

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

№ 2
Май 2008

ДГПЖ – новые аспекты терапии

Восстановление либидо у пациентов
со стриктурами уретры

Диагностическая значимость анализа мочи

Тема номера:

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

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

Когда?

Любовь
не может
ждать!

Сейчас!



Левитра — надежное решение проблемы эректильной дисфункции для двоих.

1. Левитра высокоэффективна с самого первого приема у мужчин, независимо от возраста и при различных формах эректильной дисфункции¹.
2. Применение Левитры у мужчин с эректильной дисфункцией восстанавливает качество сексуальной жизни обоих партнеров².
3. Левитра действует быстро и надежно, не нарушая естественность сексуальных отношений. Левитра проявляет эффект уже через 10 минут после приема (у части мужчин через 25 минут)³.
4. Продолжительность действия Левитры оптимальна для полноценных сексуальных отношений. Левитра действует в течение 8-12 часов⁴.

Вся информация для пациентов в "Упаковке с огоньком"

Телефон горячей линии «10 минут до исполнения желаний»
8-800-200-10-15 Бесплатный звонок по всей России
727-10-10 для Москвы*
www.na-senovale.ru



 Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Левитра (МНН – Варденафил): 10 мг/20 мг/таблетки, покрытые оболочкой. **Показания.** Эректильная дисфункция. **Противопоказания.** Гиперчувствительность, одновременный прием органических нитратов, тяжелая печеночная недостаточность, заболевания почек в терминальной стадии, артериальная гипотония (сист. АД менее 90 мм рт. ст), недавно перенесенный инсульт или инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, наследственные дегенеративные заболевания сетчатки, возраст до 16 лет. **Режим дозирования.** Внутрь, независимо от приема пищи. Начальная рекомендуемая доза – 10 мг за 10-25 мин до сексуального контакта. Максимальная рекомендованная частота приема – 1 раз в сутки в дозе 20 мг. Для достижения эффективности необходим достаточный уровень сексуальной стимуляции. **Побочные эффекты.** Головная боль, «приливы» крови к коже лица, диспепсия, головокружение, заложенность носа. Регистрационный номер П № 015037/01-2003. Подробная информация содержится в инструкции к препарату.

ЗАО «АО ШЕРИНГ», полномочный представитель Bayer Schering Pharma в России
Москва (495) 231 12 00; Санкт-Петербург (812) 331 36 00; Ростов-на-Дону (863) 295 05 14;
Казань (843) 267 61 277; Екатеринбург (343) 355 31 76; Новосибирск (383) 222 18 97; Хабаровск (4212) 41 42 29;
Отдел оптовых продаж (495) 231 12 10;
Аптечный склад ЗАО «АО ШЕРИНГ» (495) 231 49 56
www.bayerscheringpharma.ru

*Стоимость звонка с мобильных согласно тарифному плану оператора.
1 - Valiquette L. et al. 2004
2 - Fisher et al. EAU 2005
3 - Montorsi F. et al. J Sexual Medicine 2004;1:164-174
4 - Stief C. et al. The Aging Male 2004;7:N1:58.

НЕБИДО®

тестостерон ундеканоат

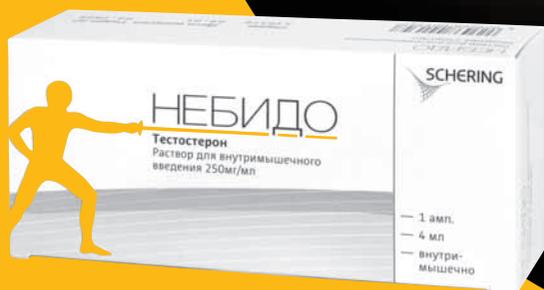
Живи в полную силу



Для восстановления физиологического уровня тестостерона

4 инъекции в год*

* раз в 10-14 недель



Небидо® (Nebido®)

Раствор для внутримышечного введения 250 мг/мл

Показания: Недостаточность тестостерона при первичном и вторичном гипогонадизме у мужчин.

Противопоказания: Андрогенозависимая карцинома предстательной или молочной железы у мужчин; гиперкальциемия, сопутствующая злокачественным опухолям; опухоли печени в настоящее время или в анамнезе; повышенная чувствительности к любому из компонентов препарата. Небидо® не применяют у женщин.

Способ применения и дозы: Инъекция Небидо® (в 1 ампуле содержится 1000 мг тестостерона ундеканоата) производится внутримышечно один раз в 10-14 недель. При такой частоте инъекций обеспечивается поддержание достаточного уровня тестостерона, и не происходит кумуляции вещества.

Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата.

ЗАО «АО ШЕРИНГ», полномочный представитель Bayer Schering Pharma в России
Москва (495) 231 12 00; Санкт-Петербург (812) 331 36 00; Ростов-на-Дону (863) 295 05 14; Казань (843) 267 61 277; Екатеринбург (343) 355 31 76;
Новосибирск (383) 222 18 97; Хабаровск (4212) 41 42 29;
Отдел оптовых продаж (495) 231 12 10;
Аптечный склад ЗАО «АО ШЕРИНГ» (495) 231 49 56
www.bayerscheringpharma.ru

www.nebido.ru

Бесплатный телефон
горячей линии 8-800-200-64-44

www.test-testosteron.ru



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



ЭФФЕКТИВНАЯ Фармакотерапия в урологии

Редакция журнала:

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

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

ответственный секретарь **Е. Березняк**
(e-mail: editor@webmed.ru)

выпускающий редактор **А. Смолякова**
арт-директор **Д. Иллин**

дизайнер **Г. Шингарев**

корректор **Ю. Морозова**

набор **Е. Виноградова**

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

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

Редакционный совет:

Ю.Г. Аляев (Москва)

О.И. Аполихин (Москва)

В.В. Борисов (Москва)

П.В. Глыбочко (Саратов)

В.В. Дутов (Москва)

В.Н. Журавлев (Екатеринбург)

А.А. Камалов (Москва)

М.И. Коган (Ростов-на-Дону)

Б.К. Комяков (Санкт-Петербург)

Н.А. Лопаткин (Москва)

О.Б. Лоран (Москва)

А.М. Миллер (Хабаровск)

А.Г. Мартов (Москва)

Т.С. Перепанова (Москва)

С.Б. Петров (Санкт-Петербург)

Д.Ю. Пушкарь (Москва)

В.В. Рафальский (Смоленск)

М.Э. Ситдыкова (Казань)

Н.И. Тарасов (Челябинск)

М.Ф. Трапезникова (Москва)

Е.А. Ушкалова (Москва)

В.Я. Фарбинович (Кемерово)

контактная информация:

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

Тираж 8500 экз.

Перепечатка материалов разрешается

только с письменного разрешения редакции

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005 г.

№2 май 2008

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские новости **4**

здравоохранение сегодня

Олег Аполихин: «В России масса талантливых врачей»
Интервью с директором НИИ урологии Росмедтехнологий **6**

тема номера: эректильная дисфункция

М.И. Коган, Х.С. Ибишев

Восстановление либидо у пациентов со стриктурами уретры **10**

стандарты лечения

А.В. Виноградов

Медикаментозное лечение хронического простатита у пациентов
с доброкачественной гиперплазией предстательной железы **14**

клинические исследования

А.А. Сморгков, И.В. Князькин, П.Н. Зезюлин, Г.И. Гурко

Доброкачественная гиперплазия простаты – новые аспекты терапии **20**

лекции для врачей

Т.С. Перепанова

Диагностическая значимость анализа мочи и тест-полосок **24**

опыт регионов

Вагиф Атдуев: «Будущее – за органосохраняющими операциями»
Интервью с главным урологом Нижегородской области **30**

форумы

II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Рациональная фармакотерапия в урологии-2008» **34**

Применение ботулина в терапии предстательной железы

Введение нейротоксина ботулина в мочевого пузырь или уретральный сфинктер уже используют при лечении гиперактивности мочевого пузыря и диссинергии сфинктера. Недавно ботулин стали применять и при заболеваниях простаты. Авторы провели обзор имеющейся литературы по механизму действия и клинической эффективности ботулина в лечении заболеваний простаты. Токсин вводили в простату либо трансуретрально через цистоскоп, либо через промежность или трансректально под контролем УЗИ. Описаны следующие улучшения после введения нейротоксина: уменьшение размеров простаты, снижение ПСА, уменьшение объема остаточной мочи, улучшение струи мочи и снижение симптомов мочевого пузыря; все указанные улучшения

длились 6 месяцев и более. Токсин ботулина продемонстрировал великолепные и многообещающие предварительные результаты, влияя на симптомы нижних мочевых путей у мужчин. Исследования по применению ботулина говорят о его неизученных новых механизмах действия в простате при ДГПЖ и хроническом небактериальном простатите. Токсин даже рассматривают как дополнительное лечение при раке простаты. Пока токсин не одобрен к применению FDA (Food and Drug Administration), поэтому сейчас следует с осторожностью назначать его до окончания крупных рандомизированных исследований. Также требуются более точные научные данные о том, каким образом действует токсин ботулина в предстательной железе.

Источник: UroWeb.ru

Соевая диета на 96% снижает метастазирование

Генистеин, входящий в состав соевых бобов, может существенно снизить риск развития рака простаты. Исследователи из Северо-Западного университета (штат Миссури, США) показали роль этого соединения в снижении агрессивности опухоли – пока только в эксперименте. Этот антиоксидант уже длительное время исследуется командой Рэймонда Бергера. Проведя эксперименты уже на уровне организма, ученые обнаружили, что общее количество новых очагов уменьшилось на 96%. Концентрацию генистеина, поддерживаемую в крови у мышей во время эксперимента, можно сравнить с концентрацией в крови человека после хорошего соевого обеда. Так что терапевтический эффект обычной диеты несомненен. Ученые не проводили статистических исследований рациона и течения рака простаты у мужчин, но результаты их работы могут существенно сказаться на диете сильного пола, причем не только во время поста.

Источник: www.gazeta.ru

Подтверждено качество Левитры

26 марта 2008 г. в Милане состоялся ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов (EAU). Единим мнением конгресса стало подтверждение качества препарата Левитра.

Исследования, в которых приняли участие около 400 мужчин, страдающих эректильной дисфункцией (ЭД) и повышенным уровнем холестерина, доказали эффективность препарата. Результаты лечения показали, что мужчины, употреблявшие Левитру, успешно справились со своим заболеванием. Исследования проводил профессор клиники семейной медицины при университете Брауна (штат Массачусетс, США) доктор Мартин Минер. Эректильная дисфункция чаще всего ассоциируется с повышенным холестерином. «Множество врачей пытались изучить и понять истинную причину возникновения ЭД», – говорит Ян Эрллей, консультант-уролог, почетный преподаватель Исследовательского госпиталя при университете святого Джеймса (Лидс, Великобритания). Проведенное исследование доказывает, что препарат излечивает ЭД даже у пациентов с предрасположенностью к этой болезни. Сегодня у 70% мужчин, страдающих ЭД, наблюдается повышенное давление, диабет или повышенный уровень холестерина. Сейчас стало очевидно, что при помощи Левитры лечение ЭД эффективно даже при таких показателях.

Источник: UroWeb.ru

Новый препарат для лечения импотенции

Сегодня распространено предположение о том, что эректильная дисфункция представляет собой преимущественно нейро-сосудистое заболевание. Данное предположение подтверждается тем фактом, что препараты группы ингибиторов ФДЭ-5 вызывают достаточный эректильный ответ у мужчин в любом возрасте. Тадалафил является типичным представителем ряда ингибиторов ФДЭ-5. Эффективность препарата после его приема продолжается до 36 часов. Это позволяет мужчине с расстройствами такого рода самому выбирать время сексуальной активности, а это, в свою очередь, безусловно, повышает качество его жизни. Правда, использование Тадалафила сопровождается побочными эффектами. Могут появиться такие симптомы, как головная боль и диспепсия, затем по распространенности следуют боль в спине, скопление секрета в носу, миалгия и приливы. До сих пор до конца не изучено влияние длительного применения препарата на его эффективность и безопасность.

Источник: solvay-pharma.ru

Гонорея может удвоить риск рака мочевого пузыря у мужчин

Гонорея может удвоить риск рака мочевого пузыря у мужчин, сообщают американские ученые. Полученные результаты подтверждают более ранние данные. Исследователи из Гарвардской Школы общественного здоровья в Массачусетсе, наблюдая за 51529 американскими мужчинами, отметили 286 случаев рака мочевого пузыря у мужчин с гонорейной инфекцией. «Мы наблюдали двойное увеличение риска рака мочевого пузыря среди мужчин с

гонореей в анамнезе», – пишет доктор Доминик Мишо. Ассоциация была наиболее сильной для инвазивного и распространенного рака мочевого пузыря и среди курильщиков. «Непосредственно само воспаление или ассоциированные с ним симптомы могут вносить свой вклад в развитие рака мочевого пузыря», – утверждает доктор Мишо.

Источник: UroWeb.ru

Низкий уровень тестостерона – фактор риска рака простаты

Мужчины с низким отношением тестостерона сыворотки к простат-специфическому антигену (ПСА) имеют повышенный риск рака простаты, показали результаты исследования, проведенного бразильскими учеными. Авторы сообщают, что зависимость риска от отношения тестостерона к ПСА была показана в группе мужчин с гипогонадизмом с уровнями ПСА 4 наногра/мл или меньше, но соответствует результатам более раннего исследования, указавшего, что низкий уровень тестостерона может поместить мужчин в группу повышенного риска болезни. Абрахам Моргенталер (Federal Foundation of Medical Sciences of Porto Alegre, Brazil) и коллеги вычислили отношение тестостерона к ПСА у

184 мужчин среднего возраста 58,5 лет. Все мужчины имели уровень тестостерона ниже 300 наногра/дл и ПСА 4 наногра/мл или меньше и подвергались биопсии простаты до назначения гормональной терапии. Результаты биопсии были положительными для рака простаты у 30 мужчин и отрицательными у 154 мужчин. Дальнейший анализ показал, что мужчины с отношением тестостерона к ПСА меньше 1,8 имели в 3,17 раз большую вероятность рака простаты, чем пациенты с более высоким отношением. «Полученные результаты соответствуют предположению, что мужчины с более низким уровнем тестостерона имеют повышенный риск рака простаты с нормальным ПСА», – пишут авторы.

Источник: Solvay-pharma.ru

Зеленый чай вызывает болезни почек и печени

Исследователи из университета Нью-Джерси обнаружили, что слишком большие дозы зеленого чая, который в оздоровительных целях пьют все сторонники здорового образа жизни, могут вызывать болезни печени и почек. Пищевые добавки, сделанные на основе экстракта чая, страдают тем же недостатком – при их неумеренном употреблении диагностируются симптомы отравления полифенолами. Конечно, ученые не склонны впадать в панику из-за этого открытия: отравление не смертельно, да и не так много людей способны по-настоящему обильно пить чай. Оздоровительный эффект от чаепития наступает лишь в тех случаях, если чай употреблять в средних дозах – не более двух кружек в день, утверждают исследователи. Если же полностью заменять зеленым чаем каждый прием жидкости, в организме через некоторое время образуется избыток полифенолов – антиоксидантов растительного происхождения, которые и вызывают изменения в тканях печени и почек. Исследователи производили опыты на грызунах и собаках. Животные, которым вводили избыточные дозы чайного экстракта, погибли. А между тем до сих пор считалось, что именно из-за полифенолов зеленый чай является таким полезным напитком.

Источник: Medline.ru

Радиоуправляемая ловушка для сперматозоидов

Австралийцами разработан имплантируемый радиоуправляемый клапан, контролирующий выброс семенной жидкости во время эякуляции. Установка микроскопического устройства полностью обратима как процедура – пациент может открывать или закрывать клапан по желанию. В связи с существенными побочными эффектами гормональные противозачаточные средства для мужчин не пользуются популярностью. А искомый эффект вазэктомии часто оказывается необратимым. Разработанный в университете Аделаиды силиконовый клапан (длиной около 800 микрон) вводится в семявыводящий проток с помощью медицинской инъекции. При этом створки клапана регулируются пультом дистанционного управления, посылающим радиосигналы на уникальной частоте. Во избежание возможных злоупотреблений контролирующей детородную функцию пациентов пульт будет постоянно храниться в офисе лечащего врача. Разработка устройства полностью завершена, готовятся первые испытания в лаборатории: работоспособность клапана сначала проверят на трубках с водой, после этого – пробные имплантации на животных.

Источник: medline.ru

Препарат, останавливающий кальцификацию сосудов

У пациентов с хроническими заболеваниями почек гиперфосфатемия стимулирует кальцификацию сосудов. Было показано, что лечение пероральными препаратами, связывающими фосфаты, уменьшает экспрессию остерикса и кальцификацию. Изучая культуры сосудистых гладкомышечных клеток, взятых из атеросклеротических аорт, доктор Кейт А. Хруска и коллеги (университет Вашингтона) заметили многие остеобластические события. В дополнение к лечению пероральными препаратами, связывающими фосфаты, интраперитонеальная инъекция костного морфогенетического белка BMP-7 остановила эти эффекты. BMP-7 восстанавливает способность скелета служить бассейном для фосфата. Возможно, что BMP-7 даст начало развитию нового терапевтического подхода к пациентам с хроническими заболеваниями почек, с дополнительными преимуществами в отношении восстановления нормальной скелетной функции и защиты нормальной физиологии кровеносных сосудов.

Источник: Solvay-pharma.ru

Штамм гонореи, устойчивый к ципрофлоксацину

Устойчивая к ципрофлоксацину *Neisseria gonorrhoeae* (NG) была впервые выявлена в Женеве в 2002 году и частота ее выявления возросла с 7 до 47%. Исследователи описали случаи заражения *Neisseria gonorrhoeae* в течение этого периода и сравнили характеристики случаев заражения ципрофлоксацин-устойчивыми NG и ципрофлоксацин-чувствительными штаммами NG. В результате было исследовано 238 случаев заражения NG. Средний возраст для обеих групп был 35 лет. В заключении исследователи отметили, что хотя устойчивая к

ципрофлоксацину инфекция была отмечена больше среди жителей Швейцарии, имеющих гомосексуальные связи, за пределами Швейцарии возможность заражения ципрофлоксацин-устойчивым штаммом *Neisseria gonorrhoeae* не зависела от наличия гомосексуальных контактов. Врачам рекомендуется провести исследование на определение чувствительности микробного штамма и пересмотреть использование ципрофлоксацина как препарата первого выбора.

Источник: General Directorate of Health

Олег Аполихин: «В России

Олег Иванович, расскажите, пожалуйста, с какими проблемами вы столкнулись, став год назад директором НИИ урологии?

Существует два комплекса проблем – проблемы хозяйственные, проблемы разграничения собственности между федеральными и муниципальными учреждениями здравоохранения, которые нужно решать обязательно. Во-вторых, проблемы, связанные с финансово-экономической деятельностью учреждения, с заработной платой, с обеспечением хозяйственных обязательств по контрактам, с необходимостью более четкого планирования работы, как клинической, так и административно-хозяйственной. С такими проблемами приходится сталкиваться любому руководителю. Я, как директор НИИ урологии, в этом не являюсь исключением.

То есть, хозяйственный комплекс проблем превалирует над научными и медицинскими?

Не могу сказать, что этот круг вопросов определяет мою работу, но он настолько значим, что им нельзя пренебречь. Конечно, хотелось бы больше времени уделять научным и медицинскими проблемами, но, к сожалению, пока этого делать не удается.



О.И. Аполихин – доктор медицинских наук, профессор – окончил Воронежский государственный медицинский институт им. Н.Н. Бурденко. С 1986 года работает в НИИ урологии, с 2007 года – директор института, вице-президент Российского общества урологов, курирует вопросы международных отношений. Является членом Московского общества урологов, действительным членом European Association of Urology (EUA), American Urological Association (AUA). О проблемах и перспективах развития российской урологии О.И. Аполихин рассказывает читателям нашего журнала.

Организация урологической помощи населению в Москве и регионах России – это две разные планеты или они уже начинают приближаться друг к другу?

Они, несомненно, приближаются друг к другу. Сейчас тенденция такова, что и оснащение, и, прежде всего, уровень подготовки специалистов в регионах становится лучше и лучше. Многие регионы вполне могут быть конкурентоспособными и отвечать самым последним требованиям урологии. В частности, это Нижний Нов-

город, Екатеринбург, Санкт-Петербург, Новосибирск.

Из этого следует, что больные сегодня могут получать квалифицированную урологическую помощь в своих городах, не прибегая к услугам московских урологов?

Исторически сложилось, что Институт урологии всегда был главным урологическим центром. Так было еще в то время, когда академик Н.А. Лопаткин создавал наш НИИ урологии. А с момента создания новой системы высокотехнологичной медицинской

помощи наш институт является главным центром, который обеспечивает нормативно-федеральное регулирование высокотехнологичной медицинской помощи. Мы выполняем госзадание по оказанию высокотехнологичной помощи населению, где НИИ урологии принадлежит главенствующая роль, т.к. он является основным ведущим, или головным, учреждением в отрасли. Центральные федеральные учреждения созданы для того, чтобы методологически определять составляющие отрасли.

Масса талантливых врачей»

Другое дело, они должны подходить к этому, максимально не ущемляя интересы регионов, помогая им, доминируя, но доминируя разумно, именно помогая решать те вопросы, которые ежедневно или в силу необходимости встают перед специалистами в регионах.

А как обстоит дело в мировом масштабе – российская урология сегодня конкурентоспособна, она соответствует мировому уровню?

У нас, к сожалению, пока еще нет четкого понимания технологии полного выполнения стандартов, необходимых для обеспечения той или иной процедуры. У нас масса талантливых врачей, их точно не меньше, чем в западных странах. Но, к сожалению, не всегда эти люди известны, не всегда они востребованы. С одной стороны, нужно развивать технологичность и повышать общий уровень отечественной медицины, чтобы он соответствовал четким стандартам или критериям, которые гарантируют высокий уровень медицинской помощи. С другой стороны, необходимо развивать индивидуально те направления, которые представляют уникальные явления в хирургии, в диагностике, в терапии. Глобально мы не отстали от мирового уровня урологии. Но, еще раз повторю – у нас страдает технологичность. То есть нам необходимы стандарты. Если положено проводить то или иное диагностическое исследование, оно не должно заменяться другим, потому что аппарат не работает или нет такого-то реактива. У нас, к сожалению, пока такое случается.

Проблема в невыполнении стандартов или в их отсутствии?

В достаточном объеме, чтобы эти стандарты были четко взаимосвязаны вертикально от феде-

ральных к региональным – их нет. У каждого региона существуют свои стандарты, которые написаны с большой привязкой к тому, что имеется в данном регионе. В некоторых регионах стандарты вообще отсутствуют.

Стандарты оказания помощи урологическим больным должны быть общероссийскими?

Да, они должны быть общероссийскими, обязательными для исполнения, должны быть многоступенчатыми, учитывая региональные особенности, но они должны быть едиными для всей территории РФ.

Кто должен заниматься их разработкой?

Головные институты, в урологии – наш НИИ урологии. Это наша основная задача. В Англии, США, Германии этим занимаются целенаправленно, для этого выделяются достаточно серьезные средства. Ставится задача постоянного обновления этих документов. Конкретно для такой работы готовятся специалисты.

У нас, к сожалению, эта работа достаточным образом не финансируется, нет специально подготовленного персонала для этого. Необходимо абсолютно четко нормировать, организовать, методологически определить процесс подготовки стандартов и кроме этого создать постоянные коллективы, которые будут заниматься этим вопросом.

Врач должен учиться всю жизнь. Какие формы повышения квалификации урологов вы считаете наиболее эффективными?

Наиболее яркое эмоциональное впечатление производят, конечно, конференции. Но, к сожалению, на этих мероприятиях возникает ряд отвлекающих внимание моментов, которые зачастую не позво-

ляют эффективно получать ту информацию, необходимую для обучения. Поэтому я не думаю, что будущее стоит за конференциями. А вот, скажем, Интернет-общение, направленное Интернет-общение – это, наверное, будущее. Информационное общение через порталы, через сайты, через выделенные материалы, которые могут быть адресно направлены той или иной аудитории. Через реферативные статьи, которые также могли бы быть донесены с определенной интерпретацией, потому что самому специалисту зачастую сложно дать такую полную интерпретацию. Интернет вскоре станет наиболее эффективным средством получения дополнительных знаний. Говоря об обучении специалистов, следует подчеркнуть, что оно должно быть двухэтапным. Очный этап, который должен давать основные фундаментальные, профессиональные знания. И должен быть отсроченный или более длительный этап, который бы позволял сочетать заочную форму с новыми формами интерактивного обучения. Необходимо и обмен информацией, который мог бы проходить, скажем, раз в год. Причем это не обязательно должно быть общение «глаза в глаза». Это может быть Интернет-конференция, организованная таким образом, чтобы врачи могли выполнять специальные задания и представлять их к определенному сроку.

Урологическими заболеваниями страдают в равной степени и мужчины, и женщины. Однако почему-то уролог всегда считался мужским врачом.

В последнее время большое внимание уделяется мужскому здоровью. Почему? Сегодня на первый план выходят мужские заболевания? ➔

Дело в том, что существуют направления медицины, которые больше внимания уделяют гендерному типу. И если у женщин существуют женские консультации, то у мужчин таковых никогда не было. Поэтому уролог, как правило, и занимался мужскими проблемами.

Сегодня проблема мужского здоровья как никогда актуальна. Вопросы, поднятые российским национальным проектом «Здоровье», напрямую касаются сложившейся сложной демографической ситуации в России, и проект призван решить эту проблему.

Ни для кого не секрет, что продолжительность жизни мужского населения в России гораздо ниже, чем во многих странах мира, а также ниже, чем продолжительность жизни женщин. С другой стороны, большая доля проблем в браке связана с мужскими болезнями, что, в свою очередь, существенно влияет на рождаемость. Немаловажную роль в состоянии здоровья населения России играют мужские сексуальные дисфункции, которые не только приносят душевные страдания, но и приводят к распаду семей, снижению качества жизни, приводят к проблемам на работе и в обществе. Сильное государство – это здоровое государство с мощной функциональной единицей – семьей. Поэтому андрология, как направление урологии, получила такую серьезную поддержку со стороны государства и научной медицинской общественности.

В начале апреля этого года на Кубе прошел I Российско-Кубинский андрологический форум «Стратегические вопросы репродуктивного здоровья мужчин». Этому событию в прессе уделяется значительное внимание. Почему именно Куба стала местом проведения этого форума?

Более 200 специалистов – урологов, сексологов, эндокринологов из России совместно с кубинскими коллегами приняли участие

в работе этого форума. Известно, что советско-кубинское, а ныне российско-кубинское сотрудничество, в том числе и в области медицины, насчитывает десятилетия. Однако в силу ряда причин в этом сотрудничестве возникла пауза. И вот теперь впервые за 20 лет на Кубе был проведен медицинский форум по одной из актуальнейших проблем нашего времени – мужскому здоровью.

Форум проходил на фоне активных дипломатических инициатив, предпринятых российским правительством по укреплению сотрудничества между нашими странами.

По многим направлениям сотрудничества в области медицины Куба представляется нам вполне равноправным партнером. В частности, Куба вошла в число 41 страны, чьи показатели детской смертности ниже, чем в США. Причем, если индекс детской смертности на острове Свободы с каждым годом продолжает снижаться, и в настоящее время по этому показателю (5,8 на 1000 новорожденных) Куба занимает на американском континенте второе место после Канады (5,0), то в США этот показатель составляет 7,0. На Кубе одна из самых высоких в мире продолжительностей жизни – 76 лет (у среднего американца она составляет 77,8 лет). Если учесть, что в среднем годовые затраты на здравоохранение одного кубинца составляют всего 186\$ (среднему американцу оно обходится в среднем 5711 долларов в год), то выглядит это изумительно на фоне не только лишь стран Латинской Америки. Куба тратит на здравоохранение до 8% ВВП – больше чем в Великобритании. Не случайно поэтому Куба занимает достойное 34 место в мировом рейтинге здравоохранения, опережая многие другие более развитые страны. Национальная система здравоохранения включает 276 больниц, 442 поликлиники, 165

стоматологических поликлиник, а также 466 учреждений различного значения. На каждую тысячу жителей приходится 5,6 больничной койки и 1,3 койки в учреждениях социальной помощи.

Сейчас на Кубе около 800 тыс. врачей, а соотношение числа докторов и пациентов – одно из самых высоких в мире. Например, на Кубе количество врачей на душу населения в два раза больше, чем в США.

Достижения медицинской, фармацевтической науки и практики в области биотехнологии на Кубе стали реальностью благодаря активной поддержке правительства и совместной деятельности таких учреждений, как Центр генной инженерии и биотехнологии, Центр молекулярной иммунологии, Гаванский Университет. За последнее десятилетие на Кубе налажено производство более 300 видов лекарств, включая препараты, предназначенные для улучшения состояния больных СПИДом, вакцины против гепатитов В и С, антибиотики 3-4 поколения, сердечно-сосудистые и противоопухолевые препараты.

На форуме обсуждались перспективы совместных проектов в области урологии?

Учитывая отмечающийся в России рост числа онкологических заболеваний, что подтверждается данными различных исследований (в частности, Московской программой диспансеризации мужского населения), – особенно рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы, – актуальным моментом сотрудничества может явиться совместная с ведущими московскими научными центрами разработка вакцин и маркеров для онкоурологических заболеваний, в частности маркера рака предстательной железы. Москва, очевидно, могла бы стать и центром сотрудничества в области разработки и внедрения современных биотехнологий. 



РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ
ФГУ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ УРОЛОГИИ РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ
ОАО «РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ»
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ВСЕМИРНАЯ АССОЦИАЦИЯ ЭНДОУРОЛОГОВ

П Р О В О Д Я Т

I Российский конгресс по эндоурологии с международным участием

4-6 июня 2008 г., Москва

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ, ДАМЫ И ГОСПОДА!

Приглашаем Вас принять участие в I Российском конгрессе по эндоурологии с международным участием, который состоится в Москве в здании Дворца культуры МИИТа.

Конференция будет посвящена современным возможностям диагностики и лечения урологических заболеваний. В работе конференции примут участие ведущие эндоурологи мира, в том числе президент Всемирной ассоциации эндоурологов Артур Д. Смит.

Предполагается участие более 500 ведущих урологов России и стран СНГ.

Планируется трансляция эндоурологических и лапароскопических операций в реальном времени, проведение мастер-класса по обучению технике операций на тренажерах, лекционные курсы, а также проведение выставки и сателлитных симпозиумов компаний-спонсоров.

Кроме того, предполагается трансляция операций и конгресса в 9 городах России.

По материалам конференции будет опубликован **сборник трудов.**

Место проведения: Дворец культуры МИИТа, Москва, Новосущевский пер., д. 6, стр. 1.

Более подробную информацию о предстоящей конференции Вы сможете на сайте www.endourologist.ru

Оргкомитет

105425, г. Москва, ул. 3 Парковая, дом 51, НИИ Урологии Росмедтехнологий

Тел.: 8-903-295-66-81

E-mail: marina.lal@mail.ru

Лалабекова Марина Валерьевна

Восстановление либидо у пациентов со стриктурами уретры

М.И. КОГАН,
д.м.н., профессор,

Х.С. ИБИШЕВ,
д.м.н.,
Ростовский
государственный
медицинский
университет,
Ростов-на-Дону

Реабилитация мужчин с сексуальной дисфункцией после травмы с формированием стриктуры уретры остается сложной и многогранной проблемой. Одним из малоизученных разделов данной патологии является нарушение сексуального влечения (либидо).

Надо полагать, что главной причиной нарушения либидо у данного контингента больных является андрогенная недостаточность, связанная со сниженной концентрацией тестостерона в крови и обусловленная уменьшением интенсивности синтеза этого гормона клетками Лейдига или снижением общего количества данных клеток в тестикулах (3, 4, 5).

Снижение объема функционирующей тестикулярной ткани у пациентов со стриктурами уретры может быть связано с различными причинами токсического действия на клетки Лейдига. В частности, многократно проводимая медикаментозная терапия после травмы и в период реконструктивных оперативных вмешательств на уретре антигистаминными, антибактериальными препаратами, в том числе сульфаниламидами, а также несте-

роидными противовоспалительными средствами и др., может угнетать синтез тестостерона (1, 3, 5). Наличие инфекционно-воспалительного процесса в яичках может негативно воздействовать на секрецию тестостерона (2, 3, 6). К снижению синтеза тестостерона могут приводить ятрогенные воздействия, рентгенологическое облучение, получаемое пациентами при проведении диагностических микционной и восходящей уретрографий (3, 5).

Кроме того, утрата либидо может иметь психогенный характер, обусловленный травмой и реконструктивными оперативными вмешательствами (7).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 82 пациента со стриктурами уретры и нарушенным либидо в возрасте от 17 до 50 лет. Для оценки нарушения либидо и уровня тестостерона проведено тщательное обследование этих пациентов, включающее жалобы, сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторную диагностику, сонографические исследования, функциональные тесты, заполнение специальных адаптированных опросников оценки андрогенодефицита. Установление правильного диагноза с учетом жа-

лоб больного, объективных данных и клиничко-биохимических исследований (определение тестостерона) может оказаться затруднительным, поскольку иногда уровень тестостерона близок к норме. При определении причины снижения или отсутствия либидо, связанной с дефицитом тестостерона, достоверным и доступным биохимическим критерием является уровень общего тестостерона. Поэтому с целью уточнения генеза нарушения либидо всем пациентам были проведены исследования общего тестостерона.

Согласно европейским стандартам диапазон сывороточного уровня общего тестостерона в норме составляет 12 нмоль/л и выше. В зависимости от используемых в лабораториях методик имеются незначительные отклонения от этого диапазона. Однако уровень гормона ниже 12 нмоль/л расценивается как андрогенная недостаточность, диапазон от 8-12 нмоль/л является серой зоной. Кроме того, исследовался уровень свободного тестостерона, но достоверных различий при сравнительном анализе с уровнем общего тестостерона не выявлено, поэтому данные концентрации свободного тестостерона в работе не приведены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ полученных результатов выявил, что среди пациентов с нарушенным либидо, имевших лабораторные признаки гипогонадизма, у 36,6% пациентов уровень плазменного тестостерона определялся до 8 нмоль/л, у 34,1% – от 8

При терапии Импазой наступало прогрессирующее увеличение сексуального желания. Через 2 месяца после начала терапии у 15 (53,5%) пациентов отмечено увеличение либидо, через 4 месяца – повышение сексуального желания у 21 (75%) пациента, через 6 месяцев – улучшение либидо регистрировали у 24 (85,7 %) обследуемых.

до 12 нмоль/л, у 29,3% – на уровне нижней границы нормы (рисунок 1).

Для более тщательного уточнения генеза снижения или отсутствия либидо у пациентов со стриктурами уретры изучали анамнез заболевания: длительность болезни, количество ранее перенесенных операций и наличие в анамнезе воспалительных заболеваний репродуктивных органов. 31,7% пациентов в анамнезе отмечали эпидидимоорхиты, в том числе у 4,8% были проведены односторонние орхэктомии. У 25,6% обследованных выявлена односторонняя или двусторонняя гипотрофия яичек различной степени выраженности на фоне склероза паренхимы яичек, что существенно снижало синтез тестостерона клетками Лейдига. Так, у пациентов, ранее перенесших воспалительные заболевания органов мошонки, в 25,6% случаев уровень тестостерона был ниже 8 нмоль/л, от 8 до 12 нмоль/л регистрировали у 6,1% больных.

У пациентов без воспалительных заболеваний органов мошонки в анамнезе уровень тестостерона < 8 нмоль/л выявляли достоверно реже ($p < 0,05$) – лишь в 11,0% случаев. Серую зону регистрировали у 28,0% пациентов, а > 12 нмоль/л – у 29,3% больных.

Нами установлена зависимость снижения тестостерона от количества реконструктивных оперативных вмешательств на уретре, а также длительности заболевания.

При сравнении уровня тестостерона в зависимости от длительности заболевания показатели ниже нормы, в основном регистрировали у больных с травмами и стриктурами уретры, страдающих данной патологией от 4 лет и более. Нормативные показатели (> 12 нмоль/л) чаще выявляли у пациентов с продолжительностью заболевания до двух лет.

Уровень тестостерона также зависел от количества перенесенных операций. У больных без оперативных вмешательств нормативные показатели определялись достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в других группах обследуемых. Показатели ниже 8 нмоль/л практически, как

правило, регистрировали у пациентов, перенесших три и более операций.

Как показали наши исследования, на уровень тестостерона не влияет сама травма или оперативное вмешательство, а влияет длительность заболевания, количество оперативных вмешательств на уретре, различные инфекционно-воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов, нарушающие гемодинамику яичек и снижающие активность тестикулярной ткани.

Воспалительные процессы в ткани яичек или воздействие на тестикулярную ткань токсических факторов приводят к снижению функциональной активности клеток Лейдига, следовательно, уменьшается уровень тестостерона в крови, что приводит к развитию вторичного гипогонадизма и нарушению либидо.

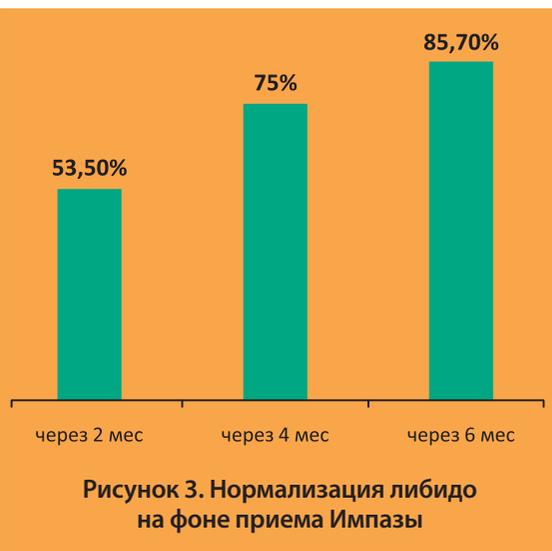
Кроме того, у пациентов со сниженным либидо, обусловленным низким уровнем тестостерона крови, выявлена зависимость между количеством и качеством снижением клеток Лейдига в тестикулярной ткани. Эти изменения находятся в прямой зависимости от уровня тестостерона. Это подтверждено морфологическим изучением биоптатов яичек пациентов с признаками андрогенной недостаточности, обследованных по поводу нарушения фертильности.

В биоптатах тестикулярной ткани пациентов с нормальным уровнем тестостерона или с уровнем тестостерона, соответствующим нижней границе нормы, эти проявления были незначительными. При исследовании биоптатов ткани яичек па-



циентов, у которых показатели тестостерона соответствовали серой зоне или были ниже 8 нмоль/л, обнаружены более выраженные морфологические изменения в ткани яичек, что, без сомнения, усугубляло тестикулярную недостаточность. Морфологическое исследование биоптатов тестикулярной ткани у пациентов со стриктурами уретры и признаками андрогенной недостаточности с нормальным уровнем тестостерона, но соответствующим нижней границе нормы, выявило заполнение семенных канальцев белковыми массами и слущенными клетками. Кроме того, отмечено снижение зрелых клеток Лейдига, уменьшение в интерстициальной ткани макрофагов и лимфоцитов, имеется тенденция к замещению их фибропластами. В ткани выявлено утолщение базальных мембран клеток, незначительное нарушение сосудистой сети, отмечен очаговый фиброз. При морфологическом исследовании биоптатов (показатели тестостерона соответствовали серой зоне) выявлено снижение количества клеток Лейдига (зрелые и незрелые), умеренное снижение количества макрофагов и лимфоцитов и обнаружен очаговый умерен-





ный фиброз ткани. При сонографическом исследовании тестикул данной группы больных отмечались очаговые фиброзные изменения в паренхиме яичек.

При исследовании биоптатов яичек пациентов со стриктурами уретры и признаками андрогенной недостаточности (уровень тестостерона ниже 8 нмоль/л) отмечены диффузные склеротические изменения в паренхиме ткани или признаки гипотрофии яичек. Выявлено резкое снижение клеток Лейдига, рубцовая деформация интерстициальной ткани, воспалительная инфильтрация. Отмечалась деформация канальцев с нарушением типичного дольчатого строения яичка (рисунок 2).

Снижение или отсутствие у данного контингента больных в биоптатах яичек клеток Лейдига, выраженные признаки андрогенной недостаточности, снижение уровня тестостерона диктуют необходимость назначения этим больным патогенетической терапии. Существует два подхода к патогенетической терапии андрогенной недостаточ-

ности: проведение стимулирующей терапии, направленной на усиление синтеза эндогенного тестостерона, при сохраненной гормональной функции яичек, и проведение заместительной терапии экзогенными андрогенами у пациентов с отсутствием резервной функции тестикул.

Важным вопросом является выбор терапии, цель которой – стимуляция сперматогенеза и синтеза эндогенного тестостерона, в случае сохранения такой способности тестикулами, с поддержанием его уровня близким к нормальным показателям, что клинически проявляется уменьшением симптомов андрогенной недостаточности.

Исходя из этого, нами был сделан вывод, что пациентам с нарушениями либидо, обусловленными андрогенной недостаточностью на фоне травм и стриктур уретры, при сохранении резервных репродуктивных и гормональных возможностей тестикул, с уровнем тестостерона, соответствующим нижней границе нормативных показателей, необходимо проводить стимулирующую терапию, направленную на синтез эндогенного тестостерона. С этой целью были использованы сверхмалые дозы антител к эндотелиальной NO-синтетазе (Импаза).

28 пациентов с нормальным уровнем общего тестостерона или его уровнем, соответствующим нижней границе нормы, и сниженным либидо получали сверхмалые дозы антител к эндотелиальной NO-синтетазе сублингвально по 1 таблетке, частота приема – через день, длительность приема – 6 месяцев.

При терапии Импазой наступало прогрессирующее увеличение сексуального желания. Через 2 месяца после начала терапии у 15 (53,5%) пациентов отмечено увеличение либидо, через 4 месяца – повы-

шение сексуального желания у 21 (75%) пациента, через 6 месяцев – улучшение либидо регистрировали у 24 (85,7%) обследуемых.

Кроме того, у большинства обследуемых пациентов наблюдалось улучшение настроения – в 89,2% случаев, работоспособности – в 75,0% случаев.

Преимуществами сверхмалых доз антител к эндотелиальной NO-синтетазе (Импазы) являются: достаточная эффективность, возрастающая при длительном курсовом применении, отсутствие побочных эффектов, возможность сочетания с другими препаратами (8).

Кроме улучшения либидо у пациентов с травмой и стриктурой уретры, получавших Импазу, отмечено повышение концентрации тестостерона по сравнению с исходным уровнем.

Через 6 месяцев после перорального приема Импазы уровень сывороточного тестостерона увеличился на 3-4 единицы у 50,0% больных и практически у всех соответствовал > 12 нмоль/л.

ВЫВОДЫ

У пациентов с травмами и стриктурами уретры отмечается андрогенная недостаточность, наиболее выраженная у больных с длительным анамнезом стриктурной болезни, с хронической инфекцией мочевых путей и репродуктивных органов, которые имели неоднократные рецидивы после реконструктивных операций на уретре.

У большинства пациентов с андрогенной недостаточностью на фоне стриктурной болезни курсовая патогенетическая терапия сверхмалыми дозами антител к эндотелиальной NO-синтетазе (Импазой) приводит к повышению либидо и нормализации уровня сывороточного тестостерона. 

Список литературы:

1. Деваль А.В. Основные синдромы при эндокринных болезнях мужских половых желез. – Андрология и генитальная хирургия. 2001 г., № 2. С.22–26.
2. Кулаков В.И. Бесплодный брак. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 г. С. 616.
3. Коган М.И., Ибишев Х.С. Вторичный гипогонадизм у больных с повреждением мочеиспускательного канала. *Consilium medicum*. Том 9, № 4. – 2007.
4. Михайличенко В.В. Патогенез, диагностика и лечение возрастного андрогенного дефицита у мужчин. *Андрология и генитал. хирургия*. 2005; № 2. – С. 60.
5. Нишлаг Э., Бере Г.М. Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы. Пер. с англ., – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. С. 554.
6. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов, т. 2, – М.: Медицинская литература, 2000 г. С. 364.
7. Тараканов В.П. Осложненные стриктуры уретры: автореф. дис. д-ра мед. наук – Ростов н/Д., 1983. – С. 24.
8. Эпштейн О.И. Фармакология сверхмалых доз антител к экзогенным регуляторам функций / О.И. Эпштейн, М.Б. Штарк, А.М. Дыгай и др. – М.: Издательство РАМН, 2005. – С. 226.

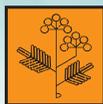
ЕСТЕСТВЕННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МУЖСКОЙ СИЛЫ

ИМПАЗА

P. № 000374/01-2001

**НОВЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

-  **восстанавливает и регулирует потенцию**
-  **содержит сверхмалые дозы антител к эндотелиальной NO-синтазе**
-  **обеспечивает своевременное и адекватное расширение сосудов половых органов в ответ на сексуальную стимуляцию**
-  **эффективен и безопасен во всех возрастных группах**
-  **повышает качество жизни**



**МАТЕРИА
МЕДИКА
ХОЛДИНГ**
Лицензия № 42/224/2002

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»,
Россия, 127473 г. Москва, 3-ий Самотечный пер., дом 9
Телефон/факс: (095) 684-4333
www.impaza.ru • E-mail: medicina@materiamedica.ru

А.В. ВИНОГРАДОВ,
победитель конкурса
молодых ученых
Второй Всероссийской
научно-практической
конференции
с международным
участием «Рациональная
фармакотерапия в
Урологии-2008»,
МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского

Медикаментозное лечение хронического простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) является частым заболеванием мужчин пожилого возраста. Известно, что гистологические признаки ДГП в возрастной группе 50-59 лет встречаются у 40% мужчин, в возрасте 60 лет и старше – более чем у 75%, а клинические проявления заболевания – у 20% и более чем у 35% соответственно (1, 2). То есть каждый третий мужчина старше 60 лет имеет симптомы ДГП. В свою очередь, хронический простатит – самое частое заболевание урологического профиля у мужчин до 50 лет и третье по частоте у лиц старше 50 лет.

Соответственно напрашивается вывод о том, что у мужчин старше 50 лет оба этих заболевания должны часто встречаться. Наиболее точным инструментом оценки этого предположения могут служить морфологические исследования ткани предстательной железы у данной категории мужчин. При анализе литературы 80-х годов прошлого столетия получены различные данные: М. Шаркер указывал на то, что сочетание этих заболеваний от-

мечено у 39,5% мужчин, в то время как Э.А. Зухинис выявил его у 90,3%. Промежуточные цифры приводили Б.У. Джарбусынов и А.Л. Шабад – 64% и 72% соответственно (3). В исследованиях же последних лет получены более однородные результаты. Так, Н.А. Лопаткин и Ю.В. Кудрявцев (1999 г.) при морфологическом исследовании ткани простаты у пациентов с ДГП отметили наличие гистологических признаков простатита различной степени активности в 96,7% случаев (1, 4), а М.Ф. Трапезникова и И.А. Казанцева (2005 г.) – практически в 100% случаев (5). Подобные результаты получил и А.А. Патрикеев (2004 г.) – 98,2% (6). Можно сделать вывод о том, что практически каждый пациент с ДГП имеет сопутствующее воспаление в простате.

Почему хроническое воспаление так часто сопутствует гиперплазии предстательной железы? Ведь известно, что секрет простаты не только стерилен, но и обладает бактерицидными свойствами. По данным Н.А. Лопаткина, причиной этого можно считать такие факторы, как венозный стаз, конгестия предстательной железы, компрессия протоков ацинусов

(4). В последнее время все большее значение придается уретропростатическому рефлюксу с развитием турбулентности тока мочи в задней уретре, возникающему за счет гиперактивности α -адренорецепторов. Сопутствующее воспаление предстательной железы провоцирует развитие такого грозного осложнения, как острая задержка мочеиспускания (ОЗМ), ухудшение имеющейся симптоматики заболевания, усугубляет вероятность развития интраоперационных и послеоперационных осложнений у пациентов, которым показано оперативное вмешательство, и, наконец, усиливает риск образования камней простаты.

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

В специализированной литературе имеются единичные работы, оценивающие роль сопутствующего воспалительного процесса в ткани предстательной железы у пациентов с данным осложнением ДГП (19, 20, 21).

Для оценки роли воспаления предстательной железы в возникновении ОЗМ у пациентов с ДГП в урологической клинике МОНИКИ было проведено морфологическое исследование биоптатов, взятых у 46 пациентов с выполненной трансуретральной резекцией простаты (ТУРП). Больные были разделены на 2 группы: в I группу (n = 23) вошли пациенты, которым было выполнено оперативное вмешательство по поводу ДГП в плановом порядке, II группу (n = 23) составили пациен-

α -адреноблокаторы и антибактериальные препараты (фторхинолоны) можно считать препаратами первой линии при лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом. Камирен (доксазозин) и Ципринол (ципрофлоксацин) обладают хорошей эффективностью и высокой безопасностью у данной категории пациентов.

ты, у которых показанием к ТУРП явилась ОЗМ. Группы были статистически однородны по возрасту и объему предстательной железы. Критериями оценки служило наличие гистологических признаков простатита, его активности и степени выраженности.

Гистологические признаки хронического простатита

Наличие в строме воспалительной инфильтрации, среди клеточных элементов которой преобладают лимфоциты, плазматические клетки с примесью макрофагов и ксантомных клеток, очаги поражения чередуются с участками неизменной ткани. Одновременно с выраженными дистрофическими и некробиотическими изменениями отмечается развитие грануляционной и рубцовой тканей.

Гистологические признаки активности хронического простатита:

- наличие альтеративно-экссудативных изменений в железах и строме простаты;
- увеличение количества сегментоядерных лейкоцитов, которые инфильтрируют ткань простаты и могут образовывать абсцессы;
- в просветах желез могут формироваться псевдоабсцессы;
- возникновение очагов молодой соединительной (грануляционной) ткани.

Степень активности воспалительного процесса:

- выраженная степень – воспалительные инфильтраты выявляются более чем в 50% резецированных фрагментах ткани, среди клеточных элементов преобладают сегментоядерные лейкоциты;
- умеренная – воспалительные инфильтраты в 20-50% фрагментах;
- легкая – примесь сегментоядерных лейкоцитов незначительная, отмечается менее чем в 20% фрагментов.

Признаки хронического простатита были выявлены у 100% пациентов. Активность процесса отмечена у пациентов I группы в 39,13±10,18% случаев, у пациентов II группы – в 52,17 ± 10,42% (p > 0,05) – разница была статистически недостоверна, однако выраженная степень актив-

Таблица 1. Распределение биоптатов по наличию и степени выраженности активного воспаления ткани предстательной железы

Степень выраженности	ДГП	ОЗМ
Легкая	2 (22,22 ± 13,86%)	1 (8,33 ± 7,98%)
Умеренная	6 (66,7 ± 15,71%)	3 (25,0 ± 12,5%)
Выраженная	1 (11,11 ± 10,48%)*	8 (66,7 ± 13,61%)*
Всего	9 (39,13 ± 10,18%)**	12 (52,17 ± 10,42%)**

Примечание: * – p < 0,05; ** – p > 0,05.

ности воспаления в I группе определялась лишь у 11,11 ± 10,48% пациентов, в то время как во II группе – у 66,7 ± 13,61% (p < 0,05) (таблица 1). Аналогичные данные были получены и Кеф А. et al. в 2004 году: гистологические признаки простатита выявлены у 55,6% пациентов с ОЗМ и у 36,6% – без ОЗМ (21).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что выраженный активный простатит играет важную роль в развитии ОЗМ при ДГП. Следовательно, выявление и лечение воспаления предстательной железы у пациентов с ДГП, по нашему мнению, необходимо не только с целью уменьшения симптоматики и улучшения качества жизни, но и с целью профилактики развития ОЗМ.

УХУЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

Сходство симптомов ДГП и простатита – обструктивных (затруднение акта мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, мочеиспускание вялой струей мочи) и ирритативных (учащенное мочеиспускание, ноктурия, императивные позывы), во многом обусловленное наличием большого количества α-адренорецепторов в шейке мочевого пузыря и простаты, обязывает проводить дифференциальную диагностику между этими заболеваниями. Зачастую выраженная симптоматика у пациента с большой предстательной железой практически полностью исчезает после проведенного антибактериального лечения, что свидетельствует, прежде всего, о том, что вызвана она была обострением сопутствующего хронического простатита. Для эффективного лечения необходимо определить, каким

заболеванием – ДГП или простатитом, вызвана клиническая картина у пожилого пациента. Поэтому проведение микроскопических (анализ секрета простаты) и микробиологических (посев секрета простаты или эякулята) исследований у пациентов с ДГП мы считаем обязательным.

Наиболее распространенным и изученным фторхинолоном является ципрофлоксацин. Чувствительность грамположительной микрофлоры, являющейся этиологическим возбудителем воспалительного процесса у пациентов с ДГП, по нашим данным, основанным на вышеописанных исследованиях, составляет 90,9-100%.

ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Сопутствующее ДГП воспаление ткани предстательной железы чревато развитием осложнений, связанных с выполнением оперативного лечения, что подтверждено многочисленными наблюдениями и исследованиями в нашей клинике. При выполнении аденомэктомии возможны технические сложности и повышенное кровотечение – при «вылушивании» железы из-за наличия спаек между уретрой и капсулой простаты. При выполнении ТУРП – возможное усиленное кровотечение из раневой поверхности из-за выраженного кровенаполнения предстательной железы (7). Послеоперационные осложнения заклю-

чаются, прежде всего, в усиленном рубцевании везико-уретрального сегмента, поскольку заживление раны при сопутствующем воспалительном процессе происходит с гиперпродукцией соединительной ткани. Так, по данным Ю.В. Олефира и соавт. (8), при проведении предоперационной подготовки пациентов с хроническим простатитом частота обструктивных осложнений после ТУРП (рубцовая деформация шейки мочевого пузыря, стриктура задней уретры, облитерация уретры) снижается с 13,8% до 5,3%. Другое послеоперационное осложнение – вторичное кровотечение, развивается в силу инфицирования остатков тканей и сгустков крови в ложе удаленной простаты. Это приводит к нагноению и лизису последних. Также из-за наличия очага инфекции в ложе удаленной простаты возможно возникновение эпидидимоорхита. Поэтому мы считаем, что в целях профилактики возможных интра- и послеоперационных осложнений, пациентам с ДГП необходимо проведение следующих мероприятий:

- выявление активного воспалительного процесса в простате, антибактериальная предоперационная подготовка;
- вазостомия с введением антибактериальных препаратов (первые 6 суток послеоперационного периода);
- назначение адекватной антибактериальной терапии в послеоперационном периоде.

КАМНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Камни простаты у мужчин старше 50 лет, по данным литературы, вы-

являются в 1-25% случаев (9). Причина их образования недостаточна ясна, но не вызывает споров тот факт, что конкременты поддерживают воспалительный процесс, равно как и наоборот, воспаление способствует образованию камней. Наличие у пациентов хронического калькулезного простатита усугубляет клиническое течение ДГП (выраженная дизурия, постоянный болевой симптом, плохо купирующийся медикаментозной терапией) и затрудняет его лечение (технические сложности при проведении оперативного вмешательства, противопоказание к термальным методам лечения, массажу простаты). Методами выбора лечения данного заболевания, по нашему мнению, является аденомэктомия и ТУРП под контролем трансректального ультразвукового исследования, позволяющего визуализировать местоположение конкрементов и более радикально провести оперативное вмешательство. Это уменьшает вероятность возникновения такого интраоперационного осложнения, как перфорация капсулы простаты (9). Профилактикой камнеобразования в предстательной железе является выявление в ней воспалительного процесса и его лечение. Очевидно, что необходимо не только проведение у пациентов с ДГП диагностических исследований, направленных на выявление сопутствующего простатита, но также, при наличии его обострения, проведение соответствующего рационального лечения. Рациональность медикаментозного лечения заключается в адекватной терапии, которая назначается исходя из природы

воспалительного процесса в гиперплазированной ткани простаты и особенностей патогенеза течения этих двух заболеваний.

Данные Европейской ассоциации урологов и ряда отечественных авторов говорят о том, что (10, 11, 12) частота бактериального простатита (II тип по классификации NIH, 1995 г.) среди всех типов простатита составляет 5-18,3%. Однако в наших исследованиях были получены другие результаты. Бактериальная природа воспалительного процесса в предстательной железе у ее гиперплазии встречается у подавляющего большинства пациентов – 67,4% (13), причем основным возбудителем является грамположительная флора (93,3% случаев), ведущая роль в которой принадлежит *Staphylococcus haemolyticus* – 60% случаев. Микрофлора наиболее чувствительна к фторхинолонам (в частности, чувствительность к ципрофлоксацину составляет 88,9%). С полученными данными согласуются и результаты многолетнего мониторинга пациентов с хроническим простатитом – по данным диссертационной работы М.В. Нестеровой (2002 г.) (14), у пациентов с бактериальным простатитом (n = 259) грамположительная флора высевается в 98% случаев.

Другие работы клиники (3, 15) непосредственно посвящены рассматриваемой теме. В 1996 г. проведено исследование, в котором с помощью клинко-лабораторных методов обследовано 49 пациентов с ДГП и простатитом. В посеве секрета простаты в 93,9% случаев выявлены грамположительные микроорганизмы в диагностически значимом титре. К ципрофлоксацину отмечена наивысшая чувствительность – в 100% случаев. В исследовании клиники, проведенном в 2002 г., выполнялся посев биоптатов простаты 20 пациентов с ДГП в возрасте от 58 до 75 лет без клинко-лабораторных признаков активного простатита. Трансперинеальная мультифокальная биопсия простаты выполнялась в связи с повышенными значениями ПСА крови. Были получены следующие

Наиболее предпочтительными антибактериальными препаратами являются фторхинолоны, эффективность которых соответствует критериям доказательной медицины. Фторхинолоны, разрешенные для клинического применения с начала 80-х годов прошлого века (II поколение), отличаются широким спектром антимикробного действия, высокой бактерицидной активностью и хорошей фармакокинетикой, что позволяет применять их для лечения инфекций различной локализации.

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, гипотезия, 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!



результаты: рост флоры отмечен в 80% случаев (монокультура – 40%, 2-4-компонентные ассоциации микроорганизмов – 40%). Диагностически значимый титр встречался в 28% случаев. Грамположительная флора присутствовала в 60,7% биоптатов, грамотрицательная – в 25,1%. Рост анаэробной флоры (*Peptococcus spp.*) отмечен в 14,2% случаях. Чувствительность грамположительной флоры к ципрофлоксацину составила 90,9%.

Говоря о результатах многолетних исследований и наблюдений, проводимых клиникой, можно утверждать, что простатит у пациентов с ДГП имеет бактериальную природу и вызывается в подавляющем большинстве случаев грамположительной флорой.

ЛЕЧЕНИЕ

Спектр применяемых медикаментозных средств и инструментальных методов в лечении хронического простатита достаточно широк. Среди них можно выделить антибактериальные препараты, α -адреноблокаторы, массаж простаты, нестероидные противовоспалительные препараты, а также анальгетики и физиотерапевтическое лечение (16, 17). Однако нет единых рекомендаций в плане лечения воспаления железы при ее доброкачественной гиперплазии. По нашему мнению, рациональным медикаментозным лечением при сочетании этих двух заболеваний является назначение α -адреноблокаторов и антибактериальных препаратов. Это обуслов-

лено наличием общих звеньев патогенеза простатита и ДГП, основную роль в котором играет постоянное раздражение α -адренорецепторов и химически поддерживающееся воспаление железы. То есть антибактериальные препараты и α -адреноблокаторы имеют несомненный приоритет в консервативном лечении пациентов с ДГП и хроническим простатитом. Наиболее предпочтительными антибактериальными препаратами являются фторхинолоны, эффективность которых соответствует критериям доказательной медицины. Фторхинолоны, разрешенные для клинического применения с начала 80-х годов прошлого века (II поколение), отличаются широким спектром антимикробного действия, высокой бактерицидной активностью и хорошей фармакокинетикой, что позволяет применять их для лечения инфекций различной локализации. Известна их высокая тропность к тканям мочевой системы, в том числе – к ткани простаты. Наиболее распространенным и изученным фторхинолоном является ципрофлоксацин. Чувствительность грамположительной микрофлоры, являющейся этиологическим возбудителем воспалительного процесса у пациентов с ДГП, по нашим данным, основанным на вышеописанных исследованиях, составляет 90,9-100%.

Эффективность различных селективных α -адреноблокаторов в настоящее время признана практически одинаковой как в лечении ДГП, так и в лечении хронического про-

статита. Поэтому выбор конкретного препарата зависит от личных предпочтений уролога и экономических факторов.

С учетом вышесказанного, с ноября 2005 г. в урологической клинике МОНКИ для лечения ряда пациентов с ДГП и сопутствующим простатитом применяются препараты Ципринол (ципрофлоксацин) и Камирен (доксазозин) фирмы KRKA (Словения). Показаниями к назначению данных лекарственных средств являются:

- амбулаторное лечение простатита у пациентов с ДГП;
- предоперационная подготовка и послеоперационная антибактериальная терапия у пациентов после ТУРП.

В первом случае назначается комбинация препаратов Ципринол по 500 мг 2 раза в сутки и Камирен по 2-4 мг/сутки (после предварительного титрования дозы). Длительность лечения Ципринолом составляет от 2-х недель до 1 месяца. Минимальный срок приема Камирена – 1 месяц в дозе 2 мг/сутки. Помимо этих двух препаратов в курс лечения входят зубиотики и Флюконазол. По данной схеме пролечено более 60 пациентов. Обязательными методами обследования до и после лечения являлись микроскопия и посев секрета простаты.

Пациентам, поступившим в клинику на оперативное лечение, во время предоперационной подготовки, при выявлении признаков обострения простатита назначался Ципринол в дозировке 1000 мг/сутки. Посев секрета предстательной железы не выполнялся в связи с недостатком времени на проведение полноценного микробиологического исследования, а выбор данного антибактериального препарата обусловлен его эффективностью в лечении воспаления простаты при ее гиперплазии и широким спектром действия. Послеоперационная антибактериальная терапия Ципринолом проводилась после ТУРП с целью профилактики возможных послеоперационных воспалительных осложнений. Всего в

По нашему мнению, рациональным медикаментозным лечением при сочетании ДГП и хронического простатита является назначение α -адреноблокаторов и антибактериальных препаратов. Это обусловлено наличием общих звеньев патогенеза простатита и ДГП, основную роль в котором играет постоянное раздражение α -адренорецепторов и химически поддерживающееся воспаление железы. То есть антибактериальные препараты и α -адреноблокаторы имеют несомненный приоритет в консервативном лечении пациентов с ДГП и хроническим простатитом.

стационаре по данной схеме пролечено более 86 пациентов.

При наблюдении за больными, применявшими данную терапию, отмечена высокая клиническая эффективность этих препаратов, заключающаяся в уменьшении выраженности симптоматики у амбулаторных пациентов: уменьшение суммарного балла симптоматики по шкале IPSS на 44%, снижение дизурических явлений у 45% и снижение частоты ноктурии у 25% пациентов. Q_{max} увеличилось в среднем на 20%, количество остаточной мочи снизилось на 65%, также было отмечено уменьшение количества лейкоцитов в секрете простаты и титра микроорганизмов, по данным лабораторных исследований, у 76% пациентов. Можно отметить такие положительные качества препаратов, как удобство приема и невысокая стоимость. У пациентов, получавших Ципринол в стационаре, отмечена высокая эффективность терапии, сравнимая с терапией парентеральными препаратами, обычно применяемыми у данной

категории больных (цефалоспорины II и III поколений).

Выраженных осложнений при приеме Камирена не отмечалось ни в одном случае, а побочные эффекты (головокружение, слабость) были единичны, быстро проходили и не требовали отмены препарата – их частота составила 6,6% от всей группы наблюдавшихся больных. Подобные результаты, по нашему мнению, обусловлены жестким соблюдением «правила титрования». Рациональный курс лечения (терапевтические дозировки, небольшая длительность терапии) и применение препаратов, позволяющих уменьшить действие лекарства на флору кишечника, во многом определили отсутствие осложнений при приеме Ципринола.

ВЫВОДЫ

Хронический простатит встречается у подавляющего большинства пациентов с ДГП. Морфологические признаки воспаления имеют у 97-100% пациентов, при этом

активность процесса определяется у 39-52%.

Пациентам с ДГП в обязательном порядке необходимо проведение обследований, направленных на выявление сопутствующего воспаления простаты (микроскопическое исследование секрета простаты и микробиологическое исследование секрета простаты или эякулята).

Основная этиологическая роль в возникновении простатита при ДГП принадлежит грамположительной флоре, при этом ее чувствительность к ципрофлоксацину составляет 90,9-100%.

α -адреноблокаторы и антибактериальные препараты (фторхинолоны) можно считать препаратами первой линии при лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом. Камирен (доксазонин) и Ципринол (ципрофлоксацин) обладают хорошей эффективностью и высокой безопасностью у данной категории пациентов. 

Список литературы:

- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Лопаткина Н.А. – М. – 1999. С. 216.
- Горилковский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. – М. – 1999. С.120.
- Аль-Сури Ахмад Диагностика и лечение хронического простатита при доброкачественной гиперплазии простаты. Диссертация на соискание ... канд. мед. наук. Москва, 1996. С. 95.
- Руководство по урологии. Под ред. Лопаткина Н.А., т. 3, С. 670.
- Трапезникова М.Ф., Казанцева И.А., Базаев В.В. и др. Патогенез и профилактика острой задержки мочи у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Альманах клинической медицины, том XI, Актуальные вопросы экстренной хирургии. – Москва, 2006 г. С.-141-144.
- Патрикеев А.А., Дюсюбаев А.В. Диагностика хронического простатита у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 144-145.
- Базаев В.В. Пути улучшения результатов лечения больных аденомой предстательной железы (доброкачественной гиперплазией простаты). Автореферат диссертации на соискание канд. мед. наук. Москва, 1992 г. С. 24.
- Олефир Ю.В., Дадашев Э.О., Касакин А.В. Воспалительный компонент инфравезикальной обструкции при доброкачественной гиперплазии простаты. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 142.
- Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Уренков С.Б. Трансуретральная резекция под трансректальным ультразвуковым контролем у больных доброкачественной гиперплазией простаты, осложненной хроническим калькулезным простатитом. Пособие для врачей. – Москва, 2002 г. С. 8.
- Коган М.И., Сизякин Д.В., Сакулов С.В. и др. Анализ структуры и подходы к терапии хронического простатита. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. / Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 64-65.
- Пушкарь Д.Ю. Лечение хронического бактериального простатита. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 289-314.
- Urinary and mail genital tract infections. – EAU Guidelines. – 2006 edition.
- Трапезникова М.Ф., А.П. Морозов, Дутов В.В. и др. Открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности селективного альфа-адреноблокатора Сетегис (теразозин) в лечении больных хроническим бактериальным простатитом. Урология № 2, 2007 г. С. 33-37.
- Нестерова М.В. Микробиологические аспекты хронического бактериального простатита. Автореферат диссертации на соискание канд. мед. наук. // Москва, 2002 г. С. 22.
- Трапезникова М.Ф., Савицкая К.И., Нестерова М.В., Уренков С.Б. Анализ возбудителей хронического бактериального простатита, выделенных из биоптатов предстательной железы. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. / Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 367-368.
- J.C. Nickel/Urology. – 1999. – V. 54. – № 2. – P. 229-283.
- Пушкарь Д.Ю. Лечение хронического бактериального простатита. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – Саратов, 8-10 июня 2004 г. Стр. 289-314.
- Перепанова Т.С. «Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы с позиций доказательной медицины и фармакоэкономики». www.consilium medicum.ru/media/consilium/01_07/316.shtml.
- Taube M. et al., 1989 Trial without catheter following acute retention of urine// Br.J. Urol.- 1989.-Feb; 63(2): 180-2
- Thomas K., Chow K., Kirby R. Acute Urinary Retention: a review of the aetiology and management. // Prostate Cancer and Prostatic Diseases – 2004. – Vol. 7. – №. 1 – P. 32-37.
- Kefi A., Koseoglu H., Celebi I. et al. Relation of high PSA accompanying acute urinary retention with prostatitis. – Abstracts from the XIXth Congress of the EAU. March, 24-27, 2004. Vienna, Austria. P.144.

А.А. СМОРЧКОВ,
И.В. КНЯЗЬКИН,
П.Н. ЗЕЗЮЛИН,
Г.И. ГУРКО,
Центр простатологии
РАЕН, Санкт-Петербург

Доброкачественная гиперплазия простаты – новые аспекты терапии

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мочеполовой сферы у мужчин пожилого возраста. В 60-летнем возрасте ДГПЖ встречается более чем у половины мужчин, а после 80 лет – уже у 80-90%. Методом лечения пациентов с умеренно выраженными симптомами расстройств мочеиспускания, а также тех, кому оперативное лечение противопоказано и представляет высокую степень риска в связи с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, является медикаментозная терапия.

Основываясь на результатах новейших исследований патогенеза заболевания и механизмах действия лекарственных препаратов, можно сделать вывод, что медикаментозная терапия занимает важное место в лечении пациентов, страдающих ДГПЖ. На различных моделях *in-vitro* и *in-vivo* было доказано возникающее под действием индол-3-карбинола угнетение активности андрогеновых (1, 2) и

эстрогеновых рецепторов (3, 4), играющих важную роль в патогенезе ДГПЖ. Также неоднократно отмечалось, что молекулы индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата обладают способностью ингибировать пролиферативные каскады, запускаемые ростовыми факторами и цитокинами (5, 6, 7), что приводит к торможению процессов гиперплазии предстательной железы. Индол-3-карбинол в чистом виде и стандартизированный экстракт катехинов зеленого чая содержатся в препарате Индигал, выпускаемом фармацевтической фирмой ЗАО «МираксБиоФарма». Индигал – средство нового поколения, в основе которого лежит комплексное воздействие на широкий спектр биологических процессов. Кроме блокирования андроген- и эстрогензависимого путей активации пролиферации, препарат ингибирует гормон-независимую пролиферацию, индуцирует апоптоз трансформированных клеток, снижает уровень сосудистого фактора роста и активность его рецептора. Индигал на клеточном уровне воздействует на процессы, приводящие

к ДГПЖ, таким образом, предотвращая развитие заболевания на разной стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Центре простатологии РАЕН под наблюдением находилось 35 пациентов, страдающих ДГПЖ, которым проводилась консервативная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы препаратом Индигал. Распределение по стадиям было следующим: у 22 больных – 1 стадия, у 13 больных – 2 стадия ДГПЖ. У всех пациентов имелись в той или иной мере выраженные симптомы заболевания. Критериями включения в исследование были: сумма баллов по шкале I-PSS > 8, показатель индекса качества жизни QOL > 3, максимальная скорость потока мочи $Q_{\max} < 15$ мл/сек, объем выделенной мочи > 120 мл. Критерии исключения: наличие абсолютных показаний к хирургическому лечению ДГПЖ, наличие сахарного диабета, диабетической нейропатии, карциномы предстательной железы, присутствие в анамнезе травм или любых хирургических вмешательств в области таза, пациенты, которые во время исследования нуждаются в операции на нижних мочевых путях (за исключением единичной катетеризации), подозрение на рак предстательной железы, камни и дивертикулы мочевого пузыря, симптомы инфекции мочевых путей или хронический простатит в фазе обострения, хроническая почечная недостаточность, воз-

Кроме блокирования андроген- и эстрогензависимого путей активации пролиферации, Индигал ингибирует гормон-независимую пролиферацию, индуцирует апоптоз трансформированных клеток, снижает уровень сосудистого фактора роста и активность его рецептора. Индигал на клеточном уровне воздействует на процессы, приводящие к ДГПЖ, таким образом, предотвращая развитие заболевания на разных стадиях.

Таблица 1. Динамика средних субъективных параметров мочеиспускания

	I-PSS			QOL		
	До лечения (n=35)	4 неделя лечения (n=35)	12 неделя лечения (n=35)	До лечения (n=35)	4 неделя лечения (n=35)	12 неделя лечения (n=35)
До лечения (n=35)	18,5	100%		4,76	100%	
4 неделя лечения (n=35)	15,7	84,9%	-15,1%	4,03	84,66%	-15,34%
12 неделя лечения (n=35)	12,3	67%	-33%	3,2	67,3%	-32,7%

можная дисфункция мочевого пузыря нейрогенного происхождения, наличие стриктуры уретры или склероза шейки мочевого пузыря в анамнезе. Средний возраст пациентов составил $65,56 \pm 6,72$ лет. Средние показатели оценки субъективных симптомов и индекса качества жизни до начала лечения составили: I-PSS – $18,5 \pm 6,8$ баллов, QOL – $4,76 \pm 0,93$ баллов. Средний показатель максимальной объемной скорости мочеиспускания составил 13 мл/сек ($8,9$ мл/сек – $15,0$ мл/сек). Показатель средней скорости потока мочи Q_{cp} до начала лечения составил $9,08$ мл/сек.

По количеству остаточной мочи в мочевом пузыре (УЗИ) больные были разделены на 2 группы. В первой группе ($V_{res} < 100$ мл), у 24 пациентов, среднее значение V_{res} составило $59,4 \pm 25,08$ мл. Во второй

Таблица 2. Динамика максимальной скорости мочеиспускания (Q_{max})*

Q_{max} до лечения (мл/сек), (n = 35)	13
Q_{max} после 12 недель лечения (мл/сек), (n = 35)	14,7
Изменение Q_{max} (мл/сек)	+ 1,7 (+13%)
«*» – $p < 0,05$	

Таблица 3. Динамика средней скорости потока мочи (Q_{cp})*

Q_{cp} до лечения (мл/сек), (n = 35)	9,08
Q_{cp} после 12 недель лечения (мл/сек), (n = 35)	11,2
Изменение Q_{cp} (мл/сек)	+ 2,12 (+23%)
«*» – $p < 0,05$	

группе ($V_{res} > 100$ мл), у 11 пациентов, среднее значение V_{res} составило $124,73$ мл \pm 34,5.

Исследуемый препарат назначался по 2 капсулы 2 раза в день. Длительность наблюдения – 12

недель с момента начала исследования. Для оценки эффективности действия Индигала пациенты не получали других препаратов во время исследования. Всем больным до начала лечения, через 4 и 12 недель лечения проводили оценку субъективных симптомов по опроснику I-PSS с определением индекса качества жизни QOL, физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование, ультразвуковое исследование предстательной железы при помощи трансабдоминального датчика с определением объема простаты, количества остаточной мочи, а также урофлоуметрию с определением Q_{max} , Q_{cp} . Также выполнялись общие анализы мочи, крови, определялся уровень креатинина, мочевины, общего билирубина, АлТ, АсТ глюкозы, протромбиновый индекс.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 35 пациентов, страдающих ДГПЖ. Полный курс лечения на момент написания работы завершили все пациенты. Через 4 недели после

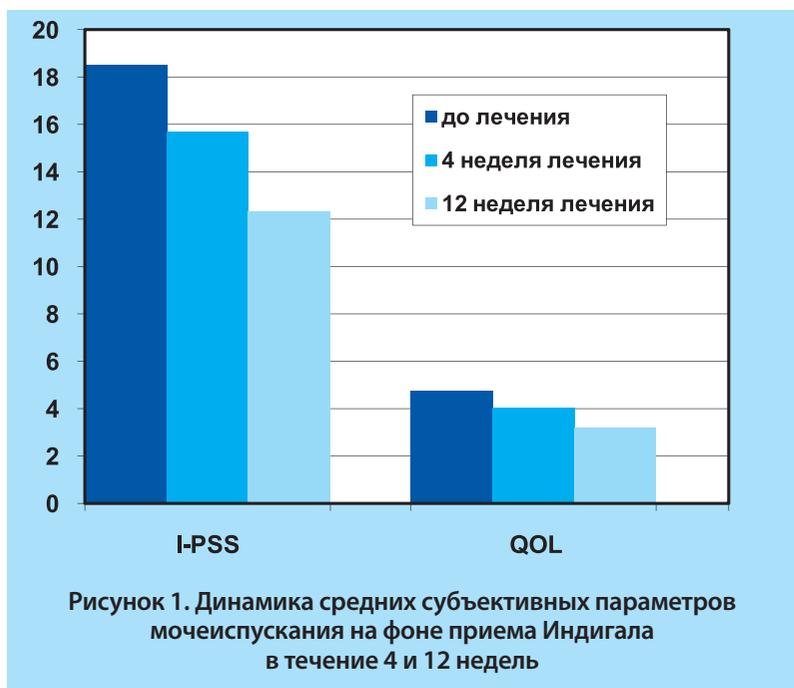


Таблица 4. Средние показатели объема остаточной мочи у пациентов (Vres)

Группа 1 (исхVres<100 мл), n = 24			Группа 2 (исхVres≥100 мл), n = 11		
До лечения	4 недели*	12 недель*	До лечения	4 недели*	12 недель*
59,4 ± 25 мл	51 мл	45 мл	124 ± 34,5 мл	112 мл	98 мл

«*» – p>0,05



◆ Динамика максимальной скорости мочеиспускания (Q_{max})
 ▲ Динамика средней скорости потока мочи (Q_{cp})

Рисунок 2. Динамика максимальной скорости мочеиспускания и средней скорости потока мочи на фоне приема Индигала в течение 12 недель. Изменения параметров мочеиспускания являются статистически значимыми (p < 0,05).

начала лечения средние показатели составили: IPSS – 15,07 ± 4,91 баллов (-18,54%), QOL – 4,03 ± 1,1 баллов (-15,33%). Через 12 недель лечения (n = 35) средние показатели составили: I-PSS – 12,3 ± 4,7 баллов (- 33%), QOL – 3,2 ± 1,45 баллов (-32,7%) (рисунок 1). Максимальная объемная ско-

рость потока мочи оказалась равна 14,7 мл/сек, средняя объемная скорость мочеиспускания Q_{cp} = 11 мл/сек. Таким образом, средние показатели I-PSS через 4 недели лечения уменьшились на 18,54% (с 18,5 до 15,07 баллов), а через 12 недель уменьшились на 33% (до 12,3 баллов) по сравнению с исходными данными. Динамика субъективных параметров мочеиспускания представлена в таблице 1.

Прирост максимальной скорости мочеиспускания через 12 недель после начала лечения составил 13% (рисунок 2). Динамика среднего показателя Q_{max} представлена в таблице 2.

Прирост средней скорости мочеиспускания через 12 недель лечения составил 23% (рисунок 2). Динамика средней скорости потока мочи Q_{cp} представлена в таблице 3.

Изменение объема остаточной мочи у пациентов отражено в таблице 4.

В предыдущих исследованиях отмечена прекрасная переносимость препарата Индигал, редкие побочные явления были представлены преимущественно легкими расстройствами со стороны желудочно-кишечного тракта, которые, как правило, не приводили к необходимости отмены лечения. Так и в нашем исследовании большинством больных препарат

переносился хорошо, нежелательные явления были отмечены у 2 пациентов. Один пациент отмечал возникновение дискомфорта в эпигастральной области после приема препарата. Легкий зуд спустя 1 неделю приема наблюдался у 1 пациента (связь явления с приемом препарата возможна). Выраженность явлений была слабой, то есть все они достаточно удовлетворительно переносились. Все нежелательные явления проходили самостоятельно и не требовали отмены препарата.

ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о том, что на фоне терапии Индигалом происходит уменьшение выраженности субъективных симптомов заболевания, уменьшение объема остаточной мочи, увеличение максимальной и средней скорости мочеиспускания, а также улучшение качества жизни пациентов. Индигал был эффективен у большинства исследуемых больных, было зарегистрировано улучшение всех параметров акта мочеиспускания. Препарат хорошо переносился больными, побочные эффекты наблюдались в 5,7% случаев, все явления были слабо выражены, не потребовали отмены препарата и исчезли самостоятельно.

Список литературы:

- Hsu J.C., Zhang J., Dev A., Wing A., Bjeldanes L.F., Firestone G.L. Indole-3-carbinol inhibition of androgen receptor expression and down regulation of androgen responsiveness in human prostate cancer cells. *Carcinogenesis*, 2005, 26, 1896-1904.
- Le H.T., Schaldach C.M., Bjeldanes L.F. Plant-derived 3,3'-Diindolylmethane Is a Strong Androgen Antagonist in Human Prostate Cancer Cells. *J. Biol. Chem.*, 2003, 278, 21136-21145.
- Meng Q., Yuan F., Goldberg I.D., Rosen E.M., Auburn K., Fan S. Indole-3-carbinole is a negative regulator of estrogen receptor-alpha signaling in human tumor cells. *J. Nutr.* 130: 2927-2931.
- Auborn K.J., Fan S., Rosen E.M., Goodwin L., Chandraskaren A., Williams D.E., Chen D., Carter T.H. Indole-3-carbinol is a negative regulator of estrogen. *J Nutr.*, 2003 Jul; 133 (7 Suppl): 2470S-2475S.
- Chinni S.R., Sarkar F.H. Akt inactivation is a key event in indole-3-carbinol-induced apoptosis in PC-3 cells. *Clin. Cancer Res.*, 2002, 8, 1228-123.
- Vayalil P.K., Katiyar S.K. Treatment of epigallocatechin-3-gallate inhibits matrix metalloproteinases-2 and -9 via inhibition of activation of mitogen-activated protein kinases, c-jun and NF-kappaB in human prostate carcinoma DU-145 cells. *Prostate*, 2004 Apr 1; 59 (1) : 33-42.
- Adhami V.M., Malik A., Zaman N., Sarfaraz S., Siddiqui I.A., Syed D.N., Afaq F., Pasha F.S., Saleem M., Mukhtar H. Combined inhibitory effects of green tea polyphenols and selective cyclooxygenase-2 inhibitors on the growth of human prostate cancer cells both in vitro and in vivo. *Clin Cancer Res.*, 2007 Mar 1; 13 (5) : 1611-9.

Капсулы №30 по 400 мг
Капсулы №120 по 400 мг



Индигал®

индол-3-карбинол
эпигаллокатехин-3-галлат

**Блокирует гормон-зависимые и
гормон-независимые пролиферативные
процессы в предстательной железе**

↓ ↓
ДГПЖ ПИН



**Не вызывает нарушений половой функции,
а также увеличения и болезненности
грудных желез у мужчин**

Не является лекарственным средством.

Свидетельство о государственной регистрации
№77.99.23.3.У.1533.3.07 от 09.03.2007

Телефон горячей линии 8 800 555 05 03

Закрытое акционерное общество
«МираксФарма»

121059 Москва, ул. Брянская, д. 5
Тел/факс: 8 (495) 721 20 58

www.mirax-pharma.ru
www.indigal.ru
E-mail: ph-m@mirax-pharma.ru



Т.С. ПЕРЕПАНОВА,
д.м.н.,
НИИ урологии
Росмедтехнологий,
Москва

Диагностическая значимость анализа мочи и тест-полосок

Анализ мочи является фундаментальным тестом и должен быть произведен у каждого больного с урологическим заболеванием (1). Анализ мочи дает наилучшие ориентиры для выявления поражений собственно мочеполовой системы и включает микроскопическое исследование осадка, оценку его качественного состава (наличие белка, глюкозы, кетонов, крови, нитритов, лейкоцитарной эстеразы) и определение pH мочи.

Концентрацию растворенных веществ измеряют либо по удельному весу мочи, либо осмометрически (по осмоляльности) (2). Для общего анализа следует брать утреннюю порцию мочи (3). Предварительно проводится тщательный туалет наружных половых органов. У мужчин среднюю порцию струи мочи на исследование получить легко. При необрезанной крайней плоти мужчина должен отодвинуть ее, помыть головку полового члена, лучше используя антисептический раствор, и продолжать оттягивать кожу крайней плоти при мочеиспускании. Мужчина начинает мочиться в унитаз, затем, подставив стерильный контейнер с широким горлышком под струю мочи, собирает ее среднюю порцию. Это позволяет избежать контаминации образца мочи с кожными и уретральными микроорганизмами. У мужчин с хронической инфекцией мочевых путей берут 4-стаканную пробу. Эти порции обозначают: первая порция – моча из мочевого пузыря (VB1), моча из мочевого пузыря

(VB2), секрет предстательной железы после ее массажа (EPS) и моча из мочевого пузыря (VB3). VB1 – это первые 5-10 мл струи мочи, VB2 – это средняя порция струи мочи, VB3 – это 2-3 мл мочи после получения секрета простаты после ее массажа. Ценность этого исследования в том, что оно позволяет ориентировочно определить локализацию инфекционного процесса: VB1 – отражает уретральную флору, VB2 – микрофлору мочевого пузыря, а EPS и VB3 – флору предстательной железы. Анализ мочи VB3 особенно ценен в тех случаях, когда не удается получить секрет простаты после ее массажа. Эта порция мочи особенно полезна при дифференциальной диагностике хронического бактериального простатита.

У женщин получить неконтаминированный анализ средней порции мочи труднее. Женщины должны предварительно помыть наружные половые органы, отодвинуть половые губы во время сбора мочи. У женщин на исследование берут среднюю порцию струи мочи при самостоятельном мочеиспускании и лишь в исключительных случаях прибегают к катетеризации мочевого пузыря.

Чтобы предотвратить попадание примесей из мочеиспускательного канала в редких случаях мочу берут путем надлобковой пункции мочевого пузыря.

У новорожденных и младенцев для получения порции мочи для анализа размещают стерильный пластиковый мочесборник с прилипающим воротником вокруг детских половых органов. Очевидно,

что такие приспособления не могут помочь в распознавании контаминации от истинной мочевой инфекции. Когда же все образцы мочи исследованы в течение 1 часа после сбора и при наличии показаний – производится посев на культуру микроорганизмов и определение чувствительности к антибиотикам. Если моча остается при комнатной температуре в течение длительного времени, может начаться рост микроорганизмов, изменение pH мочи, дезинтеграция лейкоцитов и эритроцитов. Если нет возможности быстро провести анализ мочи, необходимо сохранить образцы в холодильнике при температуре 5°C в течение суток.

Относительная плотность мочи меняется в течение суток и зависит от питьевого режима (в норме от 1005 мл до 1025 мл), поэтому определения плотности в разовой порции мочи недостаточно, так как на этот показатель оказывают влияние примеси белка или сахара.

ФИЗИКАЛЬНЫЙ ОСМОТР МОЧИ

При физикальном исследовании мочи оценивают цвет, мутность, удельный вес, осмоляльность и pH.

Нормальный светло-желтый цвет мочи обусловлен присутствием пигмента урохрома. Цвет мочи значительно варьирует из-за его концентрации. Большинство продуктов питания, медикаменты, продукты метаболизма и инфекция мочевых путей также могут изменять цвет мочи. Это очень важный момент, т.к. большинство пациентов впервые обращаются к врачу из-за изменения цвета мочи. Общие при-

чины изменения цвета мочи приведены в таблице.

МУТНОСТЬ

Свежевыпущенная моча должна быть прозрачной. Мутная моча обычно бывает при фосфатурии, когда избыточное количество кристаллов фосфатов осаждаются в щелочной моче. Фосфатурия бывает интермиттирующей и обычно появляется после еды или приема большого количества молока. Пациенты не предъявляют других жалоб. Диагноз фосфатурии может быть подтвержден при подкислении мочи уксусной кислотой, что сопровождается немедленным ее очищением, или при микроскопии осадка мочи, когда обнаруживают большое число кристаллов аморфных фосфатов (5). Пиурия, связанная с инфекцией мочевых путей, может быть еще одной причиной мутности мочи. Из-за большого числа лейкоцитов и гноя моча становится мутной. Пиурию можно отличить от фосфатурии путем ощущения острого запаха или при микроскопии осадка мочи при наличии большого числа лейкоцитов (6). В редких случаях мутность мочи связана с хилурией (вследствие аномальных связей между лимфатической системой и мочевыми путями лимфа перемешивается с мочой), липидурией, гипероксалурией и гиперурикозурией (7).

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС И ОСМОЛЯЛЬНОСТЬ

Удельный вес и осмоляльность легко определить при помощи тест-полосок – обычно вариации от 1,001 до 1,035. Удельный вес отражает состояние гидратации пациента, но также меняется в зависимости от функции почек, количества растворенных в моче метаболитов и примесей и других причин. При удельном весе ниже 1,008 мочу расценивают как разведенную, а выше 1,020 – как концентрированную. В целом удельный вес отражает состояние гидратации, но также и концентрационную способность почек. Состояния, которые уменьшают удельный вес мочи: повышенный прием жидкости; диуретики; уменьшение кон-

центрационной способности почек и диабетическое повреждение. Состояния, увеличивающие удельный вес мочи: уменьшение водного режима; дегидратация вследствие лихорадки, потоотделения, рвоты, диареи; диабетическая нефропатия (глюкозурия) и несоответствующая выработка антидиуретического гормона. Специфическое повышение удельного веса мочи до 1,035 также встречается после внутривенного введения йодированного рентгеноконтрастного вещества и после введения декстрана.

Осмоляльность – это количество различных веществ, растворенных в моче. Значение осмоляльности обычно варьирует между 50 и 1200 мОсм/л. Гидратация и все те причины, что влияют на удельный вес, также оказывают влияние и на осмоляльность мочи. Осмоляльность мочи – лучший индикатор функции почек, но она не может быть измерена при помощи тест-полосок и должна определяться стандартными лабораторными методами.

рН МОЧИ

рН мочи можно измерить при помощи тест-полосок, содержащих 2 цветовых индикатора: метил красный и бромтимол голубой, которые точно распознают цвета в пределах рН от 5 до 9. рН мочи варьирует от 4,5 до 8, средние значения – между 5,5 и 6,5. Значение рН от 4,5 до 5,5 отражает кислую реакцию, в то время как значение от 6,5 до 8 – щелочную реакцию мочи. В целом, рН мочи отражает рН сыворотки крови. У пациентов с метаболическим и респираторным ацидозом моча обычно кислая, тогда как у пациентов с метаболическим и респираторным алкалозом – щелочная. Почечный тубулярный ацидоз (ПТА) представляет исключение из правил. У пациентов с I и II типами ПТА рН сыворотки – кислая, но мочи – щелочная из-за продолжающейся потери бикарбоната. При сильном метаболическом ацидозе при II типе ПТА реакция мочи становится кислой, но при II типе ПТА моча всегда щелочная, даже при сильно выраженном ацидозе (1). Определение рН

Таблица. Общие причины изменения цвета мочи (4)	
Бледная, бесцветная	Очень разбавленная моча
	Гипергидратация
Мутная/молочная	Фосфатурия
	Пиурия
	Хилурия
Красная	Гематурия
	Гемоглинурия/миоглинурия
	Антроцианин в свекле и черной смородине
	Хроническое отравление свинцом и ртутью
	Фенолфталеин (в отделяемом кишечника)
	Фенотиазины
	Рифампин
Оранжевый	Дегидратация
	Феназопирдин
	Сульфасалазин
Желтая	Нормальная
	Фенацетин
	Рибофлавин
Зелено-голубая	Биливердин
	Индиканурия (метаболиты триптофана)
	Амитриптиллин
	Индигокармин
	Метилен блю
	Циметидин
	IV прометазин
	Резорцинол
	Триамтерин
	Уробилиноген
Порфирия	
Коричневая	Алоэ, фасоль, ревеня
	Хлорохин и примахин
	Фуразолидон
	Метронидазол
	Нитрофурантоин
	Алкаптонурия
Темно-коричневый	Кровотечение
	Melanin
	Tyrosinosis (hydroxyphenylpyruvic acid)
	Cascara, senna (laxatives)
	Methocarbamol (Robaxin)
	Methyldopa (Aldomet)
	Sorbitol

мочи также имеет значение в диагностике инфекции мочевых путей (ИМП) и мочекаменной болезни. При щелочной реакции мочи с рН выше 7,5 у пациентов с ИМП можно предположить наличие уреазопродуцирующих микроорганизмов, чаще всего – протейную инфекцию. Уреазопродуцирующие микроорганизмы расщепляют аммиак на ионы, что ведет к повышению рН мочи и преципитации кристаллов солей. ➡

Кислое значение pH мочи обычно связано с мочекислым диатезом и цистиновым уrolитиазом. Алкализация мочи является важным фактором терапии этих состояний. Мониторирование pH мочи является необходимым для достижения адекватной терапии.

ТЕСТ-ПОЛОСКИ

Использование тест-полосок для исследования химического состава мочи является быстрым и недорогим методом. Тест-полоски представляют собой короткие пластиковые отрезки с небольшим маркером, импрегнированным различными химическими реагентами, которые, вступая в реакцию с аномальными примесями в моче, меняют свой цвет. Аномальными примесями в моче, которые можно определить с помощью тест-полосок, могут быть кровь, белок, глюкоза, кетоны, уробилиноген и билирубин, лейкоциты.

Вещества (таблица 1), меняющие цвет мочи, могут вмешиваться в соответствующее окрашивание полоски. Так, например, *Phenazopyridine* окрашивает мочу в ярко-оранжевый цвет и делает невозможным использование тест-полосок для анализа. Для получения точного результата область реагента на тест-полоске нужно полностью поместить в свежую порцию неотцентрифугированной мочи и сразу же извлечь, во избежание растворения реагента. Для удаления излишка мочи необходимо провести краем полоски по горлышку контейнера. Полоску надо держать в горизонтальном положении и после определенного времени сравнить с картой цветов. При вертикальном положении тест-полоски возможно перемешивание реагентов и, как следствие, получение ложного результата. Ложноположительные результаты при

определении глюкозы и билирубина могут быть в случае избыточной концентрации аскорбиновой кислоты в моче, однако она не мешает тесту на гематурию. Резко щелочная моча может дать ложно низкие данные по удельному весу и ложноположительные результаты на белок. Другими часто встречающимися причинами ложных результатов могут быть использование просроченных тест-полосок или их неправильная экспозиция в моче. На поврежденных тест-полосках изменение цвета реагента может произойти еще до погружения их в мочу.

ГЕМАТУРИЯ

В норме концентрация эритроцитов в моче может быть менее трех в поле зрения. Реагент измерительной полоски чувствителен к свободному гемоглобину и миоглобину. Свободный гемоглобин и миоглобин в моче абсорбируются реагентом и вызывают изменение цвета всего поля. Интактные эритроциты в моче подвергаются гемолизу, затем они контактируют с реагентом тест-полоски, и свободный гемоглобин вызывает изменение цвета в виде пятен. Чем больше эритроцитов, тем больше пятен, их сливание появляется при концентрации 250 эритроцитов в 1 мл.

При микроскопии осадка мочи можно отличить гематурию от гемоглобинурии или миоглобинурии. При отсутствии эритроцитов производят исследование сыворотки крови на гемоглобин или миоглобинурию. Чувствительность тест-полосок для гематурии при определении трех и более эритроцитов в поле зрения при микроскопии осадка мочи равна 90%. Соответственно, специфичность полосок для гематурии по сравнению с микроскопией гораздо ниже, что

обуславливает высокий процент их ложноположительных ответов (1). Ложноположительный результат на гематурию может быть обусловлен примесями крови в моче при менструации, а также дегидратацией с высоким удельным весом мочи. У больных с асимптоматической гематурией при исследовании тест-полосками результат необходимо подтвердить микроскопическими исследованиями центрифугированного осадка мочи.

ПРОТЕИНУРИЯ

Хотя здоровый человек в день с мочой выделяет от 80 до 150 мг белка, качественное определение протеинурии может помочь в диагностике имеющегося заболевания. Протеинурия может быть первым признаком реноваскулярного, гломерулярного или тубулоинтерстициального заболевания почек или отражать такие состояния как множественные миеломы. Протеинурия также может возникнуть вследствие непечечных нарушений, например после сильной физической нагрузки. Концентрация белка в моче зависит от состояния гидратации, но редко превышает 20 мг/дл. В норме белок мочи состоит на 30% из альбумина, 30% – сывороточного глобулина и 40% – тканевых протеинов, большинство которых представлено белком *Tamm-Horsfall*. Это соотношение может изменяться при различных повреждениях гломерулярной фильтрации, канальцевой реабсорбции или экскреции.

Метод тест-полосок чувствителен уже к 5-20 мг % альбумина – преобладающего белка при большинстве болезней почек, но менее чувствителен к глобулинам и мукопротеинам и может дать отрицательный результат в присутствии белков Бенс-Джонса (выделяемых с мочой при миеломной болезни и родственных ей лимфопролиферативных поражениях) (2).

Главные причины протеинурии следующие:

- повышенная концентрация нормальных или патологических белков в плазме крови (преренальная гиперпротеинемическая протеинурия, например при ми-

Нормальный светло-желтый цвет мочи обусловлен присутствием пигмента урохрома. Цвет мочи значительно варьирует из-за его концентрации. Большинство продуктов питания, медикаменты, продукты метаболизма и инфекция мочевых путей также могут изменять цвет мочи. Это очень важный момент, т.к. большинство пациентов впервые обращаются к врачу из-за изменения цвета мочи.

ломоноцитарном миелолейкозе или протеинурия Бенс-Джонса при меломной болезни);

- увеличение канальцевой секреции белков;
- снижение канальцевой реабсорбции белков, профильтровавшихся в нормальном количестве;
- увеличение количества фильтрующихся белков, связанное с изменением проницаемости клубочковых капилляров.

У большинства взрослых пациентов протеинурия впервые выявляется как «изолированная находка» при обычном обследовании. В этих случаях пациент выглядит здоровым и не обнаруживает никаких признаков системной или почечной болезни. Описаны различные качественные типы протеинурии, хотя корреляция их с прогнозом недостаточно ясна. Если у больного протеинурия сохраняется при повторных исследованиях и в лежачем состоянии, и при спокойной ходьбе, то она характеризуется как постоянная. Протеинурия, обнаруживаемая только при положении больного стоя, характеризует как ортостатическая.

Гломерулярная протеинурия является наиболее частым типом протеинурии, встречается при любых первичных гломерулярных заболеваниях: IgA-нефропатия и гломеруллопатия, связанная с такими системными заболеваниями, как сахарный диабет. Гломерулярные заболевания почек необходимо предположить при превышении экскреции белка свыше 1 г за 24 часа с мочой и поставить предположительный диагноз при экскреции протеина свыше 3 г в сутки.

Тубулярная протеинурия возникает в результате нарушения реабсорбции нормально фильтрующихся протеинов с низким молекулярным весом, таких, как иммуноглобулины. При тубулярной протеинурии потеря белка редко превышает 2-3 г в сутки и в основном – протеинов низкого молекулярного веса. Протеинурия часто связана с дефектами функции проксимальных канальцев и ассоциируется с глюкозурией, аминокацидурией, фосфатурией и урикурией (синдром Фанкони).

Протеинурия, связанная с избытком белка встречается при отсутствии какой-либо болезни почек и может быть следствием повышенной концентрации аномальных иммуноглобулинов или других низкомолекулярных протеинов в плазме.

Количественное определение протеинурии возможно при помощи тест-полосок, импрегнированных краской *Tetrabromophenol* голубой. Минимальная концентрация белка, которую можно определить этим методом, – 20-30 мг/дл. Ложно отрицательные результаты могут возникнуть вследствие щелочной реакции мочи, разведенной мочи, или если присутствующий в моче белок не является альбумином. Более чувствительным методом определения протеина в моче (ниже 15 мг/дл) является его преципитация сильной кислотой, такой как, 3%-ная сульфосалициловая кислота. Если при качественном тестировании обнаружена протеинурия, дальнейшую оценку производят количественным методом, с порцией мочи, собранной за 24 часа. Электрофорез протеинов поможет в дифференцировании гломерулярной и тубулярной протеинурий. При гломерулярной протеинурии альбумин составляет около 70% всего белка, в то время как при тубулярной протеинурии большинство экскретируемого белка составляют иммуноглобулины и лишь 10-20% – альбумин.

При экскреции протеина в количестве 300-2000 мг в день, качественный состав которого в основном – низкомолекулярные глобулины, анализ необходимо производить с помощью иммуноэлектрофореза. Он поможет определить нормальные (тубулярная протеинурия) и аномальные белки. Дальнейшее исследование должно быть направлено на определение специфических аномальных белков.

ГЛЮКОЗУРИЯ

Определение глюкозы в моче имеет значение для скрининга пациентов с сахарным диабетом. В норме почти вся глюкоза фильтруется через гломерулы и реабсорбируется

через проксимальные канальцы. Хотя очень малое количество глюкозы может в норме выделяться с мочой, это количество клинически незначимо и ниже уровня, который можно определить с помощью тест-полосок. Однако если количество фильтруемой глюкозы превышает объем канальцевой реабсорбции, глюкоза может экскретироваться с мочой, и тогда ее можно обнаружить с помощью тест-полосок. Превышение уровня этого, так называемого, почечного порога (180 мг/дл) сывороточной глюкозы можно определить в моче.

Пиурия, связанная с инфекцией мочевых путей, может быть еще одной причиной мутности мочи. Из-за большого числа лейкоцитов и гноя моча становится мутной. Пиурию можно отличить от фосфатурии путем ощущения острого запаха или при микроскопии осадка мочи при наличии большого числа лейкоцитов. В редких случаях мутность мочи связана с хилурией (вследствие аномальных связей между лимфатической системой и мочевыми путями лимфа перемешивается с мочой), липидурией, гипероксалурией и гиперурикозурией.

Определение глюкозы с помощью тест-полосок основано на двойной продолжающейся энзиматической реакции, дающей колориметрические изменения. В первой реакции глюкоза мочи реагирует на полоске с глюкозоксидазой с образованием глюконовой кислоты и гидроген пероксидазы. Во второй реакции гидроген пероксидаза реагирует с пероксидазой, вызывая окисление хромогена, что вызывает изменение цвета полоски. Эта двойная окислительная реакция является специфической для глюкозы и не имеет перекрестной реакции с другими сахарами. Тест-полоски становятся менее чувствительными при увеличении удельного веса мочи и температуры.

КЕТОНУРИЯ

В большинстве случаев кетонурия неспецифична – с мочой выводятся все три соединения

(β-оксимасляная кислота, ацетоуксусная кислота и ацетон). Реагент измерительной полоски значительно более чувствителен к ацетоуксусной кислоте, чем к ацетону и не взаимодействует с гидроксимасляной кислотой. Поэтому тест, выявляющий хотя бы одно из них, как правило, достаточен для постановки диагноза кетонурия. Кетонурия служит признаком, помогающим выяснению причин метаболического ацидоза. Она имеет место при голодании, некомпенсированном сахарном диабете и иногда – при алкогольной интоксикации. Этот симптом неспецифичен для заболеваний собственно мочевой системы.

НИТРИТУРИЯ

Нитритурию выявляют при помощи тест-полоски. В моче нитраты (пищевого происхождения) превращаются в нитриты под воздействием некоторых бактерий. В присутствии нитритов возникает розовое окрашивание. В норме нитриты не выявляются. При значительной бактериурии тест бывает положительным в 80% случаев, если моча находилась в мочевом пузыре не менее 4 часов. Положительный тест на нитриты служит надежным показателем выраженной бактериурии. Однако отрицательный результат никогда ее не исключает. Возможно несколько причин отрицательного результата при наличии бактериурии:

- 1) недостаточное время инкубации в мочевом пузыре для превращения нитратов в нитриты;
- 2) выделение с мочой малого количества нитратов;
- 3) отсутствие у некоторых возбудителей мочевой инфекции ферментов для превращения нитратов в нитриты;

4) полное восстановление нитратов до азота под действием бактериальных ферментов(2).

Лейкоцитарная эстераза – фермент, содержащийся в азурофильных (первичных) нейтрофильных гранулах, – вызывает голубое окрашивание реактива, нанесенного на полоску фильтровальной бумаги. Этот тест на лейкоциты служит заменителем теста на бактериурию, он фактически выявляет любое воспаление из любого источника, но чаще всего – вызванного бактериями. Ложно отрицательные результаты могут быть обусловлены очень высокой концентрацией мочи, гликозурией и присутствием уробилиногена, феназопиридина, нитрофурантоина, рифампина и больших количеств витамина С.

БИЛИРУБИН И УРОБИЛИНОГЕН

В норме моча не содержит билирубин, лишь небольшое количество уробилиногена. Наличие связанного билирубина в анализе свидетельствует о заболеваниях печени или обструкции желчных протоков. Непрямой билирубин с высоким молекулярным весом связывается в сыворотке крови с альбумином. Его нерастворимость в воде обуславливает невозможность его обнаружения в моче, даже при патологических состояниях. Уробилиноген является конечным продуктом метаболизма связанного билирубина. Связанный билирубин проходит через желчные пути, где под действием кишечных бактерий метаболизируется в уробилиноген. В норме около 50% уробилиногена выделяется со стулом и 50% реабсорбируется в эндопеченочной циркуляции. Небольшое количество абсорби-

рованного уробилиногена, около 1-4 мг в день, выделяется с мочой. Гепатоцеллюлярные заболевания и гемолиз могут увеличивать выделение уробилиногена с мочой. Снижение уровня уробилиногена в моче может быть связано с обструкцией желчных протоков или антибактериальным лечением, которые, меняя микробную флору кишечника, способствуют конверсии связанного билирубина в уробилиноген. При таких состояниях уровень связанного билирубина в сыворотке крови повышается. Для определения билирубина и уробилиногена используют разные реагенты на тест-полосках и другие методы, но основным способом является реакция связывания с солью *diazonium*, что вызывает колориметрическую реакцию. Ложно положительные результаты могут возникать в присутствии аскорбиновой кислоты, которая увеличивает чувствительность к билирубину.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСАДКА МОЧИ

В норме моча содержит небольшое количество клеток и других форменных элементов. Корпускулярные элементы можно выделять и концентрировать, пропуская мочу под давлением через мембранный фильтр. Микроскопическое исследование осадка мочи с фильтра требует особых методов окрашивания, но обеспечивает документальной информацией. Чаще 10-15 мл порции свежей мочи центрифугируют 5 минут при малой скорости (1500-3000 об./мин) и надосадочную жидкость сливают. Осадок, остающийся на дне центрифужной пробирки, рассматривают на предметном стекле. Микроскопию мочевого осадка проводят при малом (100) и большом (400) увеличении. При малом увеличении тщательно изучают всю поверхность. Особое внимание необходимо уделять рассмотрению края покровного стекла, где концентрируются клетки. При этом виде микроскопии идентифицируют лейкоциты, эритроциты, цилиндры, кристаллы, макрофаги, паразиты (*Trichomonas vaginalis* и *Schistosoma hematobium*).

Использование тест-полосок для исследования химического состава мочи является быстрым и недорогим методом. Тест-полоски представляют собой короткие пластиковые отрезки с небольшим маркером, импрегнированным различными химическими реагентами, которые, вступая в реакцию с аномальными примесями в моче, меняют свой цвет. Аномальными примесями в моче, которые можно определить с помощью тест-полосок могут быть кровь, белок, глюкоза, кетоны, уробилиноген и билирубин, лейкоциты.

При большом увеличении распознают типы эритроцитов, кристаллов, идентифицируют бактерии и грибы. У женщин в моче возможно обнаружение клеток полового тракта. У здоровых мужчин редко находят более одного лейкоцита, эритроцита или эпителиальной клетки (при большом увеличении) в поле зрения (т.е. более 1000 кл./мл), а у здоровых женщин – более 4-5 лейкоцитов. Больше количество должно насторожить и навести на предположение о заболевании мочевой системы. Повышенное количество эритроцитов может указывать на инфекции, опухоль, камни или воспаление в любом участке почек или мочевыводящих путях. Однако если структура более 75% эритроцитов нарушена (широкий диапазон морфологических изменений, часто – с потерей гемоглобина) или средний объем эритроцита, измеренный с помощью автоматического анализатора клеток, меньше 50 мкм³, гематурия, вероятно, почечная. Если же эритроциты с нарушенной структурой составляют менее 17% или средний объем эритроцита больше 50 мкм³, тогда имеет место гематурия непочечного происхождения. Повышенное число лейкоцитов может указывать на начало инфекционного процесса или иное воспалительное поражение. У больных с клиническими симптомами наличие более 10 лейкоцитов/мкл, скорее всего свидетельствует о значительной бактериурии. Присутствие бактерий в образце свежей, неотцентрифугированной мочи обычно сочетается с результатами ее бактериального посева (более 10⁵ КОЕ/мл) и позволяет заподозрить инфекцию, а не контаминацию. Могут также обнаруживаться кристаллы различных солей (оксалатов, фосфатов, уратов) или лекарств (например, сульфаниламидов), когда их концентрации превышают пределы растворимости.

Цилиндры (цилиндрические массы мукопротеинов, в которых задерживаются клеточные элементы, белки или капельки жира) в моче осадке наиболее важны для дифференцирования первичного поражения почек от болезни нижних отделов мочевого тракта. Эритроцитарные цилиндры фактически патогномоничны для гломерулонефрита. Наличие лейкоцитарных цилиндров позволяет практически предположить пиелонефрит, однако они специфичны только для тубулоинтерстициального воспаления, хотя могут встречаться и при эксудативной стадии пролиферативного гломерулонефрита. Редкие бактериальные цилиндры патогномоничны для бактериального пиелонефрита. Клетки с жировыми включениями встречаются при разных типах тубулоинтерстициального поражения, однако большое количество таких клеток и жировых цилиндров позволяет с высокой степенью вероятности предположить нефротический синдром. И, наконец, наличие восковидных и широких цилиндров, формирующихся в самых дистальных частях нефрона, указывает на обширное, диффузное поражение с расширением канальцев сохранившихся нефронов и поэтому характерно для поздних стадий почечной недостаточности.

Эпителиальные клетки часто обнаруживают в осадке мочи. Чешуйчатый эпителий часто обнаруживают в моче у женщин из нижних отделов уретры, треугольника и влагалища. Клетки переходного эпителия могут быть из остального мочевого тракта. Клетки почечных канальцев встречаются не так часто, но их наличие всегда указывает на патологический процесс в почке.

Идентификация кристаллов в моче имеет особенное значение для пациентов с мочекаменной болезнью. Хотя другие типы кристаллов могут быть и в норме в моче, идентификация цистинных

кристаллов поможет поставить диагноз – цистинурия. Кристаллы, преципитирующие в кислой моче, содержат кальций оксалат, мочевую кислоту и цистин. Кристаллы, образующиеся в щелочной моче – кальций фосфат и струвитные кристаллы.

МИКРООРГАНИЗМЫ В МОЧЕ

В норме моча не содержит бактерии. Их обнаружение указывает на инфекцию мочевых путей (ИМП) или асимптоматическую бактериурию. Каждая бактерия при микроскопии на большом увеличении (400) означает бактериальное число более чем 20.000/мл. Таким образом, 5 бактерий при увеличении 400 отражает микробное число свыше 100.000/мл. Это стандартная концентрация, применяемая для диагностики ИМП. Этот уровень приемлем только для женщин, у которых чисто собранная моча часто контаминируется. У мужчин при обнаружении любого количества бактерий при правильно собранном анализе средней порции мочи необходимо провести дальнейшее бактериологическое исследование мочи.

Грибы, найденные в моче в большинстве своем являются *Candida albicans*. Форма грибов может быть спутана с эритроцитами и кристаллами оксалата кальция. Грибы распознают по их характерным отросткам и почкованию. Они часто обнаруживаются в моче у больных сахарным диабетом или при контаминации с вагинальным кандидозом. *Trichomonas vaginalis* является частой причиной вагинита у женщин и иногда – уретрита у мужчин. Трихомонады распознаются при малом увеличении.

Таким образом, анализ мочи является обязательным тестом для диагностики урологических, нефрологических, а также – для многих желудочно-кишечных заболеваний, болезней крови, системных заболеваний. 

Список литературы:

1. Campbell-Walsh. Urology, Saunders, 9th ed. 2007.
2. Беркоу Р.Р., Флетчер Э. Руководство по медицине. Диагностика и терапия. – Т. 2, // – М.: «Мир», – 1997. С.87
3. Лопаткина Н.А. Урология: 2-е изд.// – М.: «Медицина». – 1982. С. 30
4. Hanno P.M., Wein A.J. A Clinical Manual of Urology. Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts, 1987, 67.
5. Тареев Е.М., Сумароков А.В. Учебное пособие по клиническим лабораторным методам исследования // – М.: «Медицина» – 1975. С.169-207.
6. Пытель А.Я. Руководство по клинической урологии// – М.: «Медицина» – 1969. С.143-150.
7. The little black book of urology / Pamela Ellsworth and Anthony Caldameone – 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers, Inc, 2007, s 276.

Вагиф АТДУЕВ: «Будущее – за

С Вагифом Ахмедовичем Атдуевым – д.м.н., профессором, главным специалистом по урологии Приволжского окружного медицинского Центра, главным урологом Нижегородской области о перспективах развития урологической помощи в Нижегородской области беседует региональный корреспондент журнала «Эффективная фармакотерапия в урологии» Елена Никитина.

Вагиф Ахмедович, расскажите, пожалуйста, о своем пути в медицине.

Я закончил в 1993 году Нижегородский медицинский институт. Начинал с общей хирургии, защитил кандидатскую диссертацию. Урологией занимаюсь с 1998 года. В 2002 г. защитил докторскую диссертацию. В настоящее время являюсь профессором кафедры хирургии факультета обучения иностранных студентов Нижегородской медицинской академии, преподаю урологию.

Как вы оцениваете динамику развития урологической службы в Нижнем Новгороде?

С конца 90-х годов прошлого века, как и во всей России, наблюдается бурное развитие урологии в Нижнем Новгороде: практикуются новые виды операций, новые технологии лечения онкоурологических заболеваний, мочекаменной болезни. По объему и виду оказываемой урологической помощи мы не отстаем от общемировых тенденций. В настоящее время в нашем центре хирургическая помощь оказывается в соответствии с европейскими стандартами. Это касается и диагностики, и непосредственно лечения, поэтому можно сказать, что мы идем в ногу со временем. Что касается уровня сложности оперативных вмешательств, то он неуклонно повышается, операции технически совершенствуются. Наша цель – перевести



сложные операции в разряд рутинных, выполняемых регулярно. Действительно, такие операции, как удаление мочевого пузыря, предстательной железы выполнялись и раньше, но при этом часто сопровождалась тяжелыми осложнениями, а сегодня – это стандартные операции, технически отработанные и, соответственно, имеющие более благоприятный исход. Конечно, результат лечения определяется лекарственным обеспечением. Но, к сожалению, в этом вопросе мы отстаем от общемировых тенденций, и прежде всего это касается онкологических заболеваний. Фармакология сейчас развивается стремительно. Появляются новые эффективные лекарства, мы о них знаем, но пока они придут в Россию, пока будут зарегистрированы – будет потеряно много времени, а вре-

мя в случае онкологических заболеваний – решающий фактор.

Как Вы оцениваете уровень квалификации российских врачей?

У меня двойственное отношение к этому вопросу. С одной стороны, в России очень много опытных специалистов, с хорошими знаниями, умелыми руками. Но, с другой стороны, мы отстаем по количеству операций, выполняемых с применением малоинвазивных технологий. К счастью, мы не стоим на месте, и сегодня подобные операции уже выполняются, в том числе и в регионах. Они пока не поставлены на поток, но уровень оперативного лечения поднимается, операции совершенствуются, при этом результаты не хуже, чем за рубежом. Что же касается знаний о том, как делать, как лечить, то тут

органосохраняющими операциями»

наши специалисты не уступают зарубежным коллегам.

Вы главный специалист по урологии Приволжского окружного медицинского центра. Расскажите, пожалуйста, в чем состояла идея создания этого Центра, какова его структура, каким образом он финансируется?

Идея создания этого центра, можно сказать, святая, поскольку мы оказываем жителям Приволжского района высокотехнологичную, финансовую медицинскую помощь. И лечим мы по федеральным квотам. На одну квоту по урологическому заболеванию отводится около 80 тыс. рублей. Пациент не тратит деньги ни на обследование, ни на само лечение, включая лекарства, – все это происходит за счет федерального бюджета. К высокотехнологичным операциям относятся радикальные цистэктомия и простатэктомия, сложные реконструктивные операции на мочевыводящих путях, дробление камней почек и многие другие. А в условиях городских больниц такие операции не осилить, можно провести одну-две за счет средств ОМС или других источников финансирования, но лекарства, обследования будут оплачиваться пациентом, а это деньги немалые и не у каждого они есть. Благодаря такому источнику финансирования в Нижнем Новгороде стало возможным проведение операций по пересадке органов. Например, сейчас на одну операцию по пересадке почки требуется около 500 тысяч рублей. Городские больницы такими средствами не располагают. Между тем при таком заболевании, как хроническая почечная недостаточность – это единственный метод действенного лечения. В России же в основном применяется гемодиализ, да и с ним большие проблемы – дорогостоящая процедура, мало больниц располагает данными

аппаратами, да и потом, это всего лишь паллиативное лечение. Или, к примеру, цистэктомия с пластикой мочевого пузыря, с созданием искусственного мочевого пузыря. Это очень дорогостоящая операция, на нее требуется не менее 100 тысяч рублей.

Кто является вашими пациентами?

Это жители Нижнего Новгорода, Нижегородской области, субъектов Приволжского федерального округа – Мордовии, Чувашии и т. д. Попастъ к нам довольно просто, достаточно приехать с направлением, и если пациент попадает в категорию оказания высокотехнологичной оперативной помощи, то он ее получит.

Вагиф Ахмедович, есть ли какие-то новшества, возможно, авторские методики оперативного лечения?

Сегодня мы располагаем самым большим в регионе опытом проведения органосохраняющих операций при опухолях почки. Вообще, работа в данном направлении ведется уже давно, в частности, моя докторская диссертация была посвящена этой проблеме. Суть операции в том, что при раке почки возможно удалить не весь орган, а только его часть, пораженную опухолью. Нами выполнено более двухсот подобных операций. Конечно, успешность такого вида оперативного лечения определяется многими факторами: стадией опухолевого процесса, возрастом пациента, наличием сопутствующих заболеваний, функциональным состоянием другой почки. Совокупность всех этих факторов при условии успешно выполненной операции в итоге определяет прогноз. Есть у нас и своя авторская методика, получен патент. Другой пример – удаление мочевого пузыря при раке, с формированием нового мочевого пузыря из кишечни-

ка. И эта операция была нами модифицирована и запатентована. В нашем Центре довольно часто выполняется радикальная простатэктомия при раке предстательной железы. Эта операция – новая для России. Центр обладает большим опытом лечения мочекаменной болезни. Проводится дистанционное и контактное дробление камней, эндоскопическое удаление камней любой локализации – в почке, на любом уровне мочевыводящих путей. Что касается онкоурологии, то это – специализация нашего центра. Помимо урологических коек мы располагаем 30 онкоурологическими койками. Конечно, на первый взгляд, этого мало, но если учитывать, что в нашей области до этого вообще не было ни одной, то это неплохо. А проблема эта более чем актуальна, поскольку уровень онкоурологических заболеваний растет. Наблюдается ежегодный прирост рака простаты, причем это не только российская, но и общемировая тенденция – в Америке, Западной Европе рак простаты выходит на первое место среди онкологических заболеваний. С чем это связано – неизвестно.

Нижегородская область эндемична по какому-либо заболеванию?

Да, по мочекаменной болезни и раку мочевого пузыря. Эти заболевания имеют прямую связь с экологическими проблемами – качеством воды, воздуха.

Вагиф Ахмедович, вернемся к вопросу об органосберегающих операциях. Каким опытом вы располагаете и насколько он успешен?

С 1998 года мы выполняем органосберегающие операции при раке почки и ни в одном случае не пожалели об этом. Такое пристальное внимание к подобным операциям не случайно. Удалить почку – значит обречь человека



на инвалидность, снизить качество его жизни. Конечно, это порой необходимо для сохранения самой жизни. Для выбора именно органосберегающего лечения необходимо четко учитывать все показания и противопоказания. Если диагностирована I стадия опухолевого поражения и при этом пациент достаточно сохранен, то надо сохранить почку. У нас самый большой опыт в регионе по операциям на единственной почке, пораженной опухолевым процессом, накоплен опыт оперативного лечения при одновременном поражении двух почек. Будущее – за подобными органосберегающими операциями, поскольку при соблюдении всех показаний, противопоказаний, при условии правильного выполнения они не только сохраняют жизнь, но и позволяют человеку вести прежний образ жизни, работать, проявлять социальную активность. Если говорить о качестве выполнения таких операций, то оно на очень высоком уровне.

Каков объем оперативных вмешательств, выполняемых в вашем Центре?

Раньше, лет пять назад, мы выполняли 300 операций в год, а сейчас эта цифра приближается к двум тысячам. В настоящее время оперативная активность увеличилась в 5 раз. Это данные только по нашему Центру. Кроме того, возрос уровень сложности операций, снизилась летальность в послеоперационном периоде.

Не так давно в Нижнем Новгороде стали проводить операции по пересадке органов. Каковы успехи сегодня в этой области?

Нижний Новгород и именно наша больница стали еще одним центром трансплантологии, и это вполне закономерно. Мы оснащены технически, наши специалисты имеют соответствующую квалификацию. А сама потребность в развитии такого рода лечения колоссальная, ведь при ряде заболеваний – это единственный шанс выздороветь. Хроническая почечная недостаточность – очень тяжелое, прогрессирующее заболевание. Ранее единственным методом лечения был гемодиализ, но при этом страдало качество жизни, ведь пациент, по сути, привязан к аппарату, а учитывая, что это очень дорогостоящая процедура и проводится она, как правило, только в крупных областных больницах, то порой пациенты из районов фактически были вынуждены жить при больнице. А при терминальной стадии почечной недостаточности только пересадка почки может помочь, других вариантов нет. Поэтому трансплантология должна развиваться не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в регионах. Сегодня мы занимаемся родственной трансплантацией, когда донорами являются кровные родственники. За два года мы уже выполнили одиннадцать таких операций – это небольшой показатель, но и здесь мы целиком зависим от федерального

бюджета. Пока мы были обеспечены только на такое количество операций. Поэтому, чтобы не быть связанными федеральными деньгами, необходимо развивать трансплантологию на местном уровне, должна быть своя программа, именно по Нижегородской области. Но финансовая обеспеченность не решает всех проблем, должна быть прежде всего, законодательная база, которая сегодня недостаточно совершенна. Операции по пересадке почки мы начали проводить два года назад. Все операции прошли успешно, прооперированные пациенты находятся под нашим наблюдением, поэтому можем говорить, что данную операцию мы освоили. Теперь необходимо совершенствовать это направление, расширять спектр подобных операций. Что касается донорства, то, конечно, лучше, если это будет родственник. Это обуславливает меньший процент осложнений в послеоперационном периоде, более благоприятный прогноз. Но, с другой стороны, родственная трансплантация не покрывает всех потребностей – при проведении подобных операций необходимо использовать трупные органы и ткани. Одна из наших первоочередных задач – это создание центра донорских органов. Также мы с удовольствием делимся своим опытом. В 2006 году нами была проведена конференция, которая вызвала большой интерес у многих врачей. Она прошла очень успешно, с большой пользой для всех. Поэтому мы решили продолжить традицию и в мае проведем вторую Международную научно-практическую конференцию хирургов и урологов, посвященную высоким технологиям в медицине. В ней будут принимать участие ведущие специалисты нашей страны и зарубежные коллеги. Подобные конференции очень востребованы, ведь хирургия – это практическая наука, и обмен опытом имеет очень большое значение. 



Кабинет литотрипсии Приволжского окружного медицинского Центра



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»

M+R МЕДИ Экспо



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

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

II ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ»

7-8 февраля 2008 г. в Доме ученых РАН состоялась II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии-2008». Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения и социального развития РФ, НИИ урологии Росмедтехнологий и Российское общество урологов. В работе конференции приняли участие свыше 700 делегатов из 41 города России, а также из Украины (Киев), Белоруссии (Минск) и Казахстана (Астана). В выставочной экспозиции участвовали более 29 отечественных и иностранных фармацевтических фирм.



7 ФЕВРАЛЯ

В первый день конференции с докладом «Принципы ведения больных с инфекцией мочевых путей в амбулаторных условиях» выступила д.м.н., заведующая отделом воспалительных заболеваний НИИ урологии Росмедтехнологий **Т.С. Перепанова**. В своем докладе она отразила проблему ведения больных с инфекцией мочевых

путей в амбулаторных условиях. В докладе были приведены данные российских и международных исследований о резистентности возбудителей неосложненных инфекционных заболеваний мочевых путей, в частности – кишечной палочки, являющейся в 75% случаев причиной инфекционного заболевания мочевых путей. При осложненных ИМП наряду с кишечной палочкой возрастает этиологическая значимость фекального энтерококка, синегнойной палочки, клебсиелл, протейной инфекции и других. В России отмечается высокий уровень резистентности штаммов кишечной палочки к ко-тримоксазолу, ампициллину – поэтому эти антибиотики не рекомендуются к эмпирическому применению. Процент резистентных штаммов к нитроксалину и невиврамону, пипемидиевой кислоте превышает пороговые значения, поэтому они также не рекомендованы для терапии НИМП. Учитывая быстрый рецидив цистита после лечения цефалоспоридами, они также не рекомендуются к широкому применению. В настоящее время низкий уровень резистентности отмечен к фосфомицину трометамолу (Мону-

рал), нитрофуранам (Фурагин, Фурамаг), фторхинолонам (Нолицин). Длительность терапии НИМП: для Монурала – одна доза в количестве 3 г, для Нолицина – 400 мг 2 раза в день/3 суток, для Фурамага – по 50-100 мг 3 раза в день/5 дней. При осложненной ИМП необходимо ориентироваться на данные бактериологических исследований мочи у конкретного пациента. В условиях часто рецидивирующей ИМП рекомендован длительный прием антибактериальных препаратов в субингибирующих дозах – Нолицина по 200 мг на ночь в течение 6 месяцев, Монурала по 3 г каждые 10 дней в течение 3 месяцев или Фурамага (Фурагина) по 50 мг на ночь – 6 месяцев. При фармакоэпидемиологическом исследовании Москвы выявлено, что в амбулаторной практике неосложненные и осложненные формы ИМП встречаются одинаково часто – 37,6% и 38,8% соответственно. Бактериологические исследования мочи, секрета простаты у этих пациентов проводятся всего у 16%, в то время как 92% пациентам назначают антимикробные препараты без предварительных анализов. Рациональный выбор антимикробных препа-



Н.А. Лопаткин, академик РАН и РАМН,
председатель Российского общества урологов

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ В УРОЛОГИИ-2008»

На открытии конференции делегаты приветствовали Президиум в составе: председателя Российского общества урологов академика РАМН Н.А. Лопаткина; директора НИИ урологии Росмедтехнологий профессора О.И. Аполихина; президента Международного общества по химиотерапии (ICS), президента Европейского общества инфекций в урологии (ESIU) профессора Курта Набера (Германия); президента Азиатского общества инфекции в урологии, вице-президента ICS Тетсуо Матсумото (Япония); вице-президента Азиатского общества инфекции в урологии Янг Хун Чо (Южная Корея). Приветственное письмо от заместителя министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубова прочитал начальник отдела Департамента развития медицинской помощи и курортного дела МЗ СР РФ А.А. Мартынов.

ратов для лечения амбулаторных ИМП в Москве отмечен только в 52,5% случаев. Основной ошибкой является назначение препаратов, к которым имеется высокий уровень устойчивости возбудителей (18,3%). В конце доклада были приведены основные принципы ведения больных с ИМП: лечить каждый эпизод инфекции, применять эффективные антимикробные препараты, ориентируясь на уровень резистентности возбудителей мочевой инфекции в

регионе и у конкретного пациента, соблюдать рекомендуемый режим дозирования.

Доклад **Курта Набера** был посвящен госпитальной инфекции мочевых путей (ГИМП). Докладчик отметил причины и факторы, способствующие развитию ГИМП, привел интересные примеры из клинической практики – осложнения пиелонефрита уросепсисом. Основным фактором риска развития ГИМП является уретральный



Курт Набер, профессор,
президент Европейского общества инфекций в урологии

катетер, который быстро контаминируется госпитальными возбудителями инфекции, формируя биопленки – скопления микроорганизмов различных семейств и ро-



дов. Длительность катетеризации и обструкции, предшествующие ИМП, мочекаменная болезнь, госпитализации в предшествующие 6 месяцев являются факторами риска развития ГИМП. Как показали результаты международного исследования по распространенности ГИМП в урологических отделениях, проводившегося Европейским обществом инфекций в урологии, в России отмечается низкий процент постановки диагноза уросепсиса при остром гнойном пиелонефрите, т.е. отмечается недооценка тяжести состояния больного. При терапии ГИМП рекомендуется применение цефалоспоринов III поколения, а также – аминогликозиды, фторхинолоны, пиперациллин/клавулановая кислота и карбапенемы. Спектр возбудителей и уровень резистентности в каждом стационаре различается, в то же время общим является то, что возбудителями чаще выступают грамотрицательные микроорганизмы кишечной группы,

неферментирующие грамотрицательные возбудители. Из грамположительных возбудителей наиболее часто встречается фекальный энтерококк и стафилококки. Принципами лечения больных с ГИМП являются эффективная антибактериальная терапия, восстановление уродинамики и почечной функции, предотвращение нозокомиальных ИМП, предотвращение уросепсиса и рецидивов инфекции.

Доклад директора НИИ урологии Росмедтехнологий профессора **О.И. Аполихина** был посвящен современному ведению больных с хроническим простатитом. Приведены эпидемиологические данные о частоте простатита – от 9 до 16%, причем в большинстве случаев, он бактериальный (80%). Из этиологических агентов наиболее часто выделяются те же микроорганизмы, что и при инфекции мочевых путей – семейство энтеробактерий: *E.coli*, *Klebsiella spp*, *Proteus spp*, *Enterobacter spp*, *Pseudomonas aeruginosa*. Вероятными возбудителями могут быть *Enterococcus faecalis*, возможными, предполагаемыми – *C.trachomatis*, *U.urealyticum*, *S.aureus*, *S.saprophyticus*, *Candida spp*, *Anaerobes*.

Из факторов риска отмечены: интрапростатический рефлюкс в протоке простаты (Kirby et al, 1982), фимоз (VanHowe, 1998), специфическая группа крови (Lomborg et al, 1986), незащищенный половой акт или ректальный половой акт, инфекция мочевых путей, острый эпидидимит (Berger et al, 1987), постоянный уретральный катетер или кондом-дренаж (Meares, 1998), ТУР простаты. Последнее особенно характерно для мужчин с инфицированной мочой (Meares, 1989).

Уменьшение бактерицидного действия секрета простаты способствует колонизации уретры микроорганизмами, а дисфункциональное с высоким давлением мочеиспускание может привести к интрапростатическому рефлюксу.

Обязательными процедурами и анализами при диагностике простатита являются следующие: пальцевое ректальное исследование, трансректальное УЗИ простаты, общий анализ мочи и крови, 4- или



двухстаканная проба мочи, микроскопия секрета простаты и мазка из уретры, микробиологическое исследование мочи и секрета простаты. Факультативными методами являются: серологические методы, ПЦР (хламидии, микоплазма гениталиум), урофлоуметрия и биопсия простаты. По фактам доказательной медицины, эффективными в терапии являются только антибиотики и $\alpha 1$ -адреноблокаторы. Не эффективны: ингибиторы 5α -редуктазы, пентозан-полисульфат Na, TRMP (улучшает QoL, но не излечивает), аллопуринол (снижает симптомы). Не изучены: ТУР, радикальная простатэктомия, массаж простаты, сидячие ванны и тренировка мышц тазового дна.

Из антибиотиков наиболее приемлемыми по фармакокинетическим и фармакодинамическим параметрам являются фторхинолоны: левофлоксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин, альтернативными препаратами – тетрациклины и макролиды – при выявленной ИППП. Указан алгоритм лечения, длительность лечения – от 2-4 до 6 недель. Доклад **Тетсуро Матсумото** был посвящен применению фторхинолонов (ФХ) в урологической практике.



О.И. Аполихин,
профессор, директор НИИ урологии Росмедтехнологий



Фторхинолоны являются в настоящее время препаратами первого выбора в лечении инфекционно-воспалительных урологических заболеваний. Докладчик привел современную классификацию и характеристики каждого представителя фторхинолонов (ФХ), эволюцию создания фторхинолонов, так как Япония является родиной почти всех препаратов этой группы. В докладе были даны показания к применению ФХ в урологической практике: как при неосложненной, так и осложненной ИМП, бактериальном простатите, синдроме хронической тазовой боли, негонококковом уретрите. Учитывая механизмы развития резистентности микроорганизмов к фторхинолонам, был рекомендован постоянный бактериологический мониторинг чувствительности микроорганизмов к фторхинолонам, как в каждой больнице, так и в целом – в регионе. Следующее пленарное заседание было посвящено микробиологическим вопросам мочевой инфекции. Профессор **С.В. Сидоренко** представил доклад по микробиологическому обоснованию рациональной антибиотикотерапии при урологических инфекциях. Автор

привел данные по основным возбудителям мочевой инфекции по исследованиям UTIAP и собственным. Кишечная палочка занимает первое место среди возбудителей внебольничной инфекции мочевых путей – 71,7% и 73,9% соответственно. Докладчик уделил внимание вопросам вирулентности кишечной палочки, так, например, ее адгезивность обусловлена наличием специфических органелл – ворсинок (фимбрии, пили). К факторам вирулентности относят также капсульные антигены и афимбриальные адгезины I (*afal*), к факторам повреждающим эпителий, – цитотоксический некротизирующий фактор 1 (*cnf1*); гемолизин (*hly*) и аэробактин (*aer*). Продукция *rар* и /или *sfa*-адгезинов штаммами *E.coli* в случае пиелонефрита выявлена в 94%, цистита – в 67%, при бессимптомной бактериурии – 57%. Продукция *rар* и /или *sfa* адгезинов коррелировала с продукцией гемолизина и цитотоксического фактора. Большинство уропатогенных *E.coli* принадлежат к наиболее



Тетсуо Матсумото,
президент Азиатского общества инфекции в урологии,
вице-президент ICS

вирулентной филогенетической группе B2. В докладе было акцентировано внимание на выраженные различия в чувствительности





планктонных и сессильных форм микроорганизмов. Клиническая эффективность антибиотиков в отношении биопленок практически отсутствует. Гликокаликс не является препятствием для диффузии подавляющего большинства антибиотиков. При возврате в планктонную форму чувствительность восстанавливается. Формирование устойчивости не связано с изменением генетической структуры, скорее всего это результат формирования различных фенотипов кишечной палочки.

В сообщении показана роль генотипов патогенности уропатогенной кишечной палочки для развития цистита, пиелонефрита, простатита и септицемии, а также обсуждались вопросы этиологической значимости микроорганизмов в развитии простатита. Отмечена доказанная роль *E.coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterococcus faecalis*, *P.aeruginosae*. К микроорганизмам с неустановленной значимостью относят *Staphylococci*, *Streptococci*, *Chlamidia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma spp*, *Corynebacterium spp*.

К потенциальным возбудителям так называемого абактериального простатита, возможно, относятся микроорганизмы, которые в настоящее время невозможно выделить традиционными микробиологическими методиками. Неясным остается значение *Staphylococcus epider-*

midis и *S. haemolyticus*. Выделение культуры и ПЦР-диагностика хламидий коррелирует с признаками воспаления, в то время как серология – нет. Роль микоплазм доказана при уретритах, но для простатита остается неясной.

Докладчик привел рекомендации по антибактериальной терапии, в зависимости от природной чувствительности возбудителей.

В докладе профессора Р.С. Козлова, директора НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии, обсуждались проблемы резистентности возбудителей мочевой инфекции и препараты, ее преодолевающие. Были даны результаты российских исследований резистентности возбудителей мочевой инфекции УТИАР-2 и 3, АРИМБ – у беременных и АРИМД – у детей, проведенных НИИАХ, а также результаты исследований в разных странах, демонстрирующие лидирующее значение кишечной палочки как возбудителя мочевой инфекции. Докладчик подчеркнул необходимость знаний о резистентности микроорганизмов к антибиотикам и неэффективность терапии при лечении инфекции, вызванной устойчивыми штаммами.

Следующие проблемы были посвящены проблемам уросепсиса и бактериемии в урологии. С докладом выступил **Д.И. Проценко**,

к.м.н., ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии РГМУ, который дал определение сепсиса, клинико-диагностическую концепцию и методы лечения, акцентировал внимание на то, что сепсис не является нозологической формой, хотя в МКБ-10 есть диагноз – септицемия. Сепсис – это клинико-патологический процесс, представляющий собой генерализованное (системное) воспаление при инфекции различной природы (бактериальной, вирусной, грибковой). В докладе приведены эпидемиологические данные, указаны причины сепсиса в урологической практике, описан его патогенез. Из диагностических критериев необходимо обращать внимание на клинические проявления инфекции, выделение возбудителя, наличие системной воспалительной реакции организма (СВР). К маркерам СВР относят прокальцитонин, С-реактивный белок, IL-6, -8, -10, TNF. Диагностические значения прокальцитонина: локальная инфекция – до 0,5 нг/мл; сепсис – 0,5-2 нг/мл; сепсис с полиорганной недостаточностью – 2 нг/мл; септический шок –



> 10 нг/мл. С-реактивный белок, как маркер инфекции – 7,9 мг/мл. Микробиологическая структура сепсиса меняется: если раньше ведущими возбудителями были грамотрицательные возбудители, то в настоящее время – это грамположительные возбудители и ассоциации микроорганизмов. Эффективная интенсивная терапия сепсиса возможна только при условии санации очага инфекции и адекватной антимикробной терапии. Рекомендована двухэтапная антибактериальная терапия. I этап – «удар на поражение», он зависит от вида возбудителей, локализации процесса и тяжести состояния больного. II этап – «тонкая регулировка» терапии проводится в соответствии с данными микробиологических исследований. В докладе профессора **С.В. Яковлева**, посвященному клинико-фармакологическому обоснованию назначения антибиотиков при уросепсисе, сделан акцент на то, что ранняя адекватная антибактериальная терапия снижает летальность при грамотрицательном сепсисе с бактериемией. Осо-

бое внимание уделено необходимости ведения протокола забора материала на бактериологическое исследование и внутривенного введения антибиотиков. Важно использовать коммерческие среды, забирать материал до начала антибактериальной терапии или перед очередным введением антибиотиков. Забор крови должен осуществляться из вены, а не из сосудистого катетера. На этапе стартовой антимикробной терапии надо применять антибиотики наиболее возможным широким спектром действия и принимать меры по преодолению резистентности. Фактор эффективности должен доминировать над фактором стоимости! После получения результатов бактериологического исследования оправдано сужение спектра действия антибиотиков. В докладе даны рекомендации по конкретным антибиотикам. В то же время факторами, ограничивающими эффективность антибиотиков (цефалоспоринов II-III поколения), является выработка β-лактамаз расширенного спектра действия и низкая активность против энтерококков. Уже появились панрезистентные штаммы синегнойной палочки, растет ее устойчивость к карбапенемам, фторхинолонам. Не рекомендуется рутинное назначение антианэробных препаратов (метронидазол) и карбапенемов. В докладе д.м.н. **Л.А. Ходыревой** приведены данные международного исследования госпитальной мочевой инфекции по количеству уросепсиса при остром гнойном пиелонефрите. И если, по данным разных стран мира, уросепсис в урологических стационарах встречается в 25% случаев, а острый пиелонефрит – в 20%, то, по данным российских исследователей, уросепсис встречается всего в 4% случаев, а острый пиелонефрит – в 40%. Это свидетельствует о недостаточной осведомленности российских урологов о клинических проявлениях сепсиса и может рассматриваться как «атака пиелонефрита». В докладе Ходыревой Л.А. приведена частота обнаружения «островов патогенности» *E.coli*, которые могут иметь значение не только



Т.С. Перепанова,
д.м.н., профессор, НИИ урологии, Москва

для прогноза инвазии инфекции в ткань почки, но и для топической диагностики инфекционно-воспалительного процесса – острый пиелонефрит, цистит или бессимптомная бактериурия. К генам, детерминирующим факторы патогенности кишечной палочки, относят *igr-2* ген, который обнаружен у 87,5% больных острым гнойным пиелонефритом. Штаммы кишечной палочки, вооруженные факторами патогенности, способны вызвать гнойно-воспалительный процесс в почке и ССВР. Выявление 2-х и более генетических маркеров «островов патогенности» обуславливает более тяжелое течение инфекционно-воспалительного процесса. К специфическим эффектам эфферентной терапии относят детоксикацию, реокоррекцию, иммунокоррекцию. Применение эфферентных методов лечения больных с уросепсисом уменьшило смертность в 2-3 раза по сравнению с консервативным лечением. Активная оперативная тактика в сочетании с адекватной антибактериальной терапией и эфферентными методами лечения привели к снижению жизненно-опасных осложнений с 42,3% (2003 г.) до 4,5% (2007 г.) у больных с гнойным пиелонефритом, осложненным уросепсисом. 



7 ФЕВРАЛЯ

«ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ»

В докладе профессора **Ю.В. Кудрявцева**, заведующего лабораторией патоморфологии НИИ урологии, дана клинико-морфологическая характеристика тканевых изменений при ИППП. В зависимости от вида инфицирования дана оценка местного иммунитета, распределение медиаторов воспаления, мононуклеаров, интерлейкинов внутриклеточно и внеклеточно, цитокинов, факторов роста. Приведены варианты тканевого ответа. Хламидийная инфекция трансформирует тканевую реакцию в трех направлениях:

- нарушает регенераторные возможности эпителиальной выстилки, усиливая их метапластические возможности;
- трансформирует ответ мукузальной лимфоидной ткани (АСОЛТ) по провоспалительному типу;
- создают фокусы склероза и скопления лимфоидной ткани, деформирующие собственную пластинку слизистой оболочки, что приводит к дисциркуляторным расстройством.

В докладе **А.Е. Гущина**, заведующего лабораторией ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, отражена современная лабораторная диагностика урогенитальных ИППП, отмечены проблемные вопросы по «классическим» методам диагностики ИППП – разнообразие диагностических протоколов, недостаточность диагностической чувствительности, высокая доля субъективизма на основе микроскопии, отсутствие рутинных лабораторных тестов для всех возбудителей ИППП (*M.genitalium*). Приоритетным методом диагностики ИППП являются методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК). К ним относят: PCR, LCR, TMA, NASBA, SDA, PCR в реальном времени, NASBA и SDA в реальном времени. Дано сравнение методов диагностики гонореи: микроскопии, посева и МАНК, из них чувствительность микроскопических методов у женщин равна 36,6%, посева – 87,4%, а МАНК – 99,7%. У мужчин – 92,6; 97,9; 99,8% соответственно. От 20 до 40% случаев инфицирования *C.trachomatis* могут быть пропущены при использовании не МАНК-методов.

Отдельно обсуждалось значение *M.genitalium*, которая у мужчин является причиной развития 20-30% случаев негонококкового уретрита, а у женщин – до 7% случаев гнойно-серозных цер-

вицитов. Среди клинически здоровых лиц она практически не встречается. *Mycoplasma genitalium* – безусловный патоген. Независимо от выявления хламидий, трихомонад и гонококков, выявление *Mycoplasma genitalium* методом ПЦР более вероятно в первой порции мочи, чем в отделяемом из уретры.

Докладчик привел промежуточные результаты исследования эффективности макролидного антибиотика Вильпрафен (джозамицин) в лечении уретрита, ассоциированного с *Mycoplasma genitalium*. Диагностика уретрита включала микроскопию соскоба из уретры, а также ПЦР в реальном времени и NASBA в реальном времени. Определяли как эффективность лечения, элиминацию возбудителя, так и оценку информативности диагностического материала: соскоба из уретры и первой порции мочи (15-25 мл через 2 часа после последнего мочеиспускания).

Джозамицин назначали по 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней. Лабораторную диагностику проводили до начала терапии, на 3, 8, 12 и 42 день от начала лечения. Сроки элиминации НК *M.genitalium* при терапии джозамицином:

- 3-й день терапии – у 10 (34%) пациентов;
- 8-й день терапии – у 12 (41%) пациентов;
- 2-й день после окончания терапии – у 4 (14%) пациентов.

К окончанию лечения у 26 пациентов (90%) НК в уретре и моче не обнаруживались. У 1 пациента эффект на терапию отсутствовал. У всех пациентов, у которых до начала терапии была положительная ПЦР, NASBA также была положительной. Докладчик подчеркнул, что у 3 пациентов при использовании метода NASBA негативация результатов происходила позднее, чем при использовании ПЦР.

Также обращала на себя внимание более поздняя негативация результатов при использовании мочи в качестве диагностического материала по сравнению с соскобом из уретры. Таким образом, методы МАНК являются эффективными и универсальными инструментами диагностики ИППП и позволяют определять концентрацию возбудителей в клиническом материале. Наибольшая выявляемость *M.genitalium* была отмечена при исследовании мочи. Элиминация *M.genitalium* у большинства пациентов

наблюдалась еще до окончания курса лечения джозамицином.

Профессор **В.А. Аковбян** (НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН) дал анализ ошибок при лабораторных исследованиях и при лечении ИППП. Докладчик на примере одного из стандартных бланков для анализа ПЦР-диагностики ИППП показал, что большинство тестируемых микроорганизмов являются резидентами: *G.vaginalis*, *L.acidophilis*, *C.albicans*, *M.hominis*, *Mycoplasma spp*, а *U.urealyticum*, *HPV 16/8; 31/33; 6/11; HSV1/2* – условные резиденты. Не регламентированы в России *T.pallidum*, *N.gonorrhoeae*, *T.vaginalis*, *H.ducrei*. Таким образом, из 16 предлагаемых для обычного лабораторного анализа ПЦР микроорганизмов только два – *S.trachomatis* и *M.genitalium* – сегодня являются патогенными. Для определения диагностической значимости таких микроорганизмов, как *M.hominis*, *U.urealyticum*, *N.gonorrhoeae*, *T.vaginalis* необходимо культуральное исследование (посев) и количественная характеристика. Далее в докладе был сделан акцент на то, что в МКБ-10 отсутствуют такие диагнозы, как гарднереллез, микоплазмоз, уреоплазмоз и микст-инфекция, которые повсеместно устанавливаются врачами. Конечно, недопустимо с позиций доказательной медицины одновременное назначение антибиотиков, так называемых иммуномодуляторов, интерферонов, «системных ферментов», антиоксидантов, витаминов, общеукрепляющих средств и венотоников. Такой подход отражает игнорирование или незнание принципов клинической фармакологии, иммунологии и общей патологии. Показаны схемы лечения, меняющие международные стандарты – так вместо однократного назначения азитромицина 1 г его назначают в 1, 7 и 14 день или в 1, 5, 10 день, т.е. 3 г суммарно. Лечение гонореи – международный стандарт рекомендует цефтриаксон 0,25 (0,125) г внутримышечно однократно, а в России – 0,5 г в/м.

При ИППП имеется только первичный иммунный ответ, вторичный иммунный ответ не развивается, и не возникает иммунологической толерантности, поэтому назначение так называемых иммуномодуляторов не только не обосновано, но и вредно. Так как данные инфекции не формируют вторичного иммунного ответа, то вызывать индукцию Т и

В памяти бесполезно. При хламидиозе стимуляция антителообразования не имеет смысла, так как клетки памяти отсутствуют. При этом необходимо помнить, что в патогенезе хламидиоза имеется аутоиммунный компонент, поэтому важно не допускать срыва иммунологической толерантности к собственным аутоантигенам.

По так называемым «системным ферментам» – Вобэнзиму, Флогензиму – в показаниях, для применения которых указано более 50 положительных эффектов на все органы и системы человека, исследований, выполненных по принципам доказательной медицины, подтверждающих преимущества «системных ферментов», нет.

В докладе профессора **В.И. Кисиной** (ММА им. И.М. Сеченова) освещен вопрос консенсуса специалистов по проблеме урогенитальных инфекций, ассоциированных с генитальными микоплазмами. Дана характеристика микоплазм, выделяемых у человека, из них только *M.genitalium* и *M. pneumoniae* в настоящее время признаны патогенными. Консенсус специалистов (2006 г.) пришел к заключению о доказанном клиническом значении *M.genitalium*

при уретритах у мужчин, а также при уретритах и цервицитах у женщин. Из условно-патогенных микроорганизмов *M.hominis* при определенных условиях может реализовать свои патогенные свойства. Не доказана патогенная роль *U.urealyticum* при уретритах у мужчин и циститах у женщин, но в ассоциациях концентрации возбудителя выше 10^4 КОЕ/мл она может иметь этиологическое значение при бактериальном вагинозе, цервиците, воспалительных заболеваниях органов малого таза (ВЗОМТ), вагините, послеродовых и послеабортных осложнениях. Значение *U.parvum* не установлено.

Из лабораторных методов идентификации условно-патогенных микоплазм культуральный метод позволяет не только идентифицировать микроорганизм, но и оценить количественное содержание микоплазм в исследуемом материале. При этом диагностическое значение имеет только концентрация более 10^4 КОЕ /г или мл. Из молекулярно-биологических методов для *M.genitalium* используют ПЦР. Определение антибиотикочувствительности микоплазм рекомендовано только при неэффективности терапии и рецидивировании процесса.

Серологические и иммунофлюоресцентные методы имеют низкую информативность. Пациентам с заболеваниями, ассоциированными с генитальными микоплазмами, при обнаружении *M.genitalium* рекомендуют этиотропное лечение; при обнаружении условных патогенов (*U.urealyticum*, *M.hominis*) лечение назначают при наличии клинических проявлений инфекционно-воспалительного процесса и доказательств их этиологической роли. При бесплодии, с доказанной ролью микоплазм, лечение также обязательно.

При выборе антибактериального препарата для лечения необходимо помнить, что все микоплазмы устойчивы к цефалоспорином, пенициллинам, рифампицину, налидиксовой кислоте. Рекомендованы следующие режимы антибактериальной терапии урогенитальных инфекций, ассоциированных с генитальными микоплазмами: доксицилин по 100 мг 2 раза в сутки – 7-10 дней или джозамицин (Вильпрафен) по 500 мг 2-3 раза в сутки – 10 дней или азитромицин – 1,0 г однократно. После докладов развилась очень интересная дискуссия, которая продолжалась более часа. 

- Доказанная эффективность в отношении хламидийных, микоплазменных и смешанных инфекций урогенитального тракта
- Благоприятный профиль безопасности: отсутствие патологического влияния на моторику и микрофлору кишечника, минимальный риск лекарственных взаимодействий
- Препарат выбора для лечения хламидийной и микоплазменной инфекции у беременных
- Заслуженное доверие ведущих российских экспертов в области диагностики и лечения урогенитальных инфекций

Когда другие макролиды бессильны...

Вильпрафен®
джозамицин

ЗАО Астеллас Фарма

Московское Представительство, Россия, 109147, Москва, ул. Марксистская, д. 16;
Телефон: (095) 737 07 55; факс (095) 737 07 57

 **astellas**
Свет, ведущий к жизни

8 ФЕВРАЛЯ

«РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ

Второй день конференции открылся докладом д.м.н. **Т.С. Перепановой** о роли формуляров лекарственных средств в эффективной терапии урологических заболеваний, протоколах ведения больных и их экономической значимости как с позиций здравоохранения вообще, так и для бюджета больницы и для конкретного пациента. Показаны принципы отбора лекарственных средств при формировании формуляров – учет не только фармакологического, но и фармакодинамического, фармакокинетических характеристик, а также экономической целесообразности. В докладе показана клиничко-экономическая эффективность работы клинических фармакологов в больнице, значение ежегодных анализов закупки и расходов лекарственных препаратов в больницах (ABC и VEN-анализ) на примере ГКУБ № 47 г. Москвы и клиники НИИ урологии. Проведение этих анализов, работа формулярного комитета, администрации позволили удалить неэффективные лекарства из формуляров, провести пересмотр закупок лекарствен-

ных препаратов, выделить наиболее затратные лекарственные препараты. В 1999-2000 гг. основная часть денежных средств приходилась на закупку цефазолина и рентгеноконтрастных препаратов. Анализ показал, что дешевый цефалоспориин I поколения – цефазолин – назначался без показаний, «на всякий случай» урологами уже в приемном отделении пациентам с почечной коликой (без признаков инфекционно-воспалительных заболеваний), перед оперативными вмешательствами – опять же без показаний, и т.д. Дорогостоящие рентгеноконтрастные вещества оказались наиболее затратными, так как экскреторная урография проводилась большинству пациентов также «на всякий случай». После проведения разъяснительных и административных мер удалось добиться того, что в настоящее время наибольшие затраты приходятся на дорогостоящие жизненно-необходимые лекарственные препараты. В докладе даны принципы антибактериальной терапии госпитальной инфекции мочевых путей, режимы дозирования разных групп антибактериальных препаратов. Показана необходимость постоянного пересмотра формуляров ЛП не только в связи с появлением новых лекарственных средств, но и в связи с изменением микробного спектра возбудителей, освоением и внедрением новых оперативных вмешательств, искусственных материалов и т.д. Также показано значение медикаментозной терапии ДГПЖ на примере α -1адреноблокаторов. Так, при острой задержке мочеиспускания на фоне катетеризации мочевого пузыря (в течение 24 ч.), применение доксазозина в течение 3-х суток (2 мг в первый день, далее – по 4 мг в день) позволило после удаления катетера через сутки восстановить самостоятельное мочеиспускание у 63,3% пациентов против 16,6% (получавших плацебо). При этом 40% пациентов были выписаны с продолжением медикаментозной терапии амбулаторно.



Третье место присуждено К.К. Антонову, студенту V курса Кемеровской государственной медицинской академии

В докладах профессоров **Т.И. Ионовой, М.В. Авксентьевой, Е.А. Ушкаловой** обсуждались вопросы, связанные с необходимостью оценки качества жизни пациентов, фармакоэкономических исследований в урологии, нежелательных побочных действий лекарственных препаратов.

Доклад к.м.н. **А.В. Сивкова** (НИИ урологии) был посвящен интересным исследованиям у больных с хроническим абактериальным простатитом (синдром хронической тазовой боли). На основании исследований микроскопии секрета простаты, опросников качества жизни, болевой шкалы, уродинамических исследований, результатов биопсии простаты, данных МРТ, а также результатов лечения пациентов, докладчик ставит вопросы пересмотра классификации синдрома хронической тазовой боли, выделения его в отдельную нозологическую форму, связанную с различными нейрогенными дисфункциями, и вторично – с развитием воспаления в простате.

Доклад профессора **А.В. Зайцева** (МГМСУ) посвящен проблемам дизурии и синдрома хронической тазовой боли у женщин. В докладе приведены причины и классификация этих патологических состояний. Докладчик продемонстрировал цистоскопии и хорошие иллюстрации интерстициального цистита. Были даны последние рекомендации



Победитель конкурса молодых ученых к.м.н. **А.В. Виноградов** и академик РАМН **М.Ф. Траpezникова**

ЗАБОЛЕВАНИЙ»

международного консенсуса врачей по интерстициальному циститу, болезненному мочевому пузырю и синдрому хронической тазовой боли и его дифференциальной диагностике.

Далее был прочитан ряд докладов, поддерживаемых фармацевтическими компаниями – спонсорами конференции. В заключение конференции был проведен конкурс молодых ученых, которые представили свои доклады участникам конференции. Первый приз – поездку на 23-й ежегодный конгресс Европейской урологической ассоциации в г. Милан завоевал к.м.н. А.В. Виноградов (МОНКИ им. М.Ф. Владимирского). Приз предоставлен компанией «КРКА», Словения. Его научная работа на тему «Медикаментозная терапия хронического простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы» опубликована в этом номере нашего журнала. Второе место и денежный приз (предоставлен компанией «Монта-



Лауреат II премии конкурса молодых ученых к.м.н. Д.Н. Фиев (в центре) и члены жюри

вит», Австрия) завоевал Д.Н. Фиев (урологическая клиника и клиника кардиологии ММА им. И.М. Сеченова) – работа на тему «Аденома простаты и ишемическая болезнь сердца. Омник-Окас в лечении пациентов». Третье место и приз компании «Сандоз» присвоены К.К. Антонову, студенту V курса Кемеровской государственной медицинской ака-

демии. Его работа «Цитоморфологический мониторинг в процессе антибиотикотерапии у пациентов с хроническим простатитом» опубликована в январском номере нашего журнала.

После вручения наград конференция была официально закрыта. Следующая конференция состоится в феврале 2009 года.



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

IV ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

12-14 ноября 2008 г., Москва

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

НАУЧНЫЕ ТЕМАТИКИ КОНФЕРЕНЦИИ

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

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

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

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

В программе конференции предусмотрено представление устных сообщений и видеопрезентаций.

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

По материалам конференции будет опубликован сборник трудов.

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

Всем делегатам будет выдан сертификат участника и материалы конгресса.

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



IV

ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

***МУЖСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ***

Первое информационное письмо

12 - 14 ноября

МОСКВА

2008

Аптека

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**



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
СПОНСОР:

*Фармацевтический
инвестинг*

ОФИЦИАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННО-
АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ПАРТНЕР:

РЕМЕДИУМ
ГРУППА КОМПАНИЙ

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА:

НОВАЯ АПТЕКА **МОСКОВСКИЕ Аптеки** **ФАРМ+МЕДС** **АПТЕЧНОЕ ДЕЛО**
ФАРМАЦИЯ **Аптечный бизнес**

2008

КОНТАКТЫ:

(495) 925 65 61/62

WWW.APTEKAEXPO.RU



ОБЩЕРОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ
«МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

ВСЕРОССИЙСКАЯ
ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПАРТИЯ
«ЕДИНАЯ РОССИЯ»



III Общероссийский Медицинский Форум «МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

23 - 24 июня 2008 года

Здание Правительства Москвы
Новый Арбат, 36/9

9-10 сентября 2008 г.
24-25 сентября 2008 г.
7-8 октября 2008 г.
29-30 октября 2008 г.
11-12 ноября 2008 г.
26-27 ноября 2008 г.

Новосибирск
Хабаровск
Екатеринбург
Санкт-Петербург
Нижний Новгород
Ростов-на-Дону

Организаторы: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Общероссийское общественное движение «Медицина за качество жизни»
Всероссийская политическая партия «Единая Россия»

Под патронажем: Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации

Основная цель Форума
— консолидация представителей медицины, законодательной и исполнительной власти и структур гражданского общества, для внедрения в практическое здравоохранение оптимальных организационно-методологических форм, методов и новых высоких технологий, призванных улучшить качество жизни больных и инвалидов в свете модернизации здравоохранения.

Контактные телефоны оргкомитета в г. Москве:
(495) 229-87-78, 229-87-47, 229-87-67, 229-87-79 факс
www.moql.ru ; moql@mail.ru ; moql@moql.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, косметологии.
- 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.



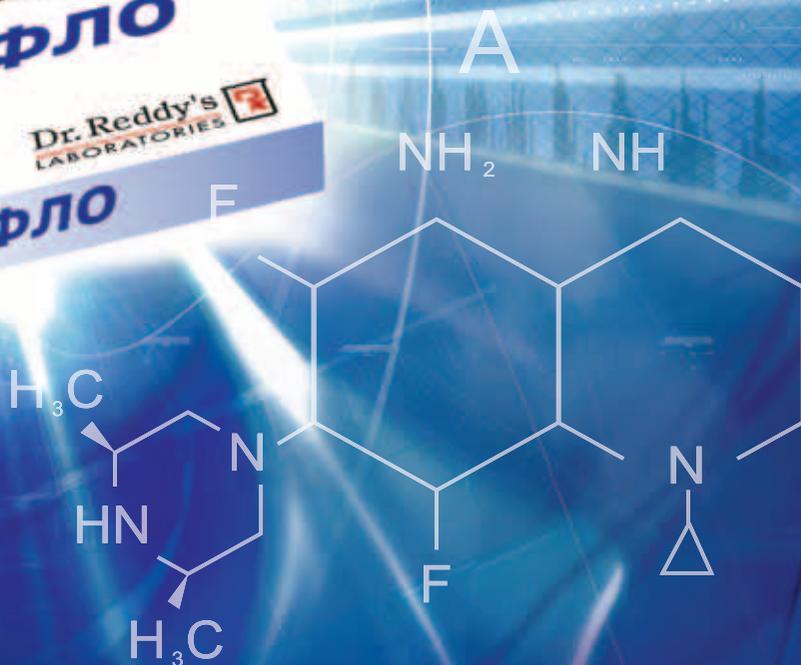
6. Издательский дом «Медфорум» выпускает 3 категории журналов:

- 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».



СПАРФЛО

Высокие технологии антибиотикотерапии



- ✓ **Новый современный дифторхинолон с расширенным спектром действия.**
- ✓ **Первый в России спарфлоксацин.**
- ✓ **Применяется 1 раз в сутки.**

товар сертифицирован реклама

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.