализа формулярного отбора и изменения закупочной политики. Так, в 2001 г. основной объем средств – 79,97% – был израсходован на закупку 58 препаратов (класс А – 80% расходов). При анализе препаратов этого класса было выявлено, что в него вошли как жизненно-важные препараты (V-29, на которые израсходовано 40% средств бюджета), так и второстепенные (E – 19 препаратов, израсходовано 26% средств бюджета и на N – 13% средств бюджета). Если в 1999-2003 гг. наиболее затратными были рентгеноконтрастные вещества, а из антибиотиков – цефазолин, который назначался врачами без показаний в приемном отделении ГКУБ № 47 (была общая аптека) при почечной колике. При этом 56 лекарственных препаратов, закупленных аптекой, не соответствовали формуляру. В дальнейшие годы, благодаря постоянной работе с врачами, руководством больницы и института, с аптекой, внедрению формуляра ЛС было достигнуто, что 80% денежных средств затрачиваются на жизненноважные лекарственные препараты, из них 94-99% соответствуют формуляру ЛС института урологии.

Внедрен фармакоэкономический подход при выборе ЛС для включения в формуляр ЛС и для выбора сроков лечения различных урологических заболеваний с помощью доказательной медицины. Внедрение формуляра ЛС позволяет обеспечить качественными современными ЛС лечебный процесс и имеет фармакоэкономический эффект. Контроль сотрудниками группы назначений антибактериальных препаратов позволил уменьшить количество необоснованных на-

значений. Для достижения максимального химиотерапевтического эффекта при минимальном токсическом эффекте разработаны схемы дозирования антибактериальных препаратов различных групп с учетом фармакокинетических и фармакодинамических данных, написаны и внедрены в клиническую практику методические указания.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Фармакотерапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы прочно заняла лидирующее место при ведении больных с данным состоянием. 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.

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. Динамический компонент ответственен за 40% уретрального сопротивления, и 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 оно наивысшее,

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 -1 адренорецепторами, имеющими здесь высокую плотность. Различают подтипы α -1 адренорецепторов – А, В, D. В простате 69,3% α -1 адренорецепторов.

В настоящее время известно, что инфравезикальная обструкция при ДГПЖ имеет четко выраженный симпатозависимый компонент. Эффект лечения селективными α -1 адреноблокаторами связан с ограничением влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы на мочевой пузырь, простату, уретру, шейку мочевого пузыря путем блокады α -1 адренорецепторов. Из лекарственных препаратов с позиций доказательной медицины для фармакотерапии ДГПЖ/СНМП имеют значение 2 группы препаратов: ингибиторы 5 α -редуктазы и α -1 адреноблокаторы.

В мире имеется большой опыт по применению селективных α -1 адреноблокаторов (альфузозин, доксазозин, теразозин, тамсулозин) в лечении ДГПЖ/СНМП.

Сотрудники нашего отдела одни из первых в нашей стране проводили клинические исследования по эффективности и безопасности α -адреноблокаторов в ведении больных с симптоматической ДГПЖ с 1990-х годов. Исследования доксазозина, в частности Кардуры фирмы «Пфайзер» (США), Артезина компании «Отечественные лекарства» (Россия), теразозина – Сетегис фирмы «Эгис» (Венгрия), альфузозина – Дальфаз фирмы «Санofi-Авентис» (Франция) показали их клиническую эффективность через 1-2 недели применения, а долгосрочные наблюдения показали их клиническую эффективность и безопасность в течение 15 лет применения. Наши исследования подтвердили данные международных исследований. При применении

альфа-1 адреноблокаторов отмечается уменьшение степени выраженности расстройств мочеиспускания (по шкале IPSS) в среднем на 40-60%, улучшение качества жизни вдвое, снижается риск развития острой задержки мочеиспускания

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.

и необходимость оперативного лечения. 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-х месяцев является основанием для пересмотра терапии. У пациентов с ДГПЖ и с артериальной гипертензией α -1 адреноблокаторы приводят к снижению артериального давления, вернее к 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 и на кровообращение и функции детрузора, что приводит к увеличению его адаптационных свойств и резервуарной функции мочевого пузыря.

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: дневная и ночная поллакиурия, повелительные позывы, императивное недержание мочи.

При лечении хронических заболеваний, не представляющих непосредственную угрозу жизни пациентам, основной целью лечения является улучшение качества жизни больного. Наличие осложнений, необходимость в повторных операциях у некоторых пациентов приводит в результате к уменьшению жизненных ожиданий и надежд среди пациентов, подвергшихся ТУР простаты или аденомэктомии, а также к значительным финансовым расходам бюджета пациентов и системы здравоохранения в целом.

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.

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

Мы оценили клинико-экономический результат оперативного и медикаментозного лечения больных ДГПЖ, используя модель анализа решений «затраты – эффективность».

Основу исследования составили данные фармакоэкономического анализа 1095 мужчин с ДГПЖ, обследованных и перенесших оперативное вмешательство в клинике научно-исследовательского инсти-

тута урологии МЗ РФ, городской клинической урологической больницы № 47 г. Москвы, урологических отделениях областной клинической больницы и медико-санитарной части акционерного общества «Автодизель» г. Ярославля, наблюдающихся в центральной поликлинике администрации Президента г. Москвы, поликлинике НИИ урологии МЗ РФ.

Из них 790 пациентов перенесли трансуретральную резекцию простаты и 305 пациентов – чреспузырную аденомэктомию. Средний возраст больных, перенесших чреспузырную аденомэктомию, составил 72,3 + 7,8 лет, для ТУР этот возраст составил 71,2 + 6,9 лет.

Расчеты медикаментозного лечения α -1 адреноблокатором (теразозин) проведены на 1095 пациентах ДГПЖ.

Определяли стоимость и результат каждого из трех видов лечения (чреспузырная аденомэктомию, ТУР, фармакотерапия теразозином), т.к. они были выбраны как начальная терапия.

При расчете на 1095 больных с ДГПЖ затраты на амбулаторное обследование больных, которые получают медикаментозную терапию α -1 адреноблокаторами равны 3345225 руб.

Затраты на амбулаторное обследование больных, которые готовятся к оперативному лечению равны 9377580 руб.

Предоперационная подготовка требуется 580 пациентам (53%), что составляет 3738900 руб. 40 коп.

20032649 рублей необходимо на проведение ТУР простаты у 790 пациентов ДГПЖ и лечение осложнений после операций в течение одного года.

Затраты на чреспузырную аденомэктомию (305 пациентов) равны 9008266 руб. 80 коп.

ИТОГО: затраты на оперативное лечение 1095 больных и лечение осложнений в течение одного года после операции равны **42157395 рублей.**

На лечение 1095 больных ДГПЖ, начавших лечение теразозином в течение одного года (учитывая лечение осложнений и неудач), необходимо **17079239 рублей.**

В формуляр для урологических отделений включены фторхинолоны, цефалоспорины II-IV поколений, аминогликозиды, карбапенемы, защищенные бета-лактамы, антианаэробные, противогрибковые препараты. Выделены базовые антибиотики для лечения и профилактики госпитальной инфекции, антибиотики для ротации и антибиотики резерва для лечения тяжелых, жизнеугрожающих госпитальных инфекций.

Экономия при медикаментозной терапии (теразозином) 1095 пациентов с ДГПЖ, по сравнению с затратами на оперативное лечение 1095 больных с ДГПЖ равна **25078156 руб. в течение первого года лечения.**

При пересчете на 5 лет предстоящей жизни, хотя средний возраст был 71-72 года у оперированных больных, необходимо учитывать затраты на лечение отдаленных результатов оперативного лечения. Из них после аденомэктомии у 231 наблюдаемого пациента отмечены осложнения, потребовавшие повторного оперативного лечения, у 49 пациентов, т.е. у 21,2% пациентов. После ТУР простаты отдаленные результаты отмечены у 48 (16,7%) пациентов из 287 обследованных, что потребовало проведения повторной операции у 37 пациентов.

Таким образом, на оперативное лечение 1095 больных с ДГПЖ, включая лечение осложнений (оперативное и медикаментозное) в течение пяти лет от начала лечения требуется 61685283 руб.

На 5 лет предстоящей жизни после начала лечения теразозином 1095 пациентов с ДГПЖ потребует 54615999 руб.

Таким образом, фармакоэкономический анализ показал, что экономия при медикаментозной терапии теразозином (Сэтегис) 1095 пациентов ДГПЖ по сравнению с затратами на оперативное лечение 1095 больных ДГПЖ в течение первого года лечения равна 25078156 руб.

Экономия при лекарственной терапии теразозином (Сэтегис) пациентов с ДГПЖ, по сравнению с оперативным лечением при расчете на 5 лет предстоящей жизни составит 7069284 руб.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ВСЛЕДСТВИЕ ДГПЖ

Грозным осложнением ДГПЖ/СНМП является острая задержка мочеиспускания (ОЗМ), требующая принятия неотложных мер: катетеризации мочевого пузыря; троакарной эпицистомии или экс-

тренного оперативного вмешательства. Уретральная обструкция, вне зависимости от механизмов ее возникновения (механический, динамический) создает лишь условия для нарушений 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 электронномикроскопических исследованиях установлено, 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 – следствие не только слабого, но и сильного сокращения детрузора при микции, которое угасает еще до того, как завершится опорожнение мочевого пузыря. Таким образом, симптоматика нарушений мочеиспускания у больных ДГПЖ не может объясняться только обструкцией задней уретры гиперплазированной простатой. Несомненно, что нарушения внутриорганного пузырного кровообращения, гипоксия, ишемия стенки мочевого пузыря могут приводить как к гипер-, так и гипорефлексии 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.

У части пожилых пациентов с ДГПЖ структурно-функциональные изменения детрузора обструктивного характера могут наиболее заметно усугубляться

стрессорными (прямое катехоламиновое воздействие) и ишемическими (вследствие спазма сосудов) повреждениями гладкомышечных элементов мочевого пузыря. В этих случаях (острая задержка мочеиспускания) мочевой пузырь испытывает повышенное воздействие катехоламинов с по-

В современной медицине только для коррекции функциональных расстройств мочеиспускания, возникающих на фоне различных патологических состояний, применяются более 50 лекарственных средств различных фармакологических групп, улучшающих функциональное состояние мочевого пузыря.

следующим истощением их запасов в окончаниях симпатических нервов, которые сопровождаются прогрессирующим угнетением его биоэнергетики и расстройствами функции. α -1 адrenoблокаторы не оказывают на гиперплазированную ткань простаты никакого влияния, но приводят к выраженному симптоматическому улучшению.

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 установку цистостомического дренажа либо путем пункционной эпицистостомии, либо – открытого оперативного вмешательства. В то же время известно, что ОЗМ служит причиной выполнения экстренной операции – каждой 3-ей трансуретральной резекции простаты (ТУР) или открытой аденом (простат) эктомии. Выполнение операции на фоне ОЗМ сопряжено с высоким риском возникновения осложнений:

- интраоперационных – 1,8 (1,3-2,5%);
- гемотрансфузии – 2,5 (1,8-3,3%);
- послеоперационных – 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 международными клиническими исследованиями показана эффективность восстановления самостоятельного мочеиспускания после катетеризации мочевого пузыря уретральным катетером у больных ОЗМ/ДГП после однократной катетеризации – у 28% пациентов, после установки катетера на 2 дня – у 51%, после 7-дневной постоянной катетеризации – у 62% пациентов. Однако велик риск развития инфекционно-воспалительных осложнений после длительных катетеризаций мочевого пузыря, что не позволяет произвести отсроченное оперативное вмешательство и вынуждает устанавливать больным цистостомический дренаж на длительное время, до ликвидации воспалительных явлений, и направлять их на амбулаторное лечение.

Наши исследования по ведению 112 пациентов с острой задержкой мочеиспускания, вследствие ДГПЖ α -1-адреноблокаторами: доксазонином (Кардура); теразозином (Сетегис), альфузозином (Дальфаз), для обеспечения наилучших условий и времени для подготовки больного с ОЗМ/ДГПЖ к операции и/или выявления больных с ОЗМ, обусловленной ДГПЖ для фармакотерапии показали, что α -1 адреноблокаторы увеличивают шанс восстановления самостоятельного мочеиспускания у больных с острой задержкой мочеиспускания, вследствие ДГПЖ. У 64% пациентов восстановилось самостоятельное мочеиспускание, а 38% пациентов были выписаны на амбулаторное медикаментозное лечение. Более того, купирование ОЗМ α -1 адреноблокаторами обеспечивает время и лучшие условия для обследования и подготовки больного, при необходимости, к дальнейшему оперативному лечению. Добавление антибиотика (офлоксацина) в период катетеризации мочевого пузыря не оказало существенного улучшения в исходе катетеризации.

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ ПОЧЕК, МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Инфекции почек, мочеполовых органов и мочевыводящих путей (ИМП) часто встречаются как в урологической практике, так и в практике врачей других специальностей, нередко осложняя течение различных заболеваний. Лечение и тактика ведения больных с ИМП различается в зависимости от пола, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, различных дренажей в мочевых путях, видов урологических операций. С этой целью ИМП разделяют на неосложненные и осложненные инфекции у разных групп пациентов, с наличием сопутствующих заболеваний, а также в зависимости от вида оперативного вмешательства и т.д.

Деление на неосложненную и осложненную ИМП является важным для оценки состояния органов мочеполовой системы; выбора тактики ведения больных; возможных этиологических возбудителей и, соответственно, антибактериальных препаратов и длительности лечения. Однако при остром начале заболевания обычно трудно дифференцировать неосложненную ИМП от осложненной.

К неосложненной инфекции мочевых путей относят инфекции нижних (острый цистит, уретрит) и верхних мочевых путей (пиелонефрит) у больных, чаще женщин, при отсутствии каких-либо нарушений к оттоку мочи из почек или мочевого пузыря и структурных изменений в почках или мочевыводящих путях, а также у пациентов без серьезных сопутствующих заболеваний.

К факторам, предполагающим осложненную ИМП, относят:

- мужской пол;
- пожилой возраст;
- госпитальные штаммы микроорганизмов;
- беременность;
- наличие постоянных катетеров и дренажей в мочевых путях;
- недавно перенесенные инвазивные вмешательства в мочевых путях;

- функциональные или анатомические аномалии мочевых путей;
- недавнее использование антибиотиков;
- симптомы заболевания более 7 дней;
- сахарный диабет;
- иммуносупрессивные состояния.

Эти факторы служат руководством для врачей-клиницистов, которые должны в каждом конкретном случае решать вопрос об объеме обследования пациента и длительности курса лечения. К осложненной инфекции относят и госпитальную ИМП.

Госпитальной (нозокомиальной) инфекцией принято считать любое инфекционно-воспалительное заболевание или осложнение, возникшее в результате обращения или пребывания пациента в лечебном учреждении (включая поликлинику), а также у медицинского персонала, работающего в нем. Госпитальная ИМП часто имеет полимикробную этиологию. Госпитальные штаммы микроорганизмов характеризуются полиантибиотикорезистентностью, выраженными факторами вирулентности.

Применение антибиотиков является основным и обязательным компонентом терапии ИМП. Нерациональное применение антибиотиков приводит не только к неэффективности лечения, но и формированию и селекции резистентных штаммов возбудителей. Рациональный выбор антимикробных препаратов для терапии неосложненных ИМП невозможен без оценки резистентных штаммов в регионе, в целом. Наши исследования, совместно с НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской медицинской академии, показали, что основным возбудителем амбулаторных ИМП в Москве у 300 пациентов является *E.coli* – 72,5% всех случаев ИМП. При осложненных ИМП, по сравнению с неосложненными достоверно реже встречается *E.coli* (53% и 80,9%, $p < 0,05$) и возрастает этиологическое значение *P.aeruginosa* (4,5% против 0%, $p < 0,05$) и *E.faecalis* (9,1% против 4,2%, $p < 0,05$). В Москве отмечается высокий уровень резистентности *E.coli* при неослож-

ненных ИМП к ко-тримоксазолу – 28,7% и ампициллину – 39,1%, низкий уровень резистентности в отношении к амоксициллину/клавуланату – 6,25%, нитрофурантоину – 0%, фторхинолонам – 6,25%, цефуроксиму – 6,25%, цефотаксиму – 0%, фосфомицину – 0%.

У пациентов с осложненными ИМП чаще, чем при неосложненных ИМП, встречаются штаммы, резистентные к амоксициллину/клавуланату (7% и 0%), ко-тримоксазолу (25,6% и 18,8%) и налидиксовой кислоте (18,6% и 6,3%) $p < 0,05$.

Эти данные по Москве значительно не отличались от международного исследования по антибиотикорезистентности штаммов, возбудителей неосложненной мочевой инфекции – ARESC, в котором мы также приняли активное участие. Результаты исследования ARESC, в котором приняли участие 10 стран мира, также показали, что ведущим возбудителем НИМП является кишечная палочка в 76,3%, далее – *S.saprophyticus* (3,6%), *Klebsiella pneumonia* (3,5%), *Proteus mirabilis* (3,1%), *Enterococcus faecalis* (3,0%). Препаратами, к которым выявлена чувствительность возбудителей свыше 90%, являются фосфомицин, нитрофурантоин, ципрофлоксацин. Если резистентность в регионе превышает 20%, этот препарат не рекомендуется для эмпирического лечения. Таким образом, по данным двух исследований, для эмпирического лечения неосложненной ИМП в России рекомендуются фосфомицин (монодоза – 3г), нитрофурантоин (фурамаг – 5 дней), фторхинолоны (ципрофлоксацин, норфлоксацин – 3 дня). Для лечения осложненной ИМП антибактериальное лечение назначают после бактериологического исследования мочи.

Согласно исследованиям, проведенным в России группой английских ученых, около 50% всех врачебных назначений в амбулаторной практике являются ошибочными.

При фармакоэпидемиологическом исследовании «Оценка эффективности лекарственной терапии инфекции мочевых путей (ИМП) и хронического бактериально-

го простатита (ХБП)», которое мы провели в 2004-2005 гг. совместно с организационно-методическим отделом по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы, в амбулаторно-поликлинической службе г. Москвы, в НИИ урологии МЗ РФ и в городской клинической урологической больнице № 47 г. Москвы был проведен анализ амбулаторных карт 300 пациентов в 10 поликлиниках г. Москвы.

ЮВАО – поликлиники № 227 и № 89;

ВАО – поликлиники № 191, № 80, № 69, поликлиника НИИ урологии Росздрава;

СЗАО – поликлиника № 229;

СВАО – поликлиника № 107;

ЮАО – поликлиники № 127 и № 170.

Из них 201 пациентка женского пола и 99 мужчин.

Целью исследования было получение объективных данных о применении лекарственных средств при лечении неосложненной инфекции мочевых путей и хронического бактериального простатита в различных поликлиниках Москвы и оценка рационального их использования с позиций современной рациональной фармакотерапии.

Исследования показали, что:

- наиболее часто больные обращаются к врачу урологу в поликлинику по поводу хронического цистита (36%), хронического простатита (27%), острого цистита (18%), хронического пиелонефрита (14%) и острого неосложненного пиелонефрита (5%);
- неосложненные и осложненные формы ИМП встречаются одинаково часто – 37,6% и 38,8% соответственно. Самыми частыми осложняющими факторами являются мочекаменная болезнь – 48,5% и сахарный диабет – 24,2%;
- в Москве отмечается высокий уровень резистентности *E.coli*, выделенной у пациентов с неосложненными ИМП к ко-тримоксазолу (28,7%) и ампициллину (39,1%);
- бактериологические исследования мочи, секрета простаты у этих

пациентов проводятся всего у 16%, в то время как 92% пациентов назначаются антимикробные препараты;

- при лечении ИМП и хронического простатита наиболее часто назначают норфлоксацин (19%), ципрофлоксацин (16%), доксициклин (12%), нитроксалин (11%), фосфомицина трометамол (в 9%), котримоксазол (7%), пипемидовая кислота (6%), офлоксацин (4%) и фурагин (3%);
- рациональный выбор антимикробных препаратов при амбулаторных ИМП в Москве отмечен только в 52,5% случаев. Основной ошибкой является назначение препаратов, к которым имеется высокий уровень устойчивости возбудителей (18,3%).

Для гарантии качества ЛС необходимо выбирать производителей с известной репутацией. Фармацевтическое производство должно быть в соответствии с условиями «хорошей фабричной практики» – GMP. По препарату не должно быть рекламаций со стороны потребителей и контролирующих органов (контрольный институт, Фармакопейный государственный комитет и др.) в течение 5 лет, а также необходимо наличие добротной документации, подтверждающей качество лекарств: данные клинических испытаний, фармакопейная статья, токсико-аналитические данные.

Как известно, антибиотики являются единственными лекарственными препаратами, эффективность которых уменьшается со временем. Контроль над госпитальной мочевой инфекцией в клинике НИИ урологии и ГКУБ № 47 ведется с момента основания института.

Госпитальная инфекция мочевых путей (ГИМП) занимает 1 место среди всех видов госпитальной инфекции. Многочисленными исследованиями, проводимыми в нашем институте, определены очаги инфекции, факторы передачи возбудителей мочевой инфекции. Указано на первостепенное значение катетеров и дренажей в генезе раз-

вития ГИМП. Дан 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. Отработаны принципы антибактериальной профилактики перед вмешательствами и операциями. В институте в 2006 году проведены клинические испытания препарата Ципринол (ципрофлоксацин), в режиме ступенчатой терапии, для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений после трансуретральной резекции (ТУР) простаты.

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

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

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

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

Бактериурия до операции име-

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

Таким образом, хорошая и отличная клиническая и бактериологическая эффективность ступенчатой терапии Ципринолом продемонстрирована у 28 пациентов, что составило 93,33%, удовлетворительная клинико-бактериологическая эффективность констатирована у двоих пациентов, что составило 6,67%. Нежелательных побочных реакций во время ступенчатой терапии Ципринолом отмечено не было. Аллергических реакций, связанных с приемом препарата, у пациентов не отмечено. Переносимость препарата отличная.

Написаны и опубликованы руководства по ведению больных с осложненной и госпитальной инфекцией мочевых путей, алгоритмы антибактериальной терапии и профилактики, методические указания и рекомендации.

Отдел участвовал в первом трансконтинентальном международном эпидемиологическом исследовании по внутрибольничной инфекции мочевых путей в урологических стационарах – РЕР-исследовании 2006 г. По данным этого исследова-

ния, основными факторами риска развития ГИМП признаны:

- уретральный катетер – 74%;
- длительность катетеризации – 6-11 дней;
- обструкция мочевых путей – 49%;
- предшествовавшие ИМП – 44%;
- госпитализация в предшествовавшие 6 месяцев – 45%;
- камни в мочевых путях – 20%.

В 81% случаев ГИМП развивалась после оперативных вмешательств, в том числе в 38% после чистых и в 35% после условно-чистых операций.

Распространенность ГИМП в урологических стационарах равна 11%. Из клинических проявлений наиболее часто выявляли асимптоматическую бактериурию – 29%, цистит – 26%, пиелонефрит – 21%, уросепсис – 12%.

При анализе данных РЕР-исследования выявлено, что в России идет недооценка тяжести состояния больных с острым пиелонефритом при наличии уросепсиса. Диагноз уросепсиса устанавливается в 4% случаев, в отличие от 24-26% в других странах Европы и Азии.

Отмечены различия между странами и в назначении разных групп антимикробных препаратов. В отличие от других стран, в России часто назначают нитрофураны при ГИМП. В России антибиотики обычно назначают 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.

Экономическая составляющая данного исследования показала, что затраты на ГИМП возрастают на 500 евро в день. За счет развития ГИМП увеличиваются дни госпитализации, что ведет к сверхзатратам на 1 урологическое отделение свыше 608265 евро в год. Общие затраты на ГИМП в Европе (800 млн. человек) приблизительно составляют 1 млрд 216 млн 530000 евро в год.

Имеются значительные региональные различия в применении антибиотиков и в уровне анти-

Последние десятилетия знаменательны тем, что в медицине вообще, и в урологии в частности, внедрены принципы «медицины, основанной на доказательствах», которая включает объективную информацию, полученную из данных, подвергнутых мета-анализу или при проведении рандомизированных клинических исследований лекарственных средств.

микробной чувствительности уропатогенов. В каждом стационаре существуют свои ведущие возбудители с определенным уровнем резистентности, что указывает на необходимость постоянного бактериологического мониторинга.

В стационарах ГКУБ № 47 г. Москвы и НИИ урологии, ведущими патогенными возбудителями в настоящее время являются *E.coli*, *Staphylococcus spp*, *Enterococcus faecalis*, *P.aeruginosa*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*. Из них 14-20% штаммов возбудителей являются полиантибиотикорезистентными. Внедрение новых высокотехнологичных операций с использованием различных синтетических материалов (протезы, сфинктеры, клапаны, стенты) породило новый вид инфекции – инфекция инородного тела. Будет увеличиваться роль метициллинорезистентного золотистого стафилококка (MRSA), ванкомицинрезистентного эпидермального стафилококка (VRE), настораживает появление бета-лактамаз расширенного действия (ESBLs). Возрастает этиологическая значимость грамположительной флоры, анаэробов и грибов при использовании сегментов кишки для формирования резервуара мочи.

Преобладание роли условно-патогенных микроорганизмов в развитии госпитальной урологической инфекции привело к снижению эффективности лечения и создали трудности в подборе лечебных препаратов, особенно больным, страдающим хроническими воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей. Первоначальная, природная резистентность к антибиотикам не исчезает, и бактерии постоянно совершенствуют механизмы резистентности и вырабатывают новые факторы защиты от новых групп антибиотиков. Антибиотики создают селективный фон для постепенного распространения резистентных к ним штаммов микроорганизмов и широкого распространения в природе механизмов обмена информацией.

Антибактериальная терапия может явиться причиной развития дисбактериозов. В случае же при-

менения антибиотиков на фоне развившегося дисбактериоза антибактериальная терапия может усиливать степень его выраженности. Кроме того, антибиотики снижают колонизационную резистентность кишечника, увеличивают проницаемость кишечной стенки, способствуя тем самым проникновению условно-патогенных микроорганизмов в кровяное русло, внутренние органы и развитию вторичного очага инфекции и аллергизации организма.

БАКТЕРИОФАГОТЕРАПИЯ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Хорошие перспективы в качестве антибактериальной терапии имеют препараты бактериофагов. В отличие от антибиотиков они обладают строгой специфичностью действия, не подавляют нормальную микрофлору, стимулируют факторы специфического и неспецифического иммунитета, что особенно значимо при лечении хронических воспалительных заболеваний или бактерионосительства. Лечебно-профилактические бактериофаги содержат поликлональные вирулентные бактериофаги широкого диапазона действия, активные, в том числе и в отношении бактерий, устойчивых к антибиотикам. Фаготерапия может успешно сочетаться с назначением антибиотиков.

Достоинство этих препаратов заключается в строгой специфичности действия, поскольку они вызывают гибель только своего конкретного вида бактерий, в отличие от антибиотиков, не влияя на нормальную микрофлору кишечника больного.

Вирулентные бактериофаги, адсорбируясь на поверхности гомологичной микробной клетки, проникают в ее цитоплазму, где интенсивно размножаются, используя структурные компоненты клетки, и разрушают ее. Далее, зрелые фаговые частицы готовы к новому заражению и литический процесс повторяется с новыми и новыми бактериальными клетками.

Бактериофагами называют вирусы, использующие в качестве хозяев только бактерии. Размер бакте-

риофагов от 50 до 200 нанометров. Существуют разнообразные лекарственные формы бактериофагов: жидкие, таблетированные, суппозитории, линименты и мази. Мы впервые в урологической практике использовали жидкие бактериофаги для перорального и местного

Формуляры лекарственных средств определяют стандарты лечения отдельных заболеваний, рекомендуют использовать менее дорогое (но эффективное) лекарственное средство, а более дорогое только в тех случаях, когда первое не дало эффекта. В формулярах лекарственных средств рекомендуют определить препараты первого выбора и альтернативные.

введения препарата. Пероральные формы принимают за 30 минут до еды. Важным условием, обеспечивающим результативность лечения фаговыми препаратами, является определение чувствительности к ним возбудителя.

Фаготерапия применяется в урологической практике в основном при лечении хронических уроинфекций: хроническая инфекция мочевых путей, рецидивирующий бактериальный цистит, пиелонефрит, хронический простатит, уретрит, нагноение ран. Фаготерапия применяется как монотерапия или в сочетании с антибиотиками или химиопрепаратами. Фаготерапия показана также в качестве повторного курса этиотропной терапии при отсутствии эффекта от лечения антибактериальными препаратами; для лечения длительного бактериовыделения (бактериурия); для лечения дисбактериозов, обусловленных колонизацией соответствующего условно-патогенного возбудителя (кишечной палочки с измененными свойствами, например гемолизующие и лактозонегативные формы; различными видами микроорганизмов рода протей, синегнойной палочки, стафилококка и т.д.). Препараты бактериофагов показаны также для про-

филактики рецидивов цистита у пациентов с персистирующей инфекцией нижних мочевых путей, у пациентов с инфицированными камнями в мочевых путях, на фоне различных катетеров и дренажей. Являясь безвредным биологическим методом лечения, может применяться даже у детей раннего возраста. Для получения положительных результатов использования бактериофагов необходимо предварительное исследование чувствительности к ним микроорганизмов. При использовании бактериофагов в крупных клиниках, больницах целесообразно включать в состав производственных штаммов, на которых готовятся коммерческие препараты, госпитальные штаммы возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний, характерных для данного стационара. Наши исследования применения бактериофагов показали также, что:

- адаптация возбудителей бактериофагов к свежeweделенным возбудителям гнойно-воспалительных осложнений у урологических больных позволила повысить число фагочувствительных штаммов возбудителей на 10-40%;
- клинико-бактериологическая эффективность лечения гнойно-воспалительных урологических заболеваний при пероральном приеме препаратов составила 77-93% (положительный результат фаготерапии при заболеваниях, вызванных *E. agglomerans* достигал 77%, *P. aeruginosa* – 81%, *E. coli* – 86%, *Staphylococcus spp.* – 93%);

- адаптация бактериофагов обеспечивает соответствие фаговых препаратов современным возбудителям инфекционно-воспалительных заболеваний, циркулирующим в урологической клинике, свидетельствует о целесообразности использования адаптированных препаратов бактериофагов для направленной борьбы с госпитальными инфекциями мочевых путей.

ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ОТДЕЛА

Конечно, в короткой актовой речи невозможно отразить те исследования и достижения, полученные сотрудниками отдела, совместно с лабораториями и отделами института и больницы. Рациональная фармакотерапия урологических заболеваний, а особенно, антибактериальная терапия невозможны без современных диагностических методик. Исследования по вирулентности кишечной палочки (докторская диссертация Л.А. Ходыревой) показали взаимосвязь между активностью воспалительного процесса в паренхиме почки, вплоть до гнойного пиелонефрита и вирулентностью *E. coli*, определяемой специфическим набором генов в «островах патогенности»: фимбриальные гены *fimA*, *pap C*, гены, обеспечивающие выработку гемолизина *hly A*, *Hly B*, ген токсинообразования-*cnf-1*, ген высокой патогенности *HPI-irp-2*. Госпитальные штаммы кишечной палочки в 86,9% случаев облада-

ют факторами патогенности и высокой резистентности, по сравнению с внебольничными (45%), что определяет клиническое течение заболевания.

Необходима модернизация бактериологической лаборатории. Постоянный контроль за уровнем резистентных штаммов в клинике необходимо дополнить определением защитных ферментов микробной клетки – бета-лактамаз расширенного спектра действия, металлобета-лактамаз, цефалоспориноаз. Определение бета-лактамаз расширенного спектра действия у возбудителей мочевой инфекции может потребовать ротации антибиотиков в клинике, а учитывая перекрестную резистентность, возможно временное удаление группы антибиотиков из клинической практики, например цефалоспоринов.

Необходимо определение не только минимально-подавляющей концентрации антибиотиков для госпитальных штаммов микроорганизмов, что имеет значение для их режима дозирования, но и внедрения фармакокинетических и фармакодинамических исследований. Создание фармакокинетической лаборатории позволит проводить научные исследования по рациональному дозированию лекарственных препаратов, разработке индивидуального дозирования ЛС. Фармакокинетический контроль обязателен при применении некоторых лекарственных препаратов, особенно с узким терапевтическим индексом (иммунодепрессанты, аминогликозиды, гликопептиды, амфотерицин В, дигоксин и др.), а также у детей раннего возраста и больных с хронической почечной недостаточностью.

Необходимость закупки термоциклера – аппарата для определения ДНК и РНК живых микроорганизмов в реальном времени позволит определять как возбудителей, передающихся половым путем, вирусную инфекцию, так и живых микроорганизмов в крови и моче пациентов для выработки грамотной тактики ведения больных, особенно с бактериемией и опасностью развития гнойно-септических осложнений. 

Введение ограничительных формулярных списков ЛС распространяется преимущественно на государственный сектор здравоохранения. Они способствуют соблюдению принципа социальной справедливости, обеспечивающего всем слоям населения равную базовую медицинскую и лекарственную помощь, а также улучшению контроля за расходами на приобретение ЛС. Ответственность за рациональный отбор ЛС для формулярных списков, достоверность информации, включаемой в формулярный справочник, лежит на экспертах, принимающих участие в данной работе.

Ципринол®

ципрофлоксацин

таблетки, 250 мг, 500 мг и 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 сальмонеллезных 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 допускается 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 6600. Факс: (495) 739 6601. E-mail: info@krka.ru www.krka.ru



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

Виктор СИМОНОВ: «Высокая квалификация»

Урологическая служба Мордовии имеет более чем полувековую историю. О ее достижениях, проблемах и перспективах региональному корреспонденту журнала «Эффективная фармакотерапия в урологии» Галине Кондаревой рассказывает главный уролог Республики Мордовия, заведующий 8 урологическим отделением Мордовской республиканской клинической больницы, кандидат медицинских наук Виктор Владимирович СИМОНОВ.

Виктор Владимирович, давайте начнем с того, как происходило в республике становление урологической службы.

До 1951 года в нашей республике врачей-урологов не было вообще. Урологическая помощь оказывалась врачами-хирургами общего профиля и заключалась она, в основном, в нефрэктомии при травмах почек и наложении надлобковых свищей при острой задержке мочи. В тот период с урологическими больными работали хирурги общей практики – по месяцу, в соответствии с графиком. В 1951 году республиканским Министерством здравоохранения врач-хирург Мария Павловна Юртайкина была направлена в Москву на специализацию по урологии в урологическую клинику больницы им. С.П. Боткина. Она стала «первой ласточкой». Три года спустя, создается самостоятельное урологическое отделение с первоначальной коечной емкостью 30 коек. Постепенно она была увеличена до 40 коек, а количество специалистов нашего профиля возросло до четырех. По мере приобретения опыта начинают внедряться новые виды операций при опухолях мочевого пузыря, нефротуберкулезе, мочекаменной болезни, стриктурах уретры. Наряду с этим проводится подготовка кадров для районных больниц республики,



которые начали оказывать экстренную урологическую помощь на местах.

Я проходил специализацию на базе этого отделения под руководством М.П. Юртайкиной в начале 70-х годов прошлого века. В этот период у нас широко внедрялись пластические операции при гидронефрозах, гипоспадии, нефроптозе. С диагностической целью начали производить пневмоцистоскопию, лакунарную пневмоцистоскопию, осадочную пневмоцистоскопию с перицистографией. Широкое применение

получили неоперативные методики лечения: удаление камней петлями Дэвиса-Дормиа, вибротерапия, дробление камней в мочевом пузыре с помощью аппарата «УРАТ». Тогда далеко продвинулась практическая урология в сельском здравоохранении. Я был назначен на должность заведующего отделением в 1979 году. С тех пор у нас продолжается отработка ранее освоенных оперативных методик и внедрение новых, в том числе и не требующих оперативного вмешательства.

специалистов и современное оборудование – слагаемые успеха нашей работы»

Другими словами, в будущем году вы, Виктор Владимирович, отметите юбилей – 30 лет работы в должности главного уролога республики. С какими достижениями подходит к этой дате возглавляемая вами служба?

Год – в масштабах жизни одного человека срок небольшой, но к этой дате мы все надеемся отметить еще и новоселье. Дело в том, что подходит к завершению строительство нового комплекса Республиканской клинической больницы, который, как ожидается, станет одним из ведущих медицинских центров в Поволжье по многим отраслям медицины, включая и урологию. Там под наше отделение выделен целый этаж главного корпуса полностью соответствующего международным стандартам: одно- и двухместные боксированные палаты с отдельными санблоками и прочими удобствами, которые сейчас многим могут показаться экзотическими излишествами. Самое же главное в том, что новое отделение планируется оснастить по последнему слову современной медицинской техники. В частности, там будет компьютерный и магнитно-резонансный томографы, а также аппаратура для так называемых «закрытых операций» и многое другое, что значительно повысит эффективность нашей работы и, безусловно, пойдет на пользу нашим пациентам. Думаю, не открою секрета, если скажу, что урология является, пожалуй, одной из самых техноемких областей медицины.

Все это хоть и в ближайшей, но все-таки перспективе, а чем располагает ваша служба сегодня?

Если говорить о том, что мы имеем на сегодняшний день, то это

стационар нашего отделения на 50 койко-мест. Ежегодно лечение в нем проходит 1200-1300 человек с самыми разными уропатологиями. Сейчас мы располагаем общепринятым, по российским стандартам, набором оборудования: диагностическая УЗИ-аппаратура экспертного класса, которая позволяет проводить исследования не только органов мочеполовой системы, но печени, сердца и других органов, вплоть до самых мельчайших кровеносных сосудов. Есть современная техника для экстракорпоральной литотрипсии, то есть дробления камней без оперативного вмешательства с помощью электрогидравлической волны. Теперь около 85% пациентов с мочекаменной

болезнью избавляются от нее именно таким образом. Это на уровне общероссийских показателей.

Укомплектованность нашей службы также соответствует российским стандартам. В настоящее время штат укомплектован полностью – 40 специалистов, включая урологов, работающих в районных поликлиниках, детской республиканской больнице, противотуберкулезном диспансере и других медучреждениях республики. В тех районных поликлиниках, где нет штатных урологов, это направление, как и прежде, ведут хирурги, прошедшие соответствующую подготовку. Непосредственно в нашем отделении работают четыре уролога, трое из которых имеют



Комплекс экстракорпорального электрогидравлического литотритера

высшую квалификационную категорию. К нашим достижениям я бы отнес как раз то, что наряду с перечисленными, годами отработанными методиками, как я уже говорил, нами внедрен и целый ряд новых.

Расскажите об этом подробнее. Что из новых методик удалось внедрить за прошедшие годы?

Постараюсь быть кратким, поэтому без специфической терминологии не обойтись. Надеюсь, для моих коллег все будет понятно. Итак, у нас внедрена одномоментная аденоэктомия с первичным глухим швом, нисходящий литолиз камней почек, корригирующие операции при пороках развития уретры мочеточников, операции при заболеваниях вен семенных канатиков, оперативное лечение болезни Пейрони, локальная управляемая гипотермия, резекция почек при мочекаменной болезни, различные виды пластических операций при гидронефрозах, гипостадии, реконструктивно-восстановительные операции при протяженных стриктурах уретры, радикальные резекции мочевого пузыря и гемицистэктомии при опухолях, цистэктомии с уретерокутанеостомией

и сигмостомией, цистэктомия с билатеральной лимфаденоэктомией и созданием искусственного мочевого пузыря из подвздошной кишки, радикальная простатэктомия при раке простаты, органосохраняющие операции при раке почки, трансабдоминальные доступы для удаления опухолей почек в едином блоке с забрюшинной клетчаткой и одномоментной лимфоаденоэктомией операции при синхронном раке почек, при опухолях надпочечников. Кроме того, нами освоено и с успехом проводится фаллоэндопротезирование при эректильной импотенции, пластика пузырно-влагалищных свищей, трансвагинальное иссечение дивертикулов женской уретры, пункциальная склеротерапия кист почек, пункционная нефростомия, трансуретральная резекция при опухолях мочевого пузыря и простаты и многие другие современные методики, включая дистанционную ударно-волновую литотрипсию. Повторюсь, с появлением в отделении экстракорпорального электрогидравлического литотритера нам удалось существенно снизить процент оперативного вмешательства при мочекаменной

болезни – только около 15% пациентов с тяжелыми формами этого заболевания направляются на операционный стол. Соответственно, 85% избавляются от камней в почках с помощью этого аппарата.

Виктор Владимирович, высокий уровень техники предполагает и соответствующий уровень специалистов, которые с ней работают. Как в республике поставлена подготовка урологов?

Подготовка проводится на кафедре урологии медицинского факультета нашего ведущего вуза – Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарева, а также на базе нашего отделения. У нас же проходят ординатуру и аспирантуру. Кроме того, уже практикующие урологи в обязательном порядке проходят переподготовку в медицинских академиях последиplomной подготовки врачей в Москве, Санкт-Петербурге и Челябинске. Вообще, мы тесно сотрудничаем со своими коллегами из других городов – от Казани до того же Челябинска. В последнее время у нас очень хорошие связи по обмену опытом наладились с Нижним Новгородом, где располагается Поволжский медицинский центр. Там наше направление возглавляет профессор Вагиф Ахметович Атдуев. Он стал частым гостем на многих наших мероприятиях – конференциях и семинарах, регулярно приезжает с лекциями. В конце прошлого года мы заключили договор о сотрудничестве со Всероссийским НИИ урологии в Москве. Взаимодействие с этим институтом предполагает то, что наши специалисты получают доступ к самым новейшим научным разработкам москвичей, на его базе смогут готовиться наши аспиранты при работе над своими диссертациями, а со временем и мы сами подключимся к научно-исследовательской работе – получим свое направление.



Здание Мордовской республиканской клинической больницы

Из сказанного вами, можно сделать вывод, что урология в Мордовии на общероссийском фоне выглядит вполне достойно и у нее неплохие перспективы. А есть ли в республике какие-то местные особенности в структуре урологических заболеваний?

Исходя из своего многолетнего опыта, я бы не сказал, что у нас можно выделить какие бы то ни было факторы, которые оказывают существенное негативное влияние на общую клиническую картину урологической заболеваемости. Хотя в других регионах такие факторы присутствуют. Например, в Казани, как и в Татарии в целом, очень неблагоприятная ситуация с мочекаменной болезнью почек, что, вероятно, связано с низким качеством питьевой воды. У нас ситуация с водой гораздо лучше. Более того, в конце прошлого – начале этого века в связи с сокращением промышленного производства, значительно улучшилась и общая экологическая обстановка в республике. Однако число больных с мочекаменной болезнью остается на прежнем, достаточно высоком уровне. Она по-прежнему удерживает первое место в статистике урологических заболеваний. Что гораздо хуже, за последнее десятилетие большой скачок сделала статистика онкоурологических заболеваний. Теперь по частоте она занимает второе место, временами уступая его доброкачественным опухолям предстательной железы. Причем, никак нельзя сказать, что для этого есть какие-то особые предпосылки. С другой стороны, рост числа онкологических заболеваний принято связывать с вредными привычками – курением, злоупотреблением алкогольными напитками и тому подобным. Кроме того, злокачественные опухоли имеют тенденцию проявляться у представителей определенных профессий – работающих, к примеру, с лакокрасочными материалами или другими агрессивными

химическими веществами. Опять-таки, по своим наблюдениям, мне трудно установить прямую зависимость урологических заболеваний с тем или иным неблагоприятным фактором. Я бы сказал, что воздействие на организм человека происходит комплексно и с трудом поддается анализу, что именно стало первопричиной заболевания.

Виктор Владимирович, а каким образом налажено взаимодействие урологической службы с онкологами?

Все, что касается диагностики и хирургического вмешательства при заболеваниях, включая и злокачественные опухоли, мочеполовой системы, – это прерогатива нашей службы. Послеоперационное наблюдение и ведение таких пациентов – радиологическая и химиотерапия – это уже входит в компетенцию онкологов и проводится в Республиканском онкологическом диспансере. Должен сказать, что в нашем здравоохранении есть все предпосылки для выделения такой достаточно узкой специализации, как онкоурология, в отдельное направление. Это общемировая тенденция, что само по себе говорит о серьезности проблемы. Онкоурологи уже выделились из сообщества урологов, создав свое собственное общество. Кстати, именно в столице нашей страны уже два года подряд проводятся Международные конгрессы онкоурологов, которые планируется сделать регулярными и проводить каждую осень. Очевидно, онкоурология со временем станет самостоятельным направлением в медицине, настолько угрожающие масштабы приобретает статистика злокачественных опухолей в мочеполовой сфере.

Виктор Владимирович, что вы можете сказать о фармакотерапии применительно к урологии?

По сравнению с прошлыми годами, количество препаратов

возросло неимоверно. Большая их часть распространяется без рецептов через аптечные сети, число которых также год от года растет, поэтому не берусь судить о том, какие средства пользуются большим или меньшим спросом. В нашей практике очень хорошо себя зарекомендовали антибиотики нового поколения и препараты для симптоматического лечения такого распространенного среди мужчин пожилого возраста заболевания, как аденома предстательной железы. Это значительно улучшает общее состояние и качество жизни таких пациентов. Среди того, что предлагает современная фармакология, я бы назвал следующие препараты: Омник, Кардура, Тамсулозин, Доксазозин... Перечислять можно долго. В целом же можно сказать, что фармацевтические средства позволяют оказать существенную помощь тем больным, которым по ряду причин, включая сопутствующие заболевания, противопоказаны операционные и иные методы лечения.

Подводя итог нашей беседе, чтобы вы пожелали всем своим коллегам?

Я бы пожелал активнее осваивать самые передовые методы лечения, не бояться нового, но в совершенстве владеть и старыми, хорошо зарекомендовавшими себя методами. К счастью, медицина в нашей стране уже оставила позади самые тяжелые времена, налаживается плодотворная работа в науке и практике как по вертикали, так и по горизонтали – между регионами, а также с нашими коллегами из-за рубежа. Это не может не радовать. В нашей деятельности все должно быть подчинено главной цели – работать во благо наших пациентов.

Остается только присоединиться к вашим пожеланиям, Виктор Владимирович. ЕФ

К.К. АНТОНОВ,
студент V курса
Кемеровской
Государственной
Медицинской Академии,
Медицинский центр
«Эргин», г. Кемерово

Цитоморфологический мониторинг в процессе антибиотикотерапии пациентов с хроническим простатитом

Хронический простатит является одним из самых распространенных заболеваний мочеполовой системы среди мужского населения. Как правило, он выявляется у трудоспособных мужчин молодого и среднего возраста. В последнее время простатит все чаще выявляется у пожилых мужчин, включая его сочетание с доброкачественной гиперплазией простаты (1). По данным разных авторов, его частота в общей популяции колеблется от 11 до 35% (2).

Хронический простатит характеризуется длительным, рецидивирующим течением и довольно часто выступает в качестве причины психологических и сексуальных расстройств, нарушения мочеиспускания, а в итоге – может привести к infertility. Влияние этого заболевания на качество жизни сравнимо с поражениями сердечно-сосудистой системы (10).

Современная медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов развития хронического простатита (1). Однако

основными этиологическими факторами признаются инфекционные и застойные явления в предстательной железе (3).

В последние годы отмечается рост заболеваемости хроническим простатитом, что объясняется широким распространением ИППП. Инфекция простаты может быть следствием бактериальной колонизации мочеиспускательного канала, которая, в свою очередь, часто является следствием сексуальной активности (4). Любой инфекционный агент, присутствующий в простате, может явиться причиной заболевания, а здоровая предстательная железа свободна от микроорганизмов (5).

Значимость проблемы простатита, трудность его диагностики и лечения, возможность бессимптомного течения заставляют внедрять в диагностическую схему методы, позволяющие объективно оценивать состояние предстательной железы пациента и назначать адекватную терапию. «Золотым стандартом» в диагностике хронического простатита уже долгое время считается двух-четырёхстаканная проба, однако ее роль до конца не определе-

на (6). Результаты этой пробы не могут дать достоверный ответ о наличии патогенной микрофлоры в канальцах простаты и разновидности микроорганизмов, обитающих в простате. А определение количества лейкоцитов в моче является лишь косвенным признаком, свидетельствующим о воспалительном процессе. Из лабораторных методов основным остается исследование секрета предстательной железы (2). Поэтому в списке исследований, выполняемых при обследовании пациента с хроническим простатитом, ключевую роль играет именно цитоморфологическое исследование ее секрета. Соответственно диагноз хронического простатита должен выставляться на основании наличия признаков воспаления в секрете простаты (7). Эта методика может дать огромное количество информации о типе и фазе воспалительного процесса, состоянии эпителия, активности местных защитных механизмов, наличии тех или иных микроорганизмов или косвенных признаков их присутствия (8).

Лечение хронического простатита должно быть комплексным. Оно обязательно предусматривает воздействие на все этиологические факторы и звенья патогенеза (2). Наиболее важным моментом является подбор антибиотика, действие которого будет направлено на элиминацию основного инфекционного фактора. Особенности выбора препарата определяются тем, что

Современная медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов развития хронического простатита. Однако основными этиологическими факторами признаются инфекционные и застойные явления в предстательной железе.

ограниченное число антимикробных препаратов способно в достаточной концентрации проникать через гематопростатический барьер. В наибольшей степени в ткани предстательной железы накапливаются фторхинолоны. Ко-тримоксазол, до сих пор указанный в Европейских стандартах для лечения простатита, значительно хуже, чем фторхинолоны проникает в паренхиму предстательной железы.

Следующей проблемой при терапии хронического простатита является формирование микробных биопленок, затрудняющих эрадикацию возбудителя. Фторхинолоны являются группой антибиотиков, активных в отношении грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих бактериальный простатит, и способны воздействовать на бактерии в биопленках (9).

Актуальным также является вопрос объективизации обследования пациентов до, после и в процессе лечения.

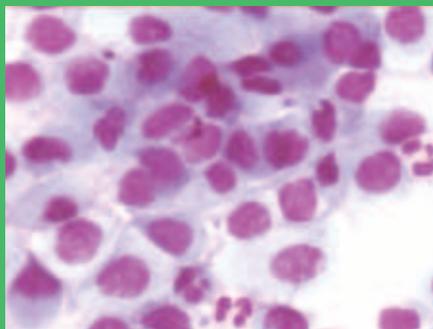
ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В нашем медицинском центре с 2005 года используется цитоморфологический мониторинг уретральных мазков, секрета простаты и эякулята у нескольких групп пациентов, в том числе у пациентов с хроническим простатитом. В данной работе представлены данные, полученные у 250 пациентов. Дизайн исследования представлен в таблице 1.

Обследование пациентов начинается с анкетирования по общепринятым тестам, физического обследования, взятия уретрального мазка и секрета простаты. В настоящей работе мы проанализировали только индекс NIH-CPSI, по которому пациенты до лечения распределились следующим образом: с незначительными симптомами (от 0 до 9 баллов) – 56 пациентов (22,4%), со средневыраженными симптомами (от 10 до 18 баллов) – 172 (68,8%) пациента и с тяжелыми симптомами (от 19 до 31 балла) – 22 (8,8%) пациента. ➡

Уретральный мазок

Лейкоциты 2-3
Бактериальной флоры не обнаружено



Секрет простаты

Лейкоциты 85-93
Бактериальной флоры не обнаружено

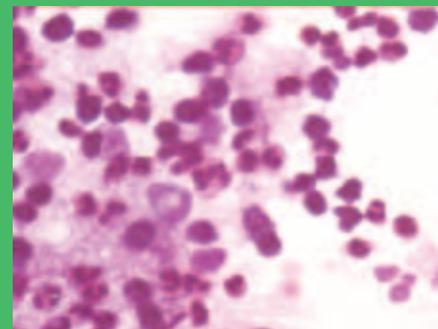
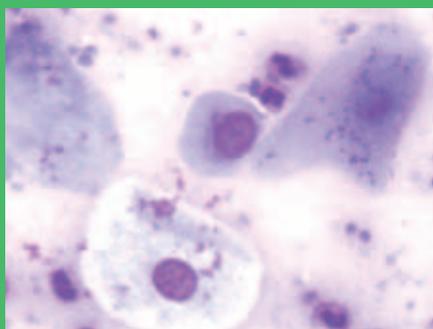


Рисунок 1.

Уретральный мазок

Лейкоциты 2-3
Бактериальная флора: Умеренное количество
Грамм (+) парных кокков и стрептококков



Секрет простаты

Лейкоциты 25-30
Бактериальная флора: Большое количество Грамм (-) коккобациллярной флоры

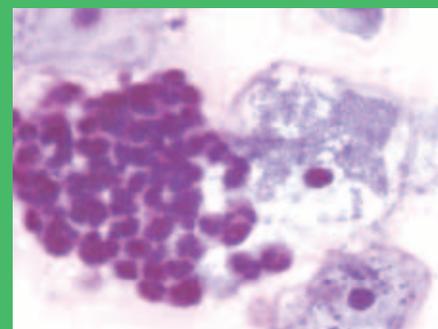


Рисунок 2.

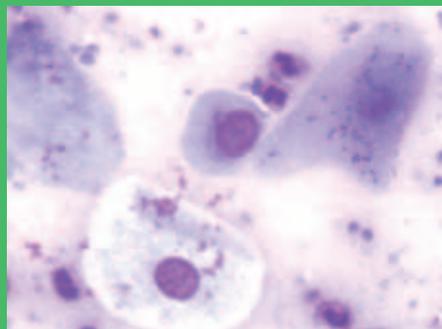
Таблица 1. Дизайн исследования

250 пациентов		
Анкетирование	«Стартовые» анализы	
Индекс шкалы симптомов NIH-CPSI	Цитоморфология* уретрального мазка и секрета простаты	
«Провокация»**. Вибротермовоздействие на простату, аппаратом АЛП-01 «ПРА» №4		
Цитоморфология секрета простаты		
Классическая спермограмма	Цитоморфология эякулята	
ПЦР диагностика эякулята или секрета простаты на основные инфекции, передающиеся половым путем		
Диагноз: Хронический простатит (по классификации NIH)		
Категория I	Категория II	Категория IIIA
Схема лечения №1. «Промежуточные» анализы		
Цитоморфология уретрального мазка	Цитоморфология секрета простаты	
Схема лечения №2. Комплексная терапия на аппарате «Андрогин» или комплексе ООО «Трима»		
Период реабилитации. Энтеросорбенты, комплекс лечебной гимнастики, фитотерапия		
«Окончательные» анализы		
Цитоморфология уретрального мазка	Цитоморфология секрета простаты	
ПЦР диагностика на инфекции, выявленные до лечения		
*Микроскоп Axiostar plus Ceiss 1000-кратное увеличение. **Провокация не выполнялась пациентам с ХП категория I		

Уретральный мазок

Лейкоциты 2-3

Бактериальная флора: Умеренное количество Грамм (-) коккобациллярной флоры



Секрет простаты

Лейкоциты 3-5

Бактериальная флора: Массивное количество Грамм (-) коккобациллярной флоры

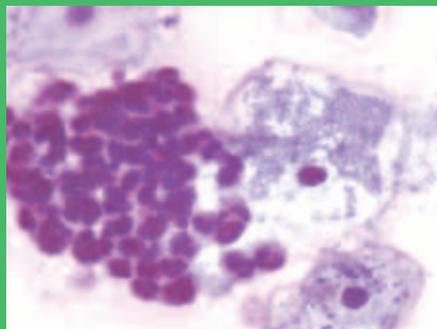


Рисунок 3.

Уретральный мазок после провокации

Лейкоциты 60-80

Бактериальная флора: Большое количество Грамм (+) коккобациллярной флоры

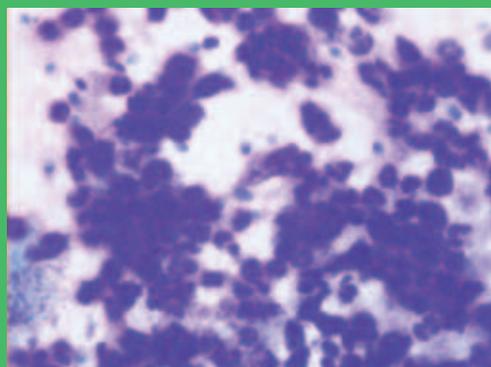


Рисунок 4.

По категориям ХП распределение пациентов было таким: пациенты с категорией I составили 29 (11,7%), с категорией II – 148 (59,2%) и с категорией IIIA – 73 (29,1%).

«Стартовые» анализы, типичные для ХП категории I, представлены

на рисунке 1, для секрета простаты характерна выраженная лейкоцитарная реакция.

«Стартовые» анализы, типичные для ХП категории II, представлены на рисунке 2, для этих анализов характерно наличие умеренного или большого количества микробной флоры, и повышенного содержания лейкоцитов в секрете простаты

«Стартовые» анализы, типичные для ХП категории III A, представлены на рисунке 3, секрет простаты отличается от предыдущих насыщенной микрофлорой и отсутствием лейкоцитарной реакции.

Секрет простаты после «провокации» у пациентов с ХП II категории в 52(35%) случаях оставался без изменений, а в 88 (65%) – зарегистрировано усиление степени воспаления, количество лейкоцитов у них возрастало на 30-100%. (рисунок 4).

После провокации у пациентов с ХП категории IIIA цитоморфологическая характеристика была представлена тремя основными

вариантами: нормальный клеточный состав и отсутствие микробной флоры зарегистрировано у 12 (16,4%) пациентов, картина оставалась неизменной у 32 (43,8%) пациентов и у 29 (39,7%) пациентов было выявлено значительное повышение числа лейкоцитов, как и у пациентов с категорией II.

Далее всем пациентам исследовался эякулят или секрет простаты на основные инфекции передающиеся половым путем, методом ПЦР – диагностики.

На основании полученных данных составлялась схема № 1 комплексного лечения, включающая антибиотики (фторхинолоны, цефалоспорины, противопаразитарные препараты), иммунокорректоры, дезагреганты, в сочетании с магнитолазеротерапией, массажем простаты. Продолжительность этой схемы составляла 28-30 дней.

Антибактериальная терапия планировалась в зависимости от состояния уретрального мазка, секрета простаты и выявленной инфекции. Нами использовались препараты группы фторхинолонов: офлоксацин, ципрофлоксацин и левофлоксацин. В тех вариантах, когда наблюдались случаи длительного рецидивирующего, хронического простатита, не поддающегося стандартной терапевтической схеме, мы применяли моксифлоксацин (Авелокс) методами пероральной и степ-терапии в дозе 400 мг в сутки 12-15 дней.

Моксифлоксацин действует на грамположительную и грамотрицательную аэробную микрофлору, анаэробы и внутриклеточные возбудители и как все фторхинолоны в достаточной концентрации проникает через гематопростатический барьер. Таким образом, спектр его воздействия распространяется на большинство возбудителей заболеваний мочеполовой сферы. В настоящее время мы, как и другие исследователи, считаем, что он может быть хорошей альтернативой тра-

Лечение хронического простатита должно быть комплексным. Оно обязательно предусматривает воздействие на все этиологические факторы и звенья патогенеза. Наиболее важным моментом является подбор антибиотика, действие которого будет направлено на элиминацию основного инфекционного фактора.

диционными препаратами, используемым для лечения ХП.

После завершения схемы № 1 выполнялись анализы, которые мы условно называем «промежуточные». Вне зависимости от исходной категории ХП результаты этих анализов условно можно распределить на три подгруппы. В первой подгруппе было 54 (21,6%) пациента, бактериоскопическая картина у них имела нормальные параметры, во второй подгруппе – 92 (36,8%) пациента – цитоморфологической динамики не отмечалось. В третьей – 104 (41,6%) пациента – отмечалось выраженное снижение лейкоцитарной реакции и микробных ассоциаций. Эти анализы определяли стратегию схемы лечения № 2.

В первой подгруппе основное внимание было направлено на улучшение кровообращения в органах малого таза, для этого назначали препараты реологического значения, альфа-блокаторы и физиотерапию с использованием аппарата «Андрогин».

Пациентам второй и третьей подгрупп продолжали антибактериальную терапию с преимущественным использованием макролидов (Кларитромицин, Клаксид СР), джозамицин (Вильпрофен), рокситромицин (Роксигексал), в сочетании с дезагрегантами, альфа-1-адреноблокаторами и комплексной физиотерапии на аппаратах «Интрагерм», «Интрамаг», «ЛАСТ-2». Продолжительность схемы № 2 – от 15 до 30 дней.

После завершения схемы № 2 следует период реабилитации в домашних условиях, включающий комплекс лечебной физкультуры, фитотерапию.

Завершение работы с пациентом происходит после окончательных анализов, состоящих из цитоморфологии уретрального мазка, секрета простаты и подтверждения полной эрадикации инфекции, обнаруженной до лечения.

В исследуемой группе эрадикация инфекции и нормализация бактериоскопической картины получена у 210 (84%) пациентов (рисунок 5), у 24 (9,6%) пациентов эффект был неполный, либо оставался один из возбудителей заболевания, либо не происходила нормализации бактериоскопической картины, и у 16 (6,4%) пациентов эффекта проводимой терапии не было, что, возможно, обусловлено реинфекцией, алиментарно-токсическими факторами или несоблюдением режима лечения.

Нами планируется продолжение этой работы, потому что при использовании цитоморфологического мониторинга уретральных мазков, секрета простаты и эякулята при помощи микроскопа Axiostar plus Ceiss с 1000-кратным увеличением и компьютерными

микрофото мы получаем объективные критерии в диагностике.

ВЫВОДЫ

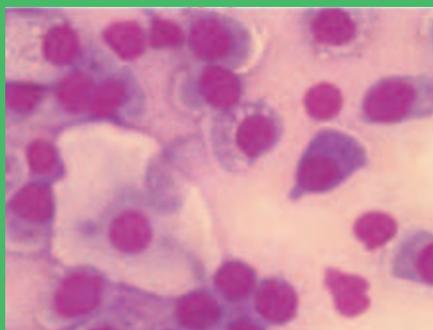
- Цитоморфологическое исследование можно проводить в большинстве клиничко-диагностических учреждений.
- Возможно многократное взятие материала.

Фторхинолоны являются группой антибиотиков, активных в отношении грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих бактериальный простатит, они способны воздействовать на бактерии в биопленках.

- Цитоморфологический метод позволяет объективно контролировать процесс и результат лечения.
- Необходим комплексный подход к обследованию и лечению пациентов с хроническим простатитом. 

Уретральный мазок

Лейкоциты 0-1
Бактериальной флоры не обнаружено



Секрет простаты

Лейкоциты 0
Бактериальной флоры не обнаружено



Рисунок 5.

Список литературы:

1. О.Б. Лоран, А.С. Сегал. Хронический простатит //X Российский съезд урологов. – М., 2002.- С. 209-222.
2. О.Б. Лоран, И.В. Лукьянов, А.В. Марков «Качество жизни. Медицина» № 2(9), 2005, с. 18-22.
3. О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина «Заболевания предстательной железы», 2006, с. 452.
4. Е.Б. Мазо, С.В. Попов. «Хронический бактериальный простатит» Врачебное сословие. – № 2. – 2004, С.18-28.
5. Schaefer AJ, Landis JR, Knauss JS «Demographic and clinical characteristics of men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study», J Urol. – 2002. – Aug; 168(2):593-8.
6. Д.Ю. Пушкарь «Лечение хронического бактериального простатита». Материалы Пленума правления Российского общества урологов, Саратов. – 2004, с.289-314.
7. David Wise, Rodney Anderson, A Headache in the pelvis: a new understanding and treatment, 2006. – 413 p.
8. В.А.Козлюк, А.С. Козлюк. «Уретриты у мужчин», Киев. – 2006. – 172 с.
9. Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов Современная антиинфекционная химиотерапия. Руководство для врачей – М.: Боргес, 2002. – С.436.
10. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. – Часть 6. – Москва, Медиа Сфера, 2003, с.1676-1686.

А. Г. МАРТОВ,
Д. В. ЕРГАКОВ
НИИ урологии
Росмедтехнологий
Москва

Опыт применения дутастерида перед трансуретральной резекцией простаты больших размеров

Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) является весьма распространенным заболеванием среди лиц пожилого и старческого возраста, у мужчин старше 80 лет частота этого заболевания составляет около 90%, частота ДГП у лиц старше 50 лет составляет около 50% (5). Долгие годы оперативные пособия были единственным методом лечения данного заболевания. В 90-х годах прошлого века активное внедрение лекарственных препаратов привело к значительному сокращению количества операций по поводу аденомы простаты (7).

Длительное использование медикаментозной симптоматической терапии привело к увеличению удельного веса пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты больших размеров, когда размеры предстательной железы превышают 80 кубических сантиметров. В течение нескольких десятилетий трансуретральная резекция (ТУР) простаты остается стандартом хирургического лечения ДГП (1). Этот метод сочетает в себе достаточный радикализм и эффективность, характерные для открытого опера-

тивного вмешательства, обладает рядом преимуществ, среди которых меньшая инвазивность, возможность повторения без повышения риска для больного, более легкий послеоперационный период и др.

Обладая высокой клинической эффективностью, ТУР простаты имеет определенные осложнения, уровень которых хорошо изучен и остается достаточно стабильным (5, 6, 8). Смертность после выполнения этого оперативного вмешательства за последние 30 лет значительно снизилась и на сегодняшний день, по нашим данным, не превышает 0,25% (1).

Наиболее серьезным интраоперационным осложнением ТУР остается массивное кровотечение, требующее проведения гемотрансфузии (2). По данным Mebust и соавт., подобная необходимость возникает у 2,5% пациентов (8), а Horinger и соавт. отмечают частоту гемотрансфузий для восполнения интраоперационной кровопотери после ТУР простаты до 4,2% (5). По данным сводной статистики, потребность в подобной терапии остается достаточно высокой и сохраняется на уровне 7,2%, что безусловно говорит об актуальности и значимости

проблемы (6). Особенно велик риск кровотечения при выполнении трансуретральной резекции простаты больших размеров (1).

Финастерид являлся первым ингибитором 5 альфа-редуктазы второго типа, и после его внедрения в клиническую практику были отмечены эффекты снижения интраоперационной кровопотери при ТУР простаты (2, 3, 10). Дутастерид является новым, более мощным препаратом – ингибитором 5 альфа-редуктазы обоих типов (7, 9), что позволило нам применить препарат у пациентов с ДГП больших размеров (более 80 куб.см.) с целью улучшения результатов оперативного лечения больных с ДГП путем профилактики развития интра- и послеоперационных геморрагических осложнений перед выполнением трансуретральной резекции простаты. Для достижения вышеуказанной цели нами были поставлены следующие задачи: изучить уровень интра- и послеоперационных геморрагических осложнений в группах больных, которым перед операцией назначался дутастерид, а также в контрольной группе пациентов, которые не принимали дутастерид; изучить особенности трансуретральной резекции простаты и послеоперационного периода у больных после приема дутастерида и у больных, не принимавших дутастерид, и на основании полученных данных определить сроки приема дутастерида до операции и группу больных, у которых следует ожидать наибольшего эффекта от вышеуказанной терапии.

В течение нескольких десятилетий трансуретральная резекция простаты остается стандартом хирургического лечения ДГП. Этот метод сочетает в себе достаточный радикализм и эффективность, характерные для открытого оперативного вмешательства, обладает рядом преимуществ, среди которых меньшая инвазивность, возможность повторения без повышения риска для больного, более легкий послеоперационный период и др.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

С января 2005 года по сентябрь 2006 года в НИИ урологии Росздрава и московской ГКУБ № 47 было отобрано 70 мужчин в возрасте от 67 до 82 лет (в среднем 74 года) с ДГП больших размеров (более 80 см³), у которых при обследовании были выявлены показания к операции, и методом лечения была выбрана ТУР простаты. Всем пациентам проводилось предварительное амбулаторное обследование, включающее в себя сбор жалоб и их оценку по шкале I-PSS, выяснение анамнеза заболевания, пальцевого ректального исследования, инструментального обследования, состоящего из трансректального ультразвукового исследования простаты, ультразвукового исследования мочевого пузыря с определением остаточной мочи, ультразвукового исследования почек, урофлоуметрии и лабораторного обследования, включавшего в себя общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением креатинина, мочевины, коагулограмму, анализ крови на простатспецифический антиген, микробиологическое исследование мочи. Перед включением в исследование все пациенты дали информированное согласие. Критериями исключения были выявление коагулопатии, подозрение на рак простаты (повышенный показатель ПСА, изменения при ректальном исследовании и трансректальном ультразвуковом исследовании), а также указание в анамнезе на терапию ингибиторами 5 альфа-редуктазы. После включения в исследование больные были рандомизированы на две группы по 35 пациентов. Первая группа больных принимала до операции ежедневно дутастерид (Аводарт, GSK, Великобритания) в дозе 0,5 мг (в среднем 38 дней), а также альфа-адреноблокатор тамсулозин (Омник или Омник-Окас, «Астеллас», Япония) в дозе 0,4 мг для профилактики острой задержки мочеиспускания. Вторая группа (контрольная) принимала только альфа-адреноблокатор.

В течение месяца по различным причинам из исследования было исключено 3 пациента в первой

Таблица 1. Основные характеристики двух групп больных		
	Основная группа	Контрольная группа
Количество больных	32	33
Средний возраст, лет	75	72
Средний объем простаты, см ³	115	112
Средний показатель ПСА, нг/мл	2,12	2,17
Показатель I-PSS/QoL	25,2/5,1	24,7/5,0
Максимальная объемная скорость мочеиспускания, Q _{max} , мл/сек	7,6	7,5
Количество остаточной мочи, мл	189	173

группе и 2 пациента в контрольной группе. В таблице 1 приведены основные характеристики двух групп.

Всем пациентам выполнена трансуретральная резекция предстательной железы по методике Barnes (рисунки 1 – 6).

Нами изучались такие показатели, как время электрорезекции, объем ирригационной жидкости, концентрация гемоглобина в промывной жидкости, уровень гемоглобина до и после операции, в дальнейшем по специальной формуле производилась оценка интраоперационной кровопотери. Кроме того, определялось количество резецированной ткани и всем больным производился этаноловый тест для исключения синдрома водной интоксикации.

Мы производили определение концентрации гемоглобина в промывной жидкости, с последующим расчетом кровопотери исходя из известных показателей концентрации гемоглобина крови перед операцией и объема использованного ирригационного раствора. Образец промывной жидкости (10 мл) забирали после окончания операции и направляли в биохимическую лабораторию. Определение концентрации гемоглобина в промывной жидкости выполняли гемоглобинцианидным методом (метод Drapkin), после чего цианметгемоглобин определялся на приборе ФП 901 с использованием наборов фирмы Labsystems (Финляндия). Чувствительность метода позволяет регистрировать концентрацию гемоглобина в представленном материале вне зависимости от его разведения трансформирующим раствором.

Для выполнения расчета концентрации гемоглобина в промывной жидкости использовали следующую формулу:

$$C_{hb \text{ в растворе}} = \frac{E_{оп}}{E_{ст}} \times C \times K \times 0,01,$$

где **C_{hb в растворе}** – концентрация гемоглобина в промывной жидкости (г/л); **E_{оп}** – оптическая плотность



Рисунок 1. Первый этап трансуретральной резекции по методике Barnes. Выполняется удаление средней доли аденомы до параканаликулярных тканей.



Рисунок 2. Систематическое удаление боковой доли аденомы простаты.

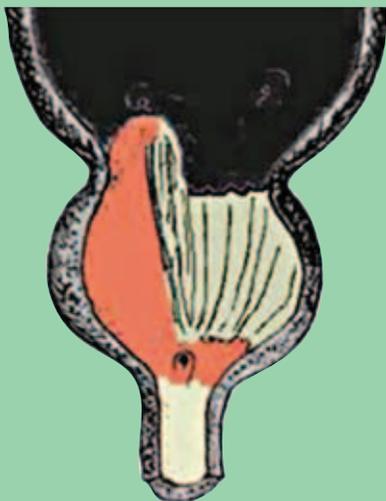


Рисунок 3. Вид операционного поля после выполнения 1 и 2 этапов операции. Оставлена правая боковая доля и не удалены паракалликулярные ткани.



Рисунок 4. Удалена правая боковая доля, оставлены паракалликулярные ткани.

опытной пробы; **Ест** – оптическая плотность стандартного раствора; **С** – концентрация гемоглобина в стандартном растворе (мг/л);

К – коэффициент разведения крови.

Определение объема интраоперационной кровопотери производили с учетом концентрации гемоглобина в промывной жидкости, объема использованной промывной жидкости и концентрации гемоглобина в крови:

$$V_{кр} = \frac{C_{hb} \text{ в растворе} \times V_{раствора}}{C_{hb} \text{ крови}}$$

где **V_{кр}** – объем интраоперационной кровопотери (литров); **С_{hb}** в растворе – концентрация гемоглобина в промывной жидкости (г/л); **V_{раствора}** – объем использованной при операции промывной жидкости (литров); **С_{hb}** крови – концентрация гемоглобина в крови пациента перед операцией (г/л).

После вмешательства по уретре устанавливали трехходовой катетер Foley № 20-22F, раздували баллон на 50-80 мл и натягивали катетер на 2 часа. Если при снятии натяжения отмечали усиление примеси крови в промывной жидкости, натяжение катетера возобновлялось на сутки.

Все операции произведены одним урологом с использованием резектоскопа с постоянным промыванием диаметром № 28 F фирмы Karl Storz (Германия). Помимо вышеуказанных характеристик обращали внимание на вид слизистой простатического отдела уретры и шейки мочевого пузыря, кровоточивость слизистой при проведении инструмента в мочевой пузырь, четкость эндоскопической картины операционного поля. В раннем послеоперационном периоде обращали внимание на сроки натяжения уретрального катетера, сроки промывания мочевого пузыря, необходимость гемотрансфузии, фиксировались случаи наступления послеоперационных геморрагических осложнений – тампонады мочевого пузыря и количество повторных эндоскопических вмеша-

тельств, направленных на ликвидацию тампонады мочевого пузыря. Полученные данные были обработаны с определением достоверности различий с помощью критерия Фишера.

В таблице 2 приведены основные результаты изучаемых показателей в обеих группах.

Помимо изучения вышеуказанных показателей, нами произведено сравнение скорости удаления тканей, что составило 1,48 см³/мин. в основной группе и 1,08 см³/мин. в контрольной группе (p < 0,01). Также произведено сравнение кровопотери во времени и по отношению к количеству удаленной ткани в обеих группах. В группе пациентов, которые применяли дутастерид, средняя скорость кровопотери составила 1,51 мл/минуту и в контрольной группе – 1,75 мл/мин. (p < 0,01). Средняя скорость кровопотери по отношению к 1 грамму удаленной ткани составила в основной группе 1,02 мл/г и 1,63 мл/г в контрольной группе (p < 0,01). Статистически достоверные отличия были получены в количестве интраоперационной кровопотери, длительности функционирования системы орошения мочевого пузыря, продолжительности послеоперационного койкодня и количестве случаев послеоперационной тампонады мочевого пузыря. Кроме того, в группе пациентов, принимавших дутастерид перед операцией, не было отмечено случаев развития синдрома водной интоксикации организма, в послеоперационном периоде не было отмечено случаев развития тампонады мочевого пузыря и необходимости в гемотрансфузии.

Широкое использование медикаментозной терапии и, в частности альфа-адреноблокаторов, как препаратов первой линии в консервативной терапии больных с ДГП привело к увеличению доли больных с большими (более 80 кубических сантиметров) размерами предстательной железы при обращении к урологу (9). Трансуретральная резекция предстательной железы, являясь «золотым стандартом» оперативного лечения данного заболевания, имеет определенные ограничения и осложнения (1). Так

Выраженные интеркуррентные заболевания у пациентов, прием аспирина в качестве антиагреганта после интервенционных кардиохирургических вмешательств в сочетании с большими размерами ДГП делают проблему профилактики развития геморрагических осложнений после трансуретральной резекции простаты наиболее актуальной.

Таблица 2. Результаты изучаемых показателей в обеих группах

	Основная группа (n=32)	Контрольная группа (n=33)
Время операции, минут	62	79
Количество резецированной ткани, г	92	85
Объем ирригационной жидкости, л	16,7	19,3 x
Интраоперационная кровопотеря, мл	93,6	138,5x
Количество случаев синдрома водной интоксикации	0	1
Средняя продолжительность натяжения уретрального катетера, часы	10,4	19,8
Средняя продолжительность функционирования системы орошения мочевого пузыря, часы	26	38x
Средняя продолжительность послеоперационного койко-дня	4,5	5,7x
Количество случаев послеоперационной тампонады мочевого пузыря	1	4x
Количество случаев гемотрансфузии	0	1
Количество повторных вмешательств по поводу раннего послеоперационного кровотечения	0	2

 x – достоверность различий $p < 0.05$

при превышении времени резекции в 60 минут значительно повышается уровень развития таких осложнений, как синдром водной интоксикации и кровотечение (5, 8). С увеличением объема резецируемой ткани прямо пропорционально возрастает риск развития интраоперационных осложнений – кровотечения, повреждения устьев мочеточников, перфорации простаты и развития синдрома водной интоксикации организма. Накопление опыта эндоскопических операций на предстательной железе, появление новых генераторов, резектоскопов с ротационным внутренним тубусом, усовершенствование системы постоянной ирригации позволило расширить показания к трансуретральной резекции у пациентов с размерами предстательной железы более 80 см³. Однако частота геморрагических осложнений трансуретральной резекции предстательной железы у данной группы пациентов остается высокой и данное обстоятельство послужило поводом к развитию малоинвазивных оперативных вмешательств – гольмиевая лазерная энуклеация простаты, лазерная трансуретральная вапоризация и др. (6).

Влияние ингибитора 5 альфа-редуктазы второго типа финастерид на кровоснабжение предстательной железы отражено в нескольких публикациях (2-4, 10). Были получены данные о том, что назначение финастерид на 3 месяца перед планируемой операцией

на предстательной железе позволяет уменьшить объем интраоперационной кровопотери (10). Внедрение в клиническую практику нового препарата ингибитора 5 альфа-редуктазы обоих типов – дутастерида позволило нам применить данный лекарственный препарат в комплексной подготовке пациентов с большими размерами доброкачественной гиперплазии предстательной железы перед планируемой трансуретральной резекцией. Основанием для подобного выбора явились данные о том, что дутастерид приводит к снижению концентрации дигидротестостерона на 93% по сравнению с финастеридом (70%) (7, 9). Учитывая более мощный эффект дутастерида, нами был выбран срок в 1 месяц до получения клинического эффекта.

Терапия дутастеридом переносилась пациентами хорошо и не было отмечено наступления побочных эффектов. Дутастерид ингибирует 5 альфа-редуктазу обоих типов, приводит практически к полному исчезновению в предстательной железе дигидротестостерона, что в свою очередь приводит к резкому снижению выработки эндотелиального фактора роста сосудов и ослаблению васкуляризации предстательной железы. Данное обстоятельство становится очевидным в начале операции, когда отчетливо видно снижение очерченности подслизистого сосудистого рисунка и практически полностью отсутствует контактное кровотечение из

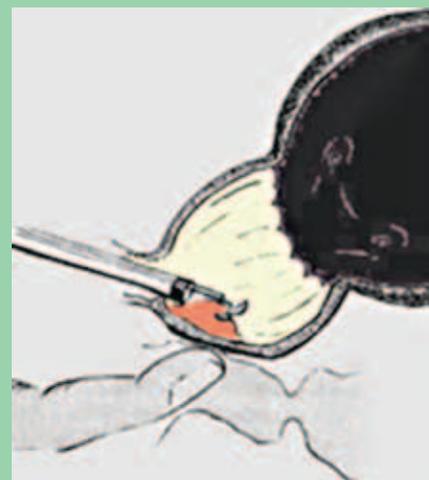


Рисунок 5. Завершающий этап операции. Выполняется трансуретральная электрорезекция паракалликулярных тканей, при необходимости выполняется ручное пособие.



Рисунок 6. Коагуляционный гемостаз.

вен долей простаты при проведении инструмента в мочевой пузырь. Особенности трансуретральной резекции предстательной железы после приема дутастерида является более четкая эндоскопическая видимость, которая является профилактикой повреждения таких анатомических структур, как устье мочеоточника, наружный сфинктер мочевого пузыря, а также помогает избежать перфорации мочевого пузыря и предстательной железы, является профилактикой развития синдрома водной интоксикации организма. При удалении ткани были отмечены некоторые особенности: меньшая плотность сосудов в поле зрения инструмента, при этом на фоне хорошей эндоскопической видимости лучше видны крупные артериальные стволы, требующие немедленной коагуляции; практически отсутствует диффузная кровоточивость тканей, которая затрудняет и замедляет ход операции. Подтверждением вышеуказанных данных является большая скорость удаления ткани 1,48 см³/мин. в группе больных, принимавших дутастерид, против 1,08 см³/мин. в группе больных, принимавших плацебо. Также обращает на себя внимание статистически достоверно меньшая интраоперационная кровопотеря у больных после приема дутастерида. Одним из лучших доказательств обеднения кровотока в предстательной железе является показатель соотношения объема кровопотери по отношению к массе рецизированной ткани, который составил 1,02 и 1,63 мл/см³, то есть плотность сосудов в предстательной железе после приема дутастерида снизилась на 60%. Данный

факт позволил нам расширить показания к трансуретральной резекции у больных с ДГП и улучшить качество оказываемой помощи пациентам за счет снижения в первую очередь частоты развития осложнений.

После окончания резекции тканей на фоне приема дутастерида снизилась продолжительность финишной коагуляции операционного поля и количество пациентов, которым необходимо натяжение уретрального катетера на 24 часа, уменьшились сроки послеоперационного орошения мочевого пузыря, что приводит к более быстрому удалению уретрального катетера и снижению сроков госпитализации.

В группе пациентов, принимавших дутастерид, нами не было отмечено случаев послеоперационного кровотечения, которые бы требовали проведения гемотрансфузии, только в одном случае была отмечена тампонада мочевого пузыря, которая была ликвидирована консервативными мероприятиями.

Выраженные интеркуррентные заболевания у пациентов, прием аспирина в качестве антиагреганта после интервенционных кардиохирургических вмешательств в сочетании с большими размерами ДГП делают проблему профилактики развития геморрагических осложнений после трансуретральной резекции простаты наиболее актуальной. Применение дутастерида в течение 1 месяца перед планируемой трансуретральной резекцией простаты позволяет эффективно и безопасно выполнить данную операцию у больных с большими размерами ДГП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наш первый опыт применения дутастерида для профилактики геморрагических осложнений при трансуретральной резекции простаты при ДГП больших размеров показал высокую клиническую эффективность и безопасность его применения.

Нами доказано, что использование дутастерида (Аводарт, GSK, Великобритания) в дозировке 0,5 мг в течение 1 месяца перед планируемой трансуретральной резекцией предстательной железы по поводу ДГП позволяет статистически достоверно уменьшить время операции, объем кровопотери, облегчить течение послеоперационного периода за счет меньших сроков натяжения уретрального катетера и функционирования промывной системы, уменьшить сроки госпитализации.

После получения результатов данного исследования мы считаем необходимым назначать дутастерид в течение месяца перед планируемой трансуретральной резекцией предстательной железы пациентам не только с большими (более 80 см³) но и с гораздо меньшими объемами (30-80 см³) предстательной железы. Однако, для более полной оценки клинической эффективности необходимы дальнейшее накопление опыта применения дутастерида перед планируемым оперативным эндоскопическим вмешательством в урологической практике у пациентов с различными объемами предстательной железы, дальнейшее изучение отдаленных результатов и выполнение ряда рандомизированных исследований в этом направлении.



Список литературы:

1. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А.: Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии аденомы простаты. - Триада Х. - Москва. - 1997. - 144 стр.
2. Crea G., Sanfilippo G., Anastasi G. et al. Pre-surgical finasteride therapy in patients treated endoscopically for benign prostatic hyperplasia. *Urologia Internationalis* - 2005, - V.74(1) - p.51-3.
3. Donohue J.F., Hayne D., Karnik U. et al. Randomized, placebo-controlled trial showing that finasteride reduces prostatic vascularity rapidly within 2 weeks. *BJU International*. - 2005, - V.96. - p. 1319-1322.
4. Fenter T., Runken C., Black L. et al. Finasteride versus Dutasteride: a real-world economic evaluation. - *The American Journal of Managed Care*. - 2007. - V. 13(1) - S.23-28.
5. Horninger W, Unterlechner H, Strasser H. Transurethral prostatectomy: mortality and morbidity. *Prostate* 1996; 28: 195 - 200.
6. Madersbacher S., Marberger M: Is transurethral resection of the prostate still justified? - *BJU International*. - 1999, - Vol. 83. - p. 227-237.
7. Marihart S., Harik M., Djavan B. Dutasteride: a review of current data on a novel dual inhibitor of 5α-reductase. *Reviews in Urology*. - 2005, - V. 7(4) - p. 203-10.
8. Mebust WK, Holtgrewe HL, Cockett ATK, Peters PC. and writing committee. Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. A cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3,885 patients. *J Urol* 1989; 141: 243 - 7.
9. Roehrborn C. The clinical benefits of dutasteride treatment for LUTS and BPH. *Reviews in Urology*. - 2004, - V. 6(Suppl.9) - S. 22-30.
10. Sanfeldt L., Bailey D., Hahn R. Blood loss during transurethral resection of the prostate after 3 months of treatment with finasteride. *Urology*. - 2001, - V. 58(6) - p.972-6.

Календарный план мероприятий непрерывного повышения квалификации медицинских работников на 2008 год

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

- 23 января** **Современные возможности диагностики и лечения неврологических заболеваний**
Руководитель: Профессор **В.И. Шмырев**, главный невролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой неврологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ
- 20 февраля** **Современные возможности диагностики и лечения бронхолегочных заболеваний**
Руководитель: Профессор **В.Е. Ноников**, главный пульмонолог ГМУ УД Президента РФ, заведующий пульмонологическим отделением ФГУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ
- 4 марта** **Реконструктивные операции на органах малого таза – междисциплинарная проблема**
Руководители: Профессор **С.П. Даренков**, главный уролог ГМУ УД Президента РФ, заместитель директора НИИ урологии МЗиСР РФ
Академик РАМН **В.Д. Федоров**, главный хирург ГМУ УД президента РФ, директор ФГУ НИИ хирургии им. А.В.Вишневого
Академик РАМН **А.В. Адамян**, главный гинеколог ГМУ УД Президента РФ
- 19 марта** **Фармакотерапия болезней уха, горла, носа с позиций доказательной медицины**
Руководитель: Профессор **А.С. Лопатин**, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова
- 23 апреля** **Современные достижения дермато-венерологии**
Руководитель: Профессор **О.Л. Иванов**, главный дермато-венеролог ГМУ УД Президента РФ
- 21 мая** **Современные возможности диагностики и лечения наркологических заболеваний**
Руководитель: Профессор **Б.Д.Цыганков**, внештатный консультант по наркологии ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедры психиатрии и наркологии ФПДО МГМСУ
- 29-31 мая** **Ежегодная конференция Российского общества ринологов, г.Калуга**
Председатель: Профессор **А.Н. Лопатин**, председатель Российского общества ринологов
- 18 июня** **Природно-очаговые инфекции Подмосковья**
Руководитель: Профессор **Б.П. Богомолов**, член-корреспондент РАМН, заместитель главного инфекциониста ГМУ УД Президента РФ
- 24 сентября** **Диагностика и лечение органов пищеварения с позиции доказательной медицины**
Руководитель: Профессор **О.Н. Минушкин**, главный гастроэнтеролог ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой гастроэнтерологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ
- 22 октября** **Актуальные вопросы офтальмологии**
Руководитель: Профессор **С.Э. Аветисов**, главный офтальмолог ГМУ УД Президента РФ, директор НИИ глазных болезней РАМН
- 19 ноября** **Качество жизни урологического пациента**
Руководитель: Профессор **Д.Ю. Пушкарь**, заместитель главного уролога ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ МЗиСР РФ
- 3 декабря** **Современный подход в лечении диабета**
Руководитель: Профессор **А.М. Мкртумян**, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии МГМСУ МЗиСР РФ
- 17 декабря** **Актуальные проблемы кардиологии**
Руководитель: Профессор **Б.А. Сидоренко**, заместитель главного кардиолога ГМУ УД Президента РФ, заведующий кафедрой кардиологии и общей терапии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ

Организаторы: ФГУ УНМЦ УД ПРЕЗИДЕНТА РФ,
8-903-563-33-60
Фирма «МЕДЗНАНИЯ»,
сайт: www.medQ.ru
тел. 614-40-61, 614-43-63,
medicinet@mail.ru

Руководитель научно-информационного отдела:
Людмила Анатольевна Полуянова

Ю.Г. АЛЯЕВ,
А.З. ВИНАРОВ,
М.С. ЕВДОКИМОВ,
К.Л. ЛОКШИН,
Л.Г. СПИВАК,
Урологическая клиника
ММА им. И. М. Сеченова,
ОАО «Моситалмед»

Результаты лечения препаратом Простамол® Уно больных с сочетанием абактериального воспаления и доброкачественной гиперплазии простаты

Сегодня хорошо изучены многочисленные эффекты препарата Простамол® Уно при аденоме предстательной железы и хроническом простатите, которые проявляются в виде антиандрогенного, антипролиферативного и противовоспалительного действия на уровне простаты (1, 2, 4, 6). Все эти механизмы сочетаются с хорошей переносимостью и удобством применения.

Результаты проведенных с 1966 по 1997 гг. 18 клинических исследований эффективности препаратов на основе экстрактов *Serenoa repens* у 2939 больных ДГПЖ умеренной тяжести (IPSS 14,4), среднего возраста 65 лет, были проанализированы Wilt T.J. с соавторами. По сравнению с плацебо, в результате терапии экстрактом *Serenoa repens*, отмечено уменьшение симптомов нижних мочевых путей на 28%, ноктурии – на 25%, увеличение максимальной скорости потока мочи – на 28% и уменьшение объема остаточной мочи – на 43% (10).

Простамол® Уно содержит в своем составе фитостероловые экстракты *Serenoa repens*, которые обуславливают все вышеописанные эффекты. Основным фармакологическим механизмом действия фитостеролов является ингибирование 5 α -редуктазы обеих типов и как

следствие угнетение связывания дигидротестостерона с рецепторами андрогена в клетках простаты с последующим усилением эффекта за счет блока ароматазы. К возможным дополнительным механизмам действия относят замедление роста простаты посредством связывания пролактина с рецепторами в предстательной железе, антиэстрогенный эффект, подавление пролиферации эпителиальных клеток предстательной железы, подавление базального фактора роста.

Противовоспалительное действие экстракта *Serenoa repens* обусловлено его способностью ингибировать фосфолипазу A2, активно участвующую в преобразовании фосфолипидов в арахидоновую кислоту. Имеются данные о подавляющем действии препарата на другие ферменты арахидонового каскада – циклооксигеназу и липоксигеназу, ответственных за образование простагландинов и лейкотриенов – основных медиаторов воспаления (5, 7). Кроме того, *Serenoa repens* обладает выраженным противовоспалительным действием, влияет на сосудистую фазу воспаления, проникаемость капилляров и уменьшает сосудистый стаз (3, 8, 9).

Учитывая такое многогранное действие, Простамол® Уно имеет

два официальных показания к применению:

- 1) доброкачественная гиперплазия простаты;
- 2) хронический простатит.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено исследование в рамках существующих показаний с целью оценки эффективности и безопасности препарата Простамол® Уно у группы пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты, осложненной хроническим абактериальным простатитом. Мы наблюдали 42 больных, у которых сочеталась доброкачественная гиперплазия и абактериальный хронический простатит, средний возраст пациентов 58,4 ($\pm 4,5$) года и объем предстательной железы 62,3 ($\pm 4,3$) см³, которые в течение 6 месяцев принимали Простамол® Уно по 320 мг (1 капсула) 1 раз в сутки после еды. Препарат использовали в качестве монотерапии (таблица 1).

В исследование включали мужчин в возрасте 55-69 лет с доказанным наличием хронического абактериального простатита в сочетании с доброкачественной гиперплазией простаты и длительностью заболевания не менее 1 года, отсутствием роста микрофлоры в посевах 3-й порции мочи (титр менее 10³ кл/мл), значением ПСА менее 4 нг/мл.

В исследование не были включены пациенты, перенесшие оперативные вмешательства на предстательной железе, лица с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря,

Применение Простамол® Уно у больных с сочетанием доброкачественной гиперплазии простаты и хронического абактериального простатита клинически оправдано, перспективно и требует дальнейшего изучения. Также стоит отметить удобство применения Простамол® Уно – одна капсула в сутки, отсутствие необходимости подбора дозы и возможность совместного применения с любыми лекарственными средствами.

склерозом шейки или камнями мочевого пузыря, онкологическими заболеваниями, инфекцией мочевых путей, превышением уровня ПСА. Критериями исключения для участия в исследовании являлись систематический прием лекарственных препаратов, влияющих на функцию мочевого пузыря и мочеотделение, анальгетиков и/или противовоспалительных средств, а также противопоказания, указанные в действующей инструкции препарата.

На стадии отбора в исследование все пациенты проходили обследование, включавшее: изучение анамнеза, клинический осмотр, пальцевое ректальное исследование предстательной железы, оценку симптомов заболевания в баллах по шкале IPSS. В обязательном порядке выполняли: 3-стаканную пробу мочи, анализ секрета предстательной железы, посев 3-й порции мочи, урофлоуметрию, трансректальную ультразвукографию с определением объема предстательной железы и оценивали значение ПСА.

Критерии эффективности лечения:

- динамика частоты и выраженности симптомов при оценке по стандартизированным шкалам (IPSS и NIH-CPSI);
- уменьшение количества пациентов с повышенным количеством лейкоцитов в секрете предстательной железы и 3-й порции мочи;
- изменение состояния качества жизни больных (шкала QOL).

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение Простамола® Уно привело к достоверной регрессии симптомов у этой группы больных, по данным использованных стандартизированных шкал. Изменение показателей шкалы NIH-CPSI показало уменьшение общего балла с 16,1 до 9,8 через 3 месяца и до 9,1 через 6 месяцев терапии (рисунок 1).

Препарат способствовал снижению выраженности боли: на 22,1% к концу лечения, а дизурии на 25%.

Показатель	Значение
Число больных	42
Средний возраст (лет)	58,4 (±4,5)
Объем простаты (см ³)	62,3 (±4,3)
IPSS (баллы)	17,8±2,5
NIH-CPSI (баллы)	16,1±2,2
QOL (баллы)	3,8±0,5
ПСА (нг/мл)	3,2
Урофлоуметрия, Q max мл/сек	10,3±0,5

После лечения Простамолом® Уно отмечено улучшение качества жизни пациентов, о чем свидетельствует снижение индекса QOL на 21,1% ($p < 0,001$).

Анализ исходных данных шкалы IPSS свидетельствует, что у большинства пациентов были выраженные симптомы нарушения функции нижних мочевых путей: исходный показатель равен 17,8 баллам. После окончания лечения отмечено уменьшение показателя IPSS на 47% (рисунок 2).

Благотворно сказалось применение Простамола® Уно на уродинамике, что подтверждается увеличением максимальной скорости потока мочи с 10,3 до 12,7 мл/с ($p < 0,01$) (рисунок 3).

После курса лечения у 35% больных нормализовались параметры секрета простаты и 3-й порции мочи, у 41% пациентов наметилась тенденция к их улучшению, у 24% больных эти показатели остались неизменными.

Положительная динамика клинических проявлений коррелировала с регрессией лабораторных, ультразвуковых и уродинамических показателей (таблица 2).

Все вышеперечисленные эффекты сочетаются с хорошей переносимостью и удобством применения. В наблюдаемой нами группе не было отмечено побочных эффектов на фоне приема препарата Простамола® Уно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования продемонстрировали, что применение Простамола® Уно у больных с 

Рисунок 1. Шкала NIH-CPSI

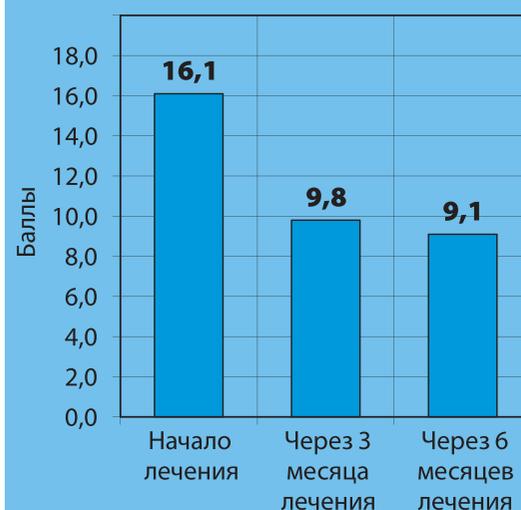


Рисунок 2. Шкала IPSS



Базовая терапия гиперплазии предстательной железы и хронического простатита



Одобрено
Российским обществом
урологов



Рег. уд. П. 012255 / 01-2005

Таблица 2. Динамика основных показателей оценки эффективности лечения больных доброкачественной гиперплазией простаты, осложненной абактериальным простатитом

Показатель	Исходные данные	Через 3 месяца терапии	Через 6 месяцев терапии
Объем простаты (см ³)	62,3±4,3	57,8±4,9	53,3±5,2
IPSS (баллы)	17,8±2,5	14,8±1,9	9,4±1,2
NIH-CPSI (баллы)	16,1±2,2	9,8±1,8	9,1±1,6
QOL (баллы)	3,8±0,5	3,2±0,9	3,0±0,5
Урофлоуметрия, Q max мл/сек	10,3±0,5	10,9±1,1	12,7±0,7

сочетанием доброкачественной гиперплазии простаты и хронического абактериального простатита клинически оправдано, перспективно и требует дальнейшего изучения. Также стоит отметить удобство применения Простамол[®] Уно – одна капсула в сутки, отсутствие необходимости подбора дозы и возможность совместного применения с любыми лекарственными средствами.

Рисунок 3. Изменение максимальной скорости потока мочи



Список литературы:

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



2008

Медицина

4-я Международная специализированная выставка

медицинского оборудования, техники и товаров для диагностики и лечения
заболеваний человека и услуг в сфере здравоохранения



26 – 29 мая
МОСКВА, Конгресс-центр ЦМТ



В РАМКАХ ПРОЕКТА:

9-я специализированная выставка
«Радиология-2008»

Салон «МедКомТех-2008»

Салон «ЛаборДиагностика-2008»

Всероссийская конференция «Реализация
инвестиционных проектов в сфере здраво-
охранения: интеграция государства и
бизнеса»

2-ой Российский Национальный конгресс
лучевых диагностов и терапевтов
«Радиология-2008»

Всероссийский Конгресс специалистов
клинической лабораторной диагностики
«Фундаментальные основы, клинические
аспекты и новейшие технологии современной
лабораторной медицины»

Всероссийская конференция «Информатиза-
ция здравоохранения - 2008»

ОРГАНИЗАТОРЫ ПРОЕКТА МЕДИЦИНА:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи
ЗАО «МЕДИ Экспо»

 **МЕДИ Экспо**



Тел.: (495) 661-3513
Факс: (495) 938-2458

e-mail: expo@mediexpo.ru
<http://www.mediexpo.ru>

Б.А. НЕЙМАРК,
К.М.Н.,

А.В. ПОДРОГИН,
К.М.Н.

Алтайский
государственный
медицинский
университет, Барнаул
Санаторий Центросоюза
РФ, г. Белокуриха

Опыт применения Андрогеля у больных возрастным андрогенодефицитом в условиях курорта

Санаторно-курортное лечение – это воздействие комплекса природных и преформированных физических факторов, направленных на восстановление функциональной активности и увеличение резервов основных регуляторных систем организма (вегетативной, эндокринной, иммунной) и компенсации нарушенных функций за счет различных гормональных, нейрогуморальных, ферментативных и метаболических процессов.

Лечение на бальнеологических курортах с азотно-кремнистыми термальными водами для больных возрастным андрогенодефицитом (ВАД) является в определенной мере патогенетическим, так как вызывает значительное напряжение гипоталамо-гипофизарной системы и основных эндокринологических осей организма человека, в частности гипоталамо-гипофизарно-гонадной.

В таких условиях воздействие экзогенного тестостерона, даже не

вызывающее супрафизиологических изменений уровня гормона, может значительно модифицировать действие как курортных факторов, так и самого препарата.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами изучались результаты использования Андрогеля у больных возрастным андрогенодефицитом в период лечения на курорте Белокуриха.

Отбор пациентов происходил среди вновь прибывших отдыхающих мужского пола, возраст которых составил 45-56 лет.

С целью уточнения диагноза пациентам был использован следующий перечень исследований.

- 1) Клинические:
 - показатели общего самочувствия;
 - показатели копулятивной функции;
 - симптомы поражения предстательной железы;
 - опросники AMS, МКФ, МИЭФ-5 и IPSS.
- 2) Лабораторные:
 - определение гормонального профиля (общий тестостерон, ССГ, ЛГ, ФСГ, ТТГ, Т4, Т3);

- биохимические показатели крови (холестерин, протромбин, уровень глюкозы, АлАт, АсАт, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП; определение микроэлементов крови);
- 3) Функциональные: КИГ, ВРС, ЭЭГ;
- 4) Психологические: тесты Спилберга-Ханина, Бека.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ

Всем пациентам применялась комплексная терапия, которая включала в себя: диетотерапию, минеральные ванны на природной азотно-кремнистой воде, душ струевой, лечебная физкультура, массаж спины, электросон, консультация психотерапевта. После обязательного осмотра уролога, где помимо пальцевого ректального обследования выполнялось ТРУЗИ предстательной железы и забор крови для определения уровня ПСА, также в комплексном лечении пациентам назначался Андрогель в дозировке 50 мг в сутки.

Все пациенты были разделены на две группы по 25 человек. В контрольной группе пациенты получа-

Рисунок 1. Динамика основных клинических проявлений возрастного андрогенодефицита (по данным опросника AMS)

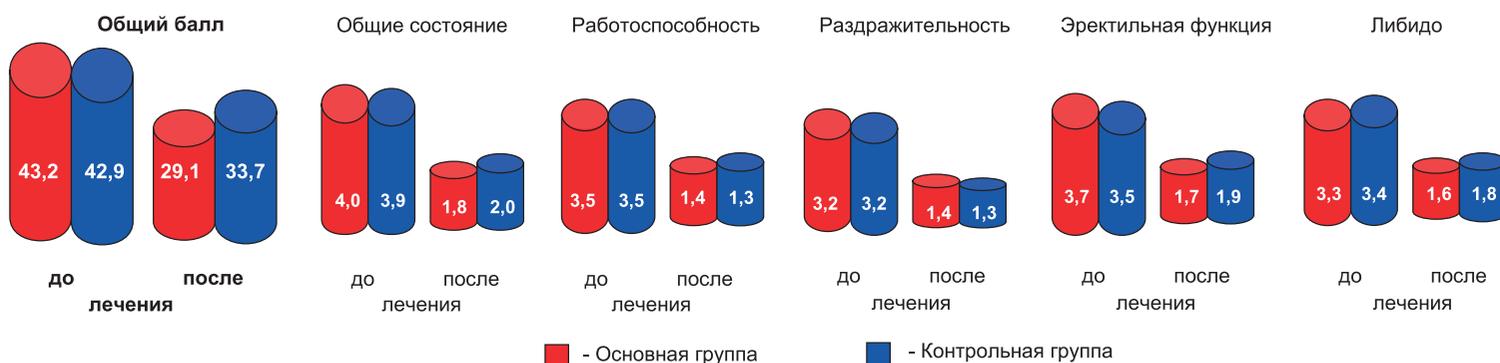
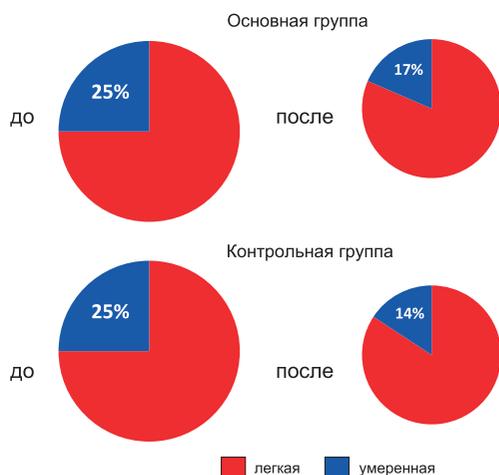


Рисунок 2. Динамика показателей МИЭФ-5 у больных ВАД


ли комплексную консервативную терапию, без применения препарата Андрогель, в основной группе, помимо комплексной терапии, использовался препарат Андрогель в выше указанной дозировке после получения информированного согласия пациента. Курс лечения – 21 день, с последующим продолжением применения препарата амбулаторно.

Полученные результаты представлены на рисунках 1, 2, 3, 4 и 5.

ВЫВОДЫ

У наблюдаемых нами пациентов, получавших Андрогель, в период лечения на курорте Белокуриха (по сравнению с контрольной группой):

- не отмечено резких колебаний концентрации тестостерона;
- не выявлено существенных изменений функциональной активности со стороны гипоталамо-гипофизарной системы;

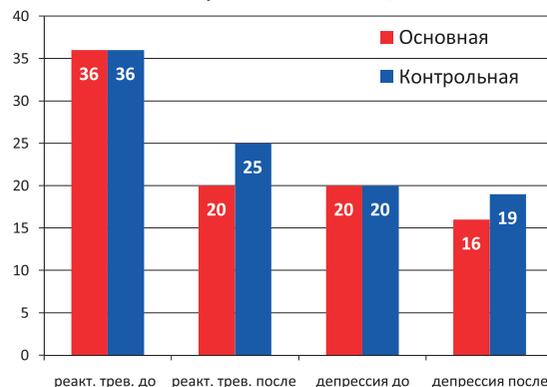
– отмечена более выраженная динамика клинических и лабораторных показателей;

– лечебный эффект регистрируется в более ранние сроки.

Применение Андрогеля в период лечения на курорте Белокуриха не оказывает неблагоприятного влияния на состояние здоровья больных ВАД.

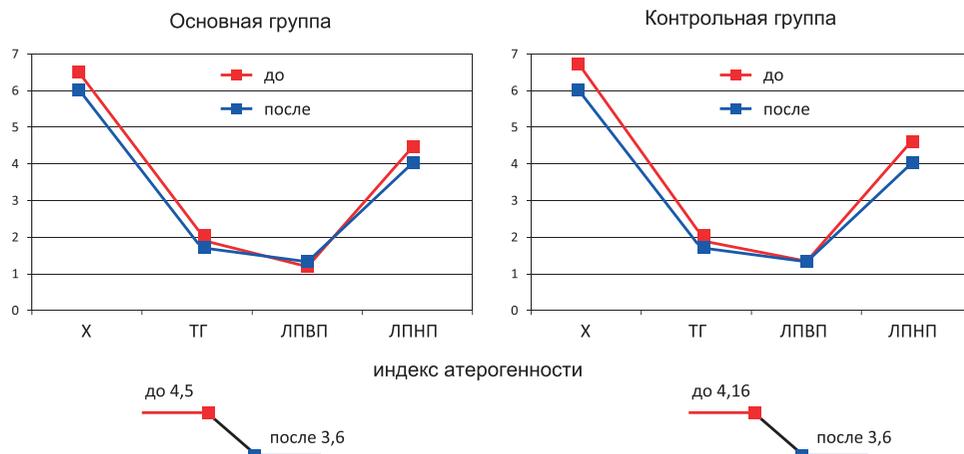
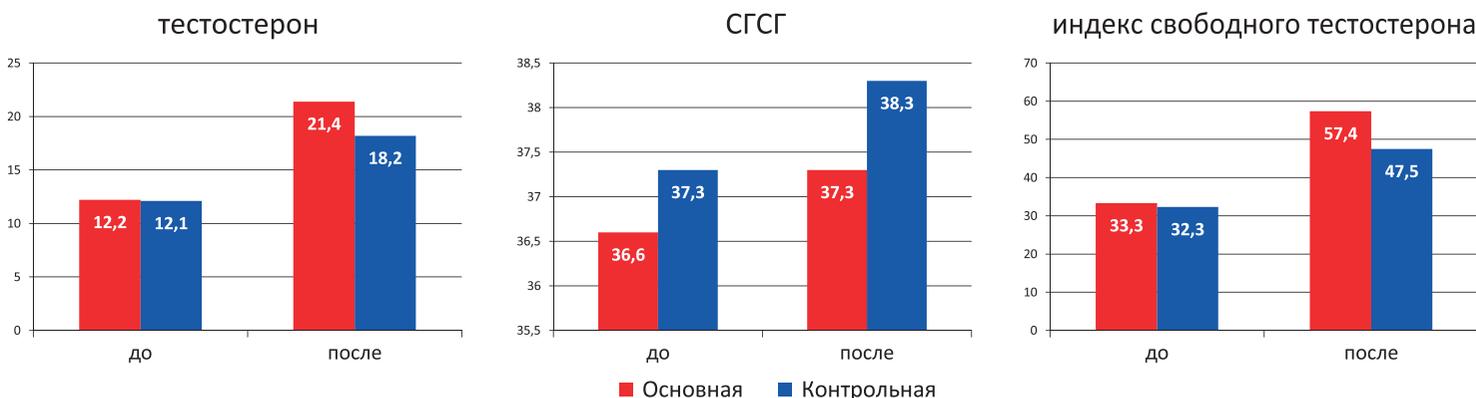
Наблюдаемые эффекты указывают на возможное взаимное потенцирование Андрогеля и санаторно-курортного лечения на курорте Белокуриха.

Представляет несомненный интерес изучение отдаленных результатов сочетанного воздействия на больных возрастным андрогенодефицитом препарата Андрогель и минеральных вод курорта Белокуриха, учитывая особенности механизма действия бальнеопроцедур (выраженный эффект последнего), а также анализ влияния

Рисунок 3. Динамика выраженности признаков тревожности и депрессии у больных ВАД


на результаты лечения сезонных ритмов и различных дозировок Андрогеля.

Решение этих вопросов позволит оптимизировать применение Андрогеля в период санаторно-курортного лечения у больных с возрастным андрогенодефицитом.

Рисунок 4. Динамика показателей липидограммы у больных ВАД

Рисунок 5. Динамика уровня тестостерона у наблюдаемых больных ВАД


Алеш ЗОРКО: «В России нет уролога,



Алеш Зорко, директор представительства компании «КРКА» в России.

После окончания в 1993 году фармацевтического факультета университета в Словении, был принят на работу в фармацевтическую компанию «КРКА» медицинским представителем. Продвигая препараты «КРКА» в городе Ново место, параллельно получил экономическое образование МВА. В 1996 году Алеш Зорко стал первым супервайзером компании «КРКА» – специалистом по обучению персонала. С 2002 года работал в российском представительстве компании «КРКА» в должности директора маркетинга и регионов, в мае 2007 года назначен директором представительства.

Господин Зорко, расскажите, пожалуйста, об истории компании «КРКА» в России.

Международная фармацевтическая компания «КРКА» входит в число ведущих производителей дженериков Европы, продукция «КРКА» представлена более чем в 70 стран мира.

Более 40 лет компания «КРКА» поставляет свою продукцию в Россию, направляет большие инвестиции в РФ, участвует в

многочисленных социальных и благотворительных проектах. Первый контракт на поставку лекарственных средств в СССР был заключен еще в 1965 году, после выхода «КРКА» на международный рынок. А уже в 1966 году был заключен 51 контракт и завязались прочные деловые отношения с Советским Союзом. К началу 1970-х гг. большая доля поставок в Восточную Европу приходилась на СССР,

На протяжении последних нескольких лет «КРКА» входит в число ведущих и наиболее влиятельных (согласно рейтингу ЦМИ «Фармэксперт») фармацевтических компаний России. Мы планируем и в дальнейшем укреплять свои позиции как одного из ведущих производителей дженериков на фармацевтическом рынке России. За время присутствия «КРКА» в России была выстроена силь-

который бы не знал препарат Нолицин»

ная разветвленная инфраструктура, позволяющая реализовать в ближайшие годы весь потенциал зарегистрированных лекарственных средств.

В России «КРКА» представлена группой компаний: Представительство в РФ – головной офис в Москве, представительства находятся также в 6 городах (С. Петербург, Новосибирск, Екатеринбург, Владивосток, Н. Новгород, Ростов-на-Дону); дочернее предприятие ООО «КРКА ФАРМА» (направление деятельности – реализация лекарственных средств на территории РФ); завод ООО «КРКА-РУС» – в подмосковном городе Истра.

«КРКА-РУС» был открыт 30 сентября 2003 года. Проектная мощность производства составляет до 600 миллионов таблеток и до 120 миллионов капсул в год; объемы производства упаковки – до 4 миллионов блистеров и до 1,5 миллиона флаконов в год. Производственный объект построен по международным фармацевтическим стандартам, с учетом новых действующих нормативов РФ. Используемые материалы и производственное оборудование отвечают всем требованиям европейского GMP. Это один из самых современных фармацевтических заводов в России. На заводе производится современный фторхинолон Нолицин (норфлоксацин), ряд препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний – дигидропиридиновый антагонист кальция Тенокс (амлодипин), диуретик Равел СР (индапамид), гиполипидемический препарат из группы статинов – Вазилип (симвастатин), Зилт (клопидогрел). «КРКА» в России, как и во всем мире, воплощает в жизнь свой девиз – работать во имя поддержания здоровья людей.

Господин Зорко, вы недавно возглавляете представительство компании «КРКА» в Москве. Какие задачи стоят перед новой главой представительства?

Первое, и самое главное, для компании – это то, чтобы наша компания в России работала успешно. Мы решили, что 2008 год – это год значительного увеличения инвестиций компании в российский рынок. Поэтому, мы будем активно развиваться. У нас достаточно широкий портфель препаратов, которые необходимо продвигать. Этим занимаются в первую очередь медицинские представители. Мы стремимся к тому, чтобы наши специалисты донесли информацию до максимального количества врачей. Но один медицинский представитель может эффективно работать с 4-5 препаратами. Поэтому мы ставим перед собой задачу развивать и укреплять нашу маркетинговую сеть по всей России.

Я так поняла, что в начале XXI века не изобретена оригинальная схема продвижения лекарственных препаратов - взаимодействие «медицинский представитель-врач» остается по-прежнему самым эффективным методом работы?

Самое ценное, самое главное в фармацевтическом бизнесе – это медицинский представитель. Тот человек, который всегда представляет образ компании, ее имидж. Именно благодаря медицинскому представителю наши партнеры получают новую информацию о лекарственных средствах. Мы размещаем рекламу в СМИ, предназначенную для пациентов по безрецептурным препаратам, а также для врачей в специализированных медицинских изданиях. Реклама работает на узнавание бренда, но, если медицинский представитель не обеспечит наличие препарата в аптеке города, не расскажет врачу о препарате, то и реклама не поможет. ➔



Завод «КРКА-РУС» – в подмосковном городе Истра.

Ваши медицинские представители имеют возможность сделать карьеру в компании?

Конечно. Потому что, когда компания быстро развивается, как мы в России, то на 10 медицинских представителей должен быть руководитель. На 5-6 руководителей – нужен руководитель следующей ступени. Без этого эффективная работа медицинских представителей невозможна. У нас в компании правило, что сначала рассматривается внутренний кадровый резерв.

Какие направления урологии охватывают фармакологический спектр препаратов вашей фирмы?

Препараты урологического направления компании «КРКА» представлены антибиотиками Нолицин и Ципринол и средствами для лечения гиперплазии предстательной железы Камирен. В России Нолицин применяется уже более 15 лет, и на сегодняшний день является наиболее известным антибиотиком «КРКА» в урологии,

причем препарат популярен также у гинекологов, которые его активно назначают. Также в урологии нашли применение такие антимикробные препараты как Фромилид и Дифлазон. Несмотря на то, что эти препараты не являются специализированными урологическими препаратами, инфекции передаваемые половым путем – это каждодневная практика уролога, поэтому Фромилид и Дифлазон успешно используются в лечении данной патологии.

Из каких составляющих производятся ваши препараты? В чем их преимущества?

Основное преимущество всех препаратов КРКА, в том числе и урологического направления – это качество. Все препараты компании КРКА производятся с соблюдением всех строгих правил и требований, предъявляемых к производству лекарственных средств и в соответствии с международными стандартами GMP, а также имеют сертификаты соответствия Европейской фарма-

копеи. Нолицин (дженериковое название норфлоксацин) – препарат, проверенный временем. Эффективность и безопасность Нолицина подтверждена не только результатами исследований, но и практическими результатами: миллионами излеченных от инфекций мочевыводящих путей российских пациентов. В России не найдется ни одного уролога, который бы не знал препарат «КРКА» Нолицин. Ципринол – единственный европейский ципрофлоксацин на российском рынке. КРКА предлагает наиболее полный спектр дозировок и лекарственных форм, включая таблетки в 3-х дозировках, а так же раствор и концентрат для внутривенных инфузий. Камирен ХЛ – новая лекарственная форма Камирена – доксазозин замедленного высвобождения. Благодаря постепенному высвобождению активного вещества значительно снижается вероятность возникновения побочных эффектов. На сегодняшний день Камирен ХЛ – единственный генерический доксазозин замедленного высвобождения на российском рынке.

Итак, в России нет уролога, который бы не знал препарат Нолицин. Значит ли это, что вы достигли всего и можете почивать на лаврах?

Не совсем так. Проблема в том, что многие пациенты обращаются за помощью к терапевтам. Их в России 150-200 тысяч. Поэтому для нас очень важно, чтобы и они имели полное представление о Нолицине. Терапевты и провизоры должны знать, что, несмотря на то, что упаковка Нолицина стоит дороже, в отличие от других препаратов, он не вызывает рецидивов, после которых пациент вынужден проходить дополнительный курс лечения. Поэтому в конечном итоге курс лечения Нолицином обойдется дешевле, чем у конкурентных препаратов.



Все ли из лекарственных препаратов, производимых вашей фирмой, представлены на российском рынке, какие из уже используемых в мире препаратов будут зарегистрированы в ближайшее время?

Компания «КРКА» производит более 200 лекарственных препаратов. На сегодняшний день на российском фармрынке зарегистрированы более 160 наименований в 220 формах. В урологическом направлении в ближайшее время планируется вывод новых препаратов, в частности планируется появление новых препаратов традиционного для «КРКА» урологического направления.

Каковы перспективы развития этих направлений и возможно ли появление новых лекарственных препаратов в урологии?

Медицина не стоит на месте и процесс разработки новых лекарственных средств – это постоянный процесс. Наиболее важные направления развития лекарственных средств в урологии сегодня – это онкоурология, лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы, гиперактивной мочевого пузыря у женщин, импотенция, мочекаменная болезнь, инфекции мочевыводящих путей, и особенно актуальные сейчас инфекции, связанные с реконструктивными операциями в урологии. «КРКА» принимает активное участие в разработке лекарственных средств для различных областей урологии. 50-летний опыт исследований и производства лекарственных средств «КРКА» использует для разработки собственных высококачественных препаратов-дженериков и продает их под своими торговыми марками. Особое внимание компания уделяет наиболее актуальным на сегодняшний день областям медицины и таким заболеваниям, от которых чаще всего страдает современный человек

Сейчас в НИИ урологии разрабатывается формуляр лечения урологических заболеваний. Утверждение этого документа важно для фирмы «КРКА»?

Создание формуляра – важный этап развития урологии в России. Формулярная система позволит решать проблемы терапевтического и экономического плана, определяя стандарты лечения отдельных заболеваний и рекомендуя использовать эффективные, но доступные лекарственные средства в первую очередь, т.к. основными критериями для отбора лекарственных средств для формулярного списка являются необходимость, эффективность и безопасность. Данная программа определяет рациональность использования лекарственных средств, позволяет выявлять и устранять ошибки, возникшие при их назначении и применении, и таким образом позволяет наиболее эффективно использовать лекарственные средства для лечения урологических заболеваний.

Какую роль ваша фирма отводит образовательным программам для врачей?

«КРКА» – участник или организатор многих урологических мероприятий федерального уровня. Симпозиумы, доклады, лекции, семинары – вот основные методы работы для продвижения наших препаратов во врачебной аудитории. Так, организованный на XIV Российском национальном конгрессе «Человек и Лекарство» в 2007 году симпозиум «КРКА» по инфекциям мочевыводящих путей «Второе поколение фторхинолонов – современные аспекты применения» привлек серьезное внимание специалистов. «КРКА» в очередной раз доказала, что является надежным партнером российского здравоохранения в вопросах укрепления здоровья нации. Благодаря постоянному сотрудничеству с ведущими специалистами в области урологии, «КРКА» проводит исследования

эффективности, безопасности и резистентности применяемых в урологии антибактериальных средств, результаты которых, в виде статей, тезисов и докладов представляются на международных урологических конгрессах. Урологи – это специалисты высокого уровня, как правило, они обладают обширными познаниями в области лечения урологических заболеваний, они умеют ориентироваться в выборе правильных препаратов среди большого количества, предлагаемых на рынке. А вот донести наиболее полную информацию о современных урологических препаратах до врачей общей практики, которые так же часто сталкиваются с данной патологией, и научить их правильно ею пользоваться, – это одна из задач, стоящих перед компанией «КРКА». Поэтому образовательные проекты – это значимая часть нашей работы.

Какова Ваша стратегия в укреплении позиций на фармацевтическом рынке России?

Компания планирует укрепить свои позиции как одного из ведущих производителей дженериков на фармацевтическом рынке России. За время присутствия «КРКА» в России была выстроена сильная разветвленная инфраструктура, позволяющая реализовать в ближайшие годы весь потенциал зарегистрированных продуктов, а также продуктов, находящихся в данный момент в разработке. Мы будем активно расширять мощности завода «КРКА РУС», запускать новые линии. Для нас очень важно, чтобы компания «КРКА» воспринималась россиянами не только как международная фармацевтическая компания, но и как российский производитель лекарственных средств. Для «КРКА» российский рынок – один из ключевых рынков. 

Интервью подготовила шеф-редактор журнала «Эффективная фармакотерапия в урологии» Евгения Стойнова



Международный медицинский форум

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ

12-17 февраля 2008 года

В РАМКАХ ФОРУМА ПРОЙДУТ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА
“ВРАЧ РОССИИ XXI ВЕКА” И ВЫСТАВКИ:

- * **РосMedtechЭкспо**
Медицинская техника, оборудование и мебель
- * **Аптека**
Фармацевтические препараты, производство фармсредств
- * **Здоровый ребенок**
Перинатальные центры
Детское здоровье. Питание. Досуг и спорт
- * **МедBuildЭкспо**
Проектирование, строительство и оснащение медицинских и оздоровительных центров
- * **РосRehaЭкспо**
Реабилитация. Восстановительная медицина. Курортология. Ортопедия. Протезирование.
- * **«03»-Экспо**
Экстренная медицина. Технологии. Санитарный транспорт.
- * **«Будь здоров!»**
Профилактика старения. Геронтология и гериатрия. Адекватное питание. Пропаганда здорового образа жизни

Информационные партнеры:



КРОКУС ЭКСПО

Международный выставочный центр

МВЦ «Крокус Экспо», 65-66 км МКАД
(пересечение с Волоколамским шоссе)

Тел.: (495) 727-82-25, 727-11-39

E-mail: med@crocus-off.ru, dmt@crocus-off.ru, www.iz-expo.ru
zychkov@crocus-off.ru, brusilovskaya@crocus-off.ru

Генеральный спонсор Форума:



Информационный партнер
МВЦ «Крокус Экспо»:

Реклама на сайте
и на территории

МВЦ «Крокус Экспо»:

тел. (495) 727-26-39,

www.crocus-reklama.ru

Аренда конференц-залов и

презентационного оборудования:

тел. (495) 727-25-93, 727-26-15

АПТЕКА 2008

15-ая МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
15th INTERNATIONAL SPECIALIZED EXHIBITION



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

**ВЫСТАВКА «АПТЕКА» —
ВЫСТАВКА СПЕЦИАЛИСТОВ
НА БЛАГО ЛЮДЕЙ**

21-24 ОКТЯБРЯ
МОСКВА, СК «ОЛИМПИЙСКИЙ»

OCTOBER 21-24
MOSCOW, SC «OLYMPIISKY»

**НЕДЕЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ
ФАРМИНДУСТРИИ**

**МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ
КОНГРЕСС**



КОНТАКТЫ:

(495) 105 65 61/62

WWW.APTEKAEXPO.RU

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 «ФАРМ-ИНФОРМ».



Сиалис®: Наслаждайтесь жизнью без эректильной дисфункции

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

Пятница
вечер

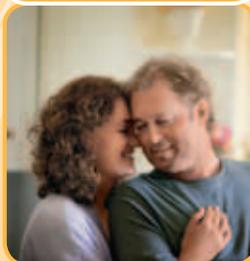
Суббота
утро

Суббота
после обеда

Суббота
вечер

Воскресенье
утро

Воскресенье
после обеда



Литература:

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



Наслаждайтесь
жизнью без ЭД

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

Lilly

Простамол® Уно

от Берлин-Хемии

1 КАПСУЛА в день

2 ПОКАЗАНИЯ

- гиперплазия простаты
- хронический простатит

3 МЕСЯЦА
— рекомендуемый курс терапии*



Одобрено
Российским обществом
урологов



**Патогенетическое
действие**

**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

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

Рег. ур. П. 01255 / 01-2005

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