

III ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ «РАЦИОНАЛЬНАЯ

12-13 февраля 2009 г. в Центральном доме ученых РАН была проведена III Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии». Организаторами конференции выступили Российское общество урологов и НИИ Урологии Росмедтехнологий. В работе конференции приняли участие свыше 590 делегатов из 41 города России – от Санкт-Петербурга до Владивостока, а также делегаты из Украины, Белоруссии и Узбекистана. 19 отечественных и иностранных фармацевтических фирм представили свою продукцию на стендах выставочной экспозиции.



Открывая работу конференции с приветствиями к участникам обратились академик РАН **Н.А. Лопаткин** и профессор **О.И. Аполухин**.

В первый день конференции обсуждались вопросы, связанные с трудностями лечения неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. Доклад на тему «Инфекции мочевых путей и бактериальные биопленки» сделала заведующая отделом воспалительных заболеваний с группами клинической фармакологии и эфферентных методов лечения НИИ урологии Росмедтехнологий, д.м.н. **Т.С. Перепанова**. В своем докладе она показала роль биопленочных сообществ микроорганизмов в природе вообще и при урологической инфекции в частности. В докладе были приведены данные российских и международных исследований по экспериментальному моделированию биофильм-инфекции, этиопатогенетической роли биопленок (биофильмов) при рецидивирующей, персистирующей инфекции мочевых путей, катетер-ассоциированной инфекции мочевых путей, инфекции инородного тела. Показаны трудности ведения больных с биофильм-инфекцией, механизмы устойчивости микроорганизмов в биопленочных сообществах к антимикробным препаратам и к механизмам защиты хозяина. Отмечены антибиотики, проникающие внутрь биопленок, а также даны перспективы для дальнейших разработок – ингибиторы «quorum sensing», покрытие катетеров антиадгезивными, антимикробными препаратами, схемы

антимикробной терапии. В докладе **Т.С. Перепанова** привела ключевые моменты Евро-Азиатского руководства по ведению больных с катетер-ассоциированной инфекцией мочевых путей, которые переведены на русский язык и опубликованы в материалах конференции. Особое значение уделялось требованиям к ведению больных с катетер-ассоциированной ИМП, имеющим высшую степень доказательств А. В докладе профессора **С.В. Сидоренко** (Национальное агентство по клинической фармакологии, Москва) «Перспективы микробиологической диагностики инфекционных заболеваний» было отмечено, что в настоящее время традиционными микробиологическими методами культивируются только 0,1%-1,0% бактерий. Перспективным методом диагностики является метагеномика – технология, позволяющая выявлять всю совокупность генов бактерий в определенной экологической нише. Характеристика микробных сообществ осуществляется по составу генов – геном; по иРНК – транскриптом; по спектру белков – протеом; по продуктам метаболизма – метаболом. Метагеномные исследования предстательной железы показали, что если традиционными методами культивируются 7 микроорганизмов, то метагеномными методами выявлены 24 микроорганизма. При метагеномном исследовании простаты у больных с ДГПЖ или раком простаты, или хроническим простатитом выделено 52 микроорганизма различных семейств, наиболее

постоянными были *Actinomyces sp*, *Corinebacterium sp*, *Escherichia sp*, *Pseudomonas sp*, *Streptococcus sp*. Интересные данные ПЦР – диагностики возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в разных отделах простаты. Не выявлено диагностически значимой роли хламидий, трихомонад и вирусов: HPV, CMV, EBV, XMRV в 200 образцах простаты. Методом амплификации нуклеиновых кислот бактерии с неясной этиологической значимостью определены гарднереллы и микоплазмы. Однако докладчик отметил, что разработка молекулярных методов детекции новых механизмов устойчивости неизбежно отстает от их появления и распространения, и новый механизм будет обнаружен только тогда, когда появятся массовые случаи неудач лечения. Перспективным методом является идентификация бактерий из биологического образца – секвенирование, масс-спектрометрия – идентификация на основании белковых спектров на основе Matrix-assisted laser desorption ionization-time-of-flight (MALDI-TOF), времяпролетная масс-спектрометрия с лазерной десорбцией/ионизацией в матрице значительно уменьшает время идентификации микроорганизмов, однако не решает вопрос их клинической значимости. Необходимо промышленное производство тест-систем для оценки антибиотикочувствительности, основанных на методе серийных разведений и изучение кинетики роста бактерий. Доклады профессора **Л.А. Сняко-**

КОНФЕРЕНЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ 2009»

вой и **Л.А. Ходыревой** были посвящены проблемным вопросам диагностики и лечения острого гнойного пиелонефрита. Предложены алгоритмы обследования больных, указана важность этапного обследования. В докладе Ходыревой Л.А. отмечена диагностическая значимость энергетической доплерографии и компьютерной томографии в диагностике абсцесса почки. При развитии септических осложнений акцентирована эффективность экстракорпоральных методов очищения крови, особенно плазмафереза, имеющих жизненно важное значение у этой тяжелой категории пациентов.

В докладе профессора **С.В. Яковлева** «Клинико-фармакологические аспекты антибактериальной терапии урогенитальных инфекций» подробно рассматривались возбудители мочевой инфекции, уровень их резистентности. Даны рекомендации по резистентности и клинической эффективности разных групп антибиотиков при неосложненной и осложненной урологической инфекции. Доклад «Растительные препараты и хроническая инфекция при МКБ» **М.Ф. Трапезниковой** и **Н.В. Бычковой** посвящен истории фитотерапии в урологии, преимуществам и недостаткам растительных препаратов, а также продемонстрированы результаты клинического исследования растительного препарата Канефрон при хронической инфекции мочевых путей на фоне мочекаменной болезни. Достигнут клинико-бактериологический и камнеизгоняющий эффект лечения Канефроном у 75% пациентов. Эффективность применения препарата Марены красильной экстракт достигнута в 71-86% случаев, однако отмечены нежелательные побочные действия препарата в отличие от Канефрона в 10,7% случаев (тошнота – 10,7%, жидкий стул – 7,1%, аллергическая реакция – 3,6%).

Комбинированные растительные препараты, созданные путем современной технологии изготовления,

имеют высокую эффективность и практическую ценность.

На следующем заседании под председательством член-корр. РАМН **О.Б. Лорана** и профессора **М.И. Когана** рассматривались вопросы лечения урологической инфекции у беременных. Доклад профессора **Р.С. Козлова** – директора НИИ антимикробной химиотерапии (г. Смоленск) – был посвящен эпидемиологии инфекции мочевых путей. Показана распространенность ИМП у женщин: симптомы – у 19%, рецидивы ИМП – у 48% опрошенных женщин (исследование SONAR 2005-2006 гг.). Отмечена важность диагностики и лечения бессимптомной бактериурии у беременных, которая может привести к преждевременным родам, отставанию развития плода, привести к острому пиелонефриту в 20-65%. Адекватная антимикробная терапия позволяет предупредить до 75% всех случаев острого пиелонефрита и уменьшить риск перинатальной смертности. Докладчик привел данные российских исследований по возбудителям неосложненной и осложненной ИМП у беременных, уровень резистентных штаммов возбудителей. Показан крайне низкий уровень резистентных штаммов кишечной палочки – основного возбудителя ИМП как у беременных, так и у остальных групп пациентов к фосфомицину трометамолу, который является препаратом выбора для лечения неосложненной ИМП. Доклад профессора **Е.А. Ушкаловой** – руководителя научно-аналитического отдела Федерального центра мониторинга безопасности лекарственных средств показал, что интенсивная терапия антибиотиками в период зачатия и в начале I триместра беременности ассоциируется с повышенным риском синдрома Дауна. Прием беременными таких групп антибиотиков, как макролиды – 14,4%, пенициллины – 7,6%, нитрофураны – 4,1%, нитроимидазолы – 3,1%, привели к осложнениям гестационного периода в 94,3% случаев: анемия – 72,7%;

угроза прерывания беременности – 49,9% (I и II триместры) и 25,4% (III триместр); гестоз – 12%; фетоплацентарная недостаточность – 13,8%, что было доказано в многоцентровом ретроспективном исследовании. Применение антибиотиков во время беременности повышает риск развития аллергических заболеваний у новорожденных.

Риск развития бронхиальной астмы, сенной лихорадки и экземы у детей, матери которых во время беременности принимали антибактериальные препараты, был выше на 68%, 56% и 17% соответственно, причем риск не зависел от класса антимикробных препаратов, но зависел от дозы принимаемого препарата. К категории «В», т.е. нет доказательств риска, относят: пенициллины, цефалоспорины, меропенем, монобактамы, макролиды, клиндамицин, ванкомицин, спектиномицин, нитрофураны, полимиксины, метронидазол, сульфаниламиды, фосфомицина трометамол (FDA USA). В поздние сроки беременности не рекомендуют применять: сульфаниламиды, нитрофураны, рифамипицин, хлорамфеникол, налидиксовую кислоту, метронидазол. Запрещены во время беременности следующие антимикробные препараты: гризеофульвин, доксициклин, кларитромицин, ломефлоксацин, миноциклин, налидиксовая кислота, норфлоксацин, офлоксацин, тетрациклин, цiproфлоксацин, эноксацин, эритромицина эстолат. У цефалексина и цефтриаксона из цефалоспоринов наиболее выражено токсическое влияние на плод. Профессор Е.А. Ушкалова подробно представила доказательные данные по нежелательным побочным действиям или токсическому влиянию отдельных классов антимикробных препаратов у беременных и их влиянию на плод. Наиболее эффективным и безопасным препаратом выбора для лечения острого цистита и бессимптомной бактериурии у беременных является фосфомицина трометамол.

В целом же по возможности реко-





Профессор А.А. Камалов, НИИ урологии

мендовано избегать применения антимикробных препаратов у беременных, тщательно взвешивать соотношение польза/риск и польза для матери должна превышать риск для плода.

На симпозиуме «Инфекции, передаваемые половым путем» с докладом «Стандартизация ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем» выступила профессор **В.И. Кисина**. Она подчеркнула, что в связи с возрастанием стоимости медицинской помощи при ограничении возможности удовлетворения ее потребности, разработка и внедрение в медицинскую практику стандартных унифицированных процедур (алгоритмов), позволяющих определить необходимость различных видов медицинских услуг, способствует рациональному расходованию ресурсов. Также частое использование различных процедур без наличия показаний может быть не по злому умыслу, а вследствие перестраховки, добросовестного заблуждения, осознанной практики, в то время как объем медицинской помощи определенный стандартом, исключает неэффективные технологии и регулирует применение дорогостоящих услуг. Включение определенной технологии в научно обоснованный стандарт фактически означает признание целесообразности ее применения и освобождает врача от трудоемкого поиска доказательств ее эффективности и безопасности. Профессор В.И. Кисина подробно рассказала историю стандартизации в дерматовенерологии, привела образцы национальных стандартов (клинико-экономических матриц), утвержденных Федераль-

ным агентством по техническому регулированию и метрологии РФ: «Хламидийная инфекция, неосложненная форма», «Гонококковая инфекция, неосложненная форма», «Кандидоз вульвы и вагины. Кандидоз других урогенитальных локализаций», «Уретрит или цервицит, ассоциированный с другими генитальными микоплазмами» и «Урогенитальный трихомоноз, неосложненная форма». В докладе было показано сравнение рекомендаций, в частности, по антибактериальной терапии, данных международными организациями и национальным российским стандартом.

Медицинские стандарты, будучи изложением алгоритма (технологии) медицинского вмешательства, могут заменить экспертные заключения, поскольку содержат типовые (обычные) требования не только к последовательности действий медицинского персонала, но и к эффективности и безопасности вмешательства.

В то же время необходимо отметить, что в настоящее время в России не принято ни одного стандарта по ведению больных с заболеванием, т.к. стандарт является обязательным к исполнению, а в докладе профессора В.И. Кисиной говорилось о медико-экономических стандартах или матрицах, которые создавались больше для экономического расчета стоимости медицинских услуг и лекарственных препаратов по тому или иному заболеванию.

Следующий докладчик, **Ю.В. Анохина** из отдела стандартизации НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, ММА им. И.М. Сеченова, осветила вопросы принципов разработки стандартов технологий выполнения простых медицинских услуг. В настоящее время разработано свыше 100 проектов национальных стандартов технологий выполнения услуг (сестринский процесс, физиотерапевтические процедуры, клиническая лабораторная диагностика). Подробно изложены требования к написанию стандарта технологии выполнения простых медицинских услуг, включая требования и к безопасности труда медицинского работника, условия выполнения ПМУ на разных уровнях, материальные

ресурсы, необходимые приборы, инструменты, изделия медицинского назначения, лекарственные препараты, иммунобиологические и прочие. Характеристика методики выполнения ПМУ, которая и есть пошаговый алгоритм выполнения процедуры. Достижимые результаты и их оценка, форма информированного согласия пациента при выполнении ПМУ, параметры оценки и контроля качества выполнения данной методики. В разделе «Стоимостные характеристики технологий выполнения ПМУ» содержатся сведения о необходимом количестве времени врача, лаборанта и др. (УЕТ) на выполнение данной услуги. При рецензировании технологий применения ПМУ получено 18 рецензий из разных городов России, замечания которых были учтены при окончательной версии. При апробации технологий выполнения простых медицинских услуг будет проведена оценка возможности выполнения технологий и оценка ресурсного обеспечения медицинских организаций в различных субъектах РФ.

В докладе профессора **А.П. Никонова** «Современные аспекты диагностики терапии вульвовагинальной инфекции» показана этиология вульвовагинитов – кандидозный, трихомонадный и бактериальный вагиноз (полимикробная, в основном анаэробная микрофлора, *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Mobiluncus spp.* – у 60-75%, *Gardnerella vaginalis* – у 95%, *Mycoplasma hominis* – у 60-75%), клинические формы. Отмечена нормальная микрофлора влагалища: *Lactobacillus spp.* – 90-95%, степень колонизации – 10^7 КОЕ/мл, pH – 3,8-4,2, отношение анаэробов к аэробам – 2-5 : 1, *Gardnerella vaginalis* – у 5-60%, *Mobiluncus spp.* – до 5%, *Mycoplasma hominis* – у 15-30%, *Candida spp.* – у 10-20% ($\leq 10^3$ КОЕ/мл). Даны различные схемы лечения вульвовагинитов. Лечение рецидивирующего (4 эпизода симптоматического вульвовагинального кандидоза в год, ~ 5%) включает супрессивную терапию. Клотримазол – 500 мг интравагинально ежедневно или Флюконазол – 100 мг *per os* – ежедневно. Длительность терапии – до 6 месяцев. При канди-

дозном баланите – лечение полового партнера: Клотримазол или Миконазол крем 2 р./сут. – 7 дней. Даны трудности диагностики, включающие необоснованность скрининговых программ, диагностику несуществующих заболеваний (микоз, уреоплазмоз); неадекватные методы диагностики (гипердиагностика); неправильную интерпретацию результатов; несертифицированные лаборатории. К неадекватной терапии докладчик (терапия несуществующих заболеваний, лечение анализов) отнес необоснованный выбор препаратов, их дозировок, схем и путей введения; поливалентную неспецифическую терапию; ситуационно неоправданную терапию (БВ); неоправданную терапию половых партнеров. Докладчик привел выписки из амбулаторных карт и консультаций с рекомендациями лечения несуществующих заболеваний, отличающиеся полиморфизмом. Пути решения проблемы рационального применения антибактериальной терапии в акушерстве и гинекологии докладчик считает создание государственных стандартов и строгое их соблюдение; создание экспертного совета по пересмотру стандартов и осознание врачами принципов доказательной медицины.

В докладе профессора **Ю.В. Кудрявцева** «Клинико-морфологические характеристики внутриклеточной инфекции, передающейся половым путем» отражены дистрофические изменения слизистой оболочки влагалища при внутриклеточной инфекции (хламидией и уреоплазмой), дистрофия и некроз эпителия при внутриклеточном заражении эпителия мочевого пузыря, различия в экссудативной реакции при уреоплазменной и хламидийной инфекции, динамика нарастания продуктивных процессов при внутриклеточной инфекции. Приведены варианты конституциональных особенностей строения слизистых оболочек мочевого пузыря и влагалища, нарушения регенерации слизистой оболочки – плоскостная метаплазия уретеры или нарушение регуляции со стороны АСОЛТ (ассоциированной со слизистой оболочкой лимфоидной ткани) или носительство. Морфоло-

гическую основу (предсуществующие факторы, способствующие развитию урогенитальной инфекции) составляют:

- предсуществующие изменения строения слизистой оболочки: избыточное количество или резкое увеличение объема лимфатиков (лимфангиоматоз) гемангиоматоз, избыточное количество лимфоидных образований, кистозная трансформация слизистой оболочки;
- клеточные реакции в стенке мочевого системы;
- гуморальные (нейроиммуноэндокринные) нарушения (цитокиновые реакции).

Дана стадийность развития хламидийной инфекции, по мере развития хламидийного инфекционного процесса формируются морфологические изменения эпителия, которые можно охарактеризовать как дисрегенераторные, способствующие более легкому развитию воспалительного процесса вызванного нехламидийной флорой. Также приведены отличительные особенности развития уреоплазменной инфекции от хламидийной, заключающиеся в том, что уреоплазма повреждает мембраны клеток, в воспалительном инфильтрате мало лейкоцитов, уреоплазменная инфекция является своеобразным проводником, облегчающим проникновение банальной флоры во внутреннюю среду организма. Очевидна значимость исследований факторов местного (мукузального) иммунитета при заболеваниях урогенитального тракта.

Доклад «Микоплазмы и их повреждающее действие на клетки предстательной железы человека» от группы авторов доложил профессор **А.З. Винаров**. В докладе

акцентируется возможное влияние вирусов на онкогенез, показано разрушающее действие на клетку человека микоплазм, в частности на функцию p53 и NF-kB. Уменьшение функции p53 является одним из наиболее сильных факторов опухолевой прогрессии, а NF-kB – главный фактор, стимулирующий канцерогенез. Авторы исследовали ткань простаты, взятой при полифокальной биопсии на ДНК микоплазм, выявлено увеличение количества положительных проб (20,5%) на *Mycoplasma hominis* у больных аденокарциномой простаты с высоким ПИН, в отличие от группы больных с хроническим простатитом и ДГПЖ и низким ПИН (6,5%). Частота ПИН ВС и РПЖ у пациентов с выделенной ДНК *Mycoplasma hominis* выше, чем в группе пациентов без нее ($p = 0,033$). Возможно, что эрадикация микоплазм будет способствовать уменьшению риска развития рака простаты у этих пациентов. Необходимы дальнейшие исследования.

Последний симпозиум, 12 февраля, был посвящен эректильной дисфункции и новому ингибитору фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ5И) – уденафилу или Зидене (компания «Валента»). С докладом «Эректильная функция как показатель здоровья мужчин» выступил профессор **А.А. Камалов**. В своем докладе он привел статистические данные о частоте ЭД у мужчин в разных странах. Показаны причины развития ЭД, отмечена связь эректильной дисфункции и эндотелиальной функции и кардиальных патологических состояний. Продемонстрированы связь ЭД с сахарным диабетом, влияние разных лекарственных препаратов



на ЭД. Патологические состояния, обуславливающие поражение головного, спинного мозга, а также нарушение проводимости по периферическим нервным волокнам могут быть причиной нейрогенной эректильной дисфункции. ЭД может быть симптомом других серьезных заболеваний, в частности: ИБС, атеросклероза, гипогонадизма, сахарного диабета, метаболического синдрома, рассеянного склероза, ХПН, маниакально-депрессивного синдрома, заболевания простаты и органов дыхания. Поэтому для решения вопросов мужского здоровья необходима мультидисциплинарный подход.

Доклад профессора **В.В. Борисова** «Патогенетические механизмы эректильной дисфункции» посвящен факторам, лежащим в основе развития ЭД: психогенным, нервным, эндокринным, сосудистым, артериальным, венозным, эндотелиальным, обусловленным изменениями кавернозной ткани, соматическими заболеваниями, прием лекарственных средств. Подчеркнута роль эндотелия: барьерная; регуляция сосудистого тонуса и роста сосудов; участие в процессах адгезии лейкоцитов, в балансе профибринолитической и протромбогенной активности; синтез вазоактивных веществ, в том числе вазодилаторов (NO, простаглицлин), вазоконстрикторов (эндотелин-1, ангиотензин II, серотонин, простагландин и тромбоксан), гепарина, активаторов плазминогена, брадикинина и факторов роста, играющих важную роль в процессах микроциркуля-

ции и гемостаза. При дисбалансе между вазодилатацией и вазоконстрикцией (сосудорасширяющими и сосудосуживающими факторами), вызванном уменьшением выработки одних и увеличением синтеза других, возникает эндотелиальная дисфункция. Указана роль одного из важных медиаторов организма NO и NO-синтазы в генезе ЭД. Оксидантный стресс в результате действия свободных кислородных радикалов и других реактивных форм кислорода, м. б. основным фактором, ухудшающим функцию кавернозной ткани при ЭД. Увеличение инактивации NO кислородными радикалами приводит к нарушению расслабления гладкой мускулатуры. Показана роль оксигенации тканей полового члена для улучшения эрекции.

Докладчик показал последовательность физиологических процессов при эрекции и роль ФДЭ5 и в модулировании, сохранении эрекции, и лечении ЭД.

В докладе **Т.С. Перепановой** «Безопасность ингибиторов ФДЭ5. Новый лекарственный препарат ФДЭ5И – Зидена (уденафил)» показана эффективность и безопасность ФДЭ5И – силденафила, тадалафила, варденафила. Безопасность и нежелательные побочные действия этих препаратов обусловлены их основным вазодилатирующим действием: головная боль, покраснение, головокружение, диспепсия и заложенность носа – 10-15-22%; зрительные цветовые аномалии < 2% пациентов (силденафил и варденафил); боли в спине, миалгия – у 6% пациентов (тадалафил). В целом НПР слабые, самопроходящие при продолжительном применении и уровень отказа от приема из-за НПД = плацебо. Даны рекомендации потенциального риска осложнений сексуальной активности ФДЭ5И, регулирование доз при совместном приеме с другими лекарственными препаратами. Представлены данные доказательной медицины по новому ФДЭ5И-уденафилу (Зидене). Уденафил в 10000 раз оказывает более мощное ингибирование в отношении ФДЭ5, чем в отношении ФДЭ1, ФДЭ2, ФДЭ3, ФДЭ4, которые локализируются в сердце, головном мозге, кровеносных сосудах, пе-

чени и других органах. В 700 раз активнее в отношении ФДЭ5, чем в отношении ФДЭ6, обнаруженной в сетчатке глаза и ответственной за цветовосприятие. Уденафил не ингибирует ФДЭ11, что обуславливает отсутствие случаев миалгии, более в поясничной области и проявлений тестикулярной токсичности. Длительное действие с блестящей продолжительностью до 24 часов. В результате проведенных исследований рекомендуемая доза уденафила составляет 100 мг, внутрь за 30-90 минут (в среднем за 60 минут) до предполагаемой сексуальной активности, независимо от приема пищи. Доза может быть увеличена до 200 мг, с учетом индивидуальной эффективности. Кратность применения – один раз в сутки. В докладе представлены данные исследований в США, Великобритании и Корее, подтверждающие блестящий эффект на эрекцию и на степень удовлетворения пациентов половым актом.

Уденафил дает значительное улучшение эректильной функции: до 88% попыток полового акта завершились успешной пенетрацией и 69% попыток завершились удовлетворением. 50% пациентов, получивших 150 мг уденафила, достигли нормальной эрекции по сравнению с 14% в группе плацебо и до 80% мужчин, получивших уденафил, сообщили об улучшении эрекции (GAQ) по сравнению с 38% пациентов, леченных плацебо. В настоящее время уденафил под торговым названием Зидена зарегистрирован в России для лечения эректильной дисфункции.

На следующий день, 13 февраля, была прочитана лекция профессора **А.А. Новик** на тему: «Оценка результатов лечения в урологии с учетом показателей качества жизни больного. Теоретические и практические аспекты».

На пленарном заседании «Организация лечебной помощи у урологических больных» с докладом «Стандартизация диагностики и лечения ДГПЖ» выступил заместитель директора НИИ урологии **А.В. Сушков**. В этом выступлении были отражены трудности стандартизации ведения больных с ДГПЖ из за:

- большого разнообразия клини-



Профессор А.З. Винаров, ММА им. И.М. Сеченова

ческих вариантов;

- отсутствия общепризнанной классификации;
 - отсутствия взаимосвязи между основными клиническими параметрами;
 - трудной прогнозируемости результатов лечения;
 - большой вариабельности результатов субъективных и объективных тестов;
 - большого «груза» сопутствующих заболеваний у пожилых пациентов с отягощенным анамнезом, принимающих различные лекарственные препараты;
 - отсутствия корреляции клинических симптомов и объективных показателей.
- К достоинствам и противоречиям алгоритма ведения больных докладчик отнес следующие пункты:
- основное достоинство – наличие стандартизированного подхода;
 - упрощенное описание клинической ситуации и последовательности действий;
 - необходимость пространственных комментариев;
 - требование одновременного учета большого числа разнообразных факторов;
 - необходимость применения «сложных» методов диагностики для оценки степени ИВО (КУДИ);
 - трудность прогнозирования результатов лечения, учет «факторов прогрессии» ДГПЖ (Vprost, ПСА);
 - методологические неточности.

Предложенный алгоритм ведения больных с ДГПЖ отвечает современным требованиям диагностики и лечения, долгосрочным прогнозам. Факторы, влияющие на выбор лечения: возраст, сопутствующие заболевания, качество жизни, сексуальное здоровье, риск прогрессии заболевания, срок предстоящего лечения, желаемое время наступления эффекта, выбор пациента, стоимость и доступность (приемлемость) лечения. Подробно рассмотрен алгоритм выбора метода лечения ДГПЖ, определены факторы, влияющие на выбор, а также алгоритм ведения больных с острой задержкой мочеиспускания, вследствие ДГПЖ.

С докладом «Перспективы разработки стандартов медицинских

технологий в урологической практике» выступила **Д.В. Лукьянцева** (зав. лабораторией проблем стандартизации, лицензирования и аккредитации НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова). В докладе подробно представлены данные по системе стандартизации здравоохранения в медицине, приведены приказы. Показаны направления работы по написанию новых стандартов, по оценке уже написанных и утвержденных медицинских технологий, в частности по простым медицинским услугам. Показаны уровни применения стандартов, методические рекомендации по внедрению стандартов на уровне региона и медицинской организации (Проект), отличительные особенности стандартов от СОПов. Важное условие – адаптация стандартов на уровне регионов и лечебного учреждения.

В докладе заместителя директора НИИ урологии д.м.н. **А.Ю. Павлова** «Практическое внедрение стандартов высокотехнологичной медицинской помощи в урологической практике» показано, что в настоящее время уровень обеспеченности по разным видам высокотехнологичной медицинской помощи составляет не более 20% от потребностей. Даны плановые объемы оказания ВМП, данные руководителями здравоохранения разным лечебным учреждениям, и методические рекомендации юридическим лицам при осуществлении работ (услуг) в части высокотехнологичной помощи по урологии/детской урологии-андрологии. Продемонстрированы конкретные истории болезней пациентов, пролеченных по стандартам ВМП. Даны пути совершенствования и развития высокотехнологичной медицинской помощи в урологии:

1. Подготовка, утверждение и внедрение детализированных стандартов лечения пациентов с урологическими заболеваниями в рамках регламентированных видов ВМП с учетом категорий сложности клинических ситуаций.

2. Подготовка и регистрация в Росздравнадзоре методик, используемых при оказании высокотехнологичной медицинской помощи



Т.С. Перепанова, д.м.н., НИИ урологии

пациентам с урологическими заболеваниями.

3. Постдипломная подготовка урологов, обеспечивающих оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

4. Формирование и организация работы постоянно действующей комиссии по оценке качества оказания ВМП и эффективности использования денежных средств федерального бюджета, выделяемых на оказание ВМП.

Также с докладом выступил главный уролог Москвы **В.А. Максимов**. В его выступлении был показан стандартизированный подход к управлению урологической помощью в Москве, где по данным переписи 2002 г. проживает 10,5 млн взрослого населения. На I этапе урологическую помощь оказывают 230 поликлиник, 12 поликлинических отделений городских больниц, 26 МСЧ, 6 КДЦ. На II этапе – окружные урологические отделения. Показана этапность оказания медицинской помощи на примере неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей. На амбулаторном и госпитальном уровне руководствуются методическими рекомендациями МЗ РФ от 2002 г. Представлена этапность обследования и ведения больных с доброкачественной гиперплазией простаты. На госпитальном этапе руководствуются медико-экономическими стандартами оказания стационарной помощи взрослому населению (1998 г.) и формулярным перечнем



лекарственных средств – основным документом, регламентирующим лекарственное обеспечение. Оптимальная организация медицинской помощи и ее экономическое обеспечение достижимы только на основе стандартизации диагностических и лечебных подходов. Выполнение стандартов позволяет улучшить качество оказания помощи и рационально использовать выделяемые средства. Стандарты лечения льготных категорий позволили создать предпосылки для нормативно-юридической базы для работы в рамках ОМС.

На следующем заседании «Хронический простатит и синдром хронической тазовой боли» рассматривались вопросы оптимального подхода к ведению больных с хроническим простатитом. С докладом выступил заместитель директора НИИ урологии **А.В. Сивков**. Докладчик представил эпидемиологические данные по распространенности и диагностике простатита. Даны современные классификации и признаки простатита, этиологические факторы. Приведены собственные данные по мультифокальной биопсии простаты, где в 83,3% – не выявлено воспаления. Обсуждались противоречивые вопросы простатита и синдрома хронической тазовой боли, нарушения копулятивной и генеративной функции при простатите. Дан алгоритм дифференциальной диагностики простатита. Представлены данные НИИ урологии по уродинамическому обследованию больных с ХАБ IIIВ – у 57% выявлена псевдодиссинергия наружного сфинктера уретры: уве-

личение максимального внутриуретрального давления до 137 см H₂O (+23%), увеличение давления закрытия уретры до 158 см H₂O (+17,7%); повышение амплитуды электромиографического потенциала мышц тазового дна в фазе опорожнения до 40 мВ (+75%); у 64% при МРТ выявлены различные изменения позвоночного столба в нижнепоясничной или крестцовой области. Показана роль нейрогенной дисфункции органов тазового дна. Дан алгоритм лечебной тактики.

В докладе «Функциональные исследования при хронической тазовой боли» **В.В. Ромих** дана стандартизованная терминология уродинамических симптомов, болевого синдрома. Так как таз и тазовые органы являются единым функциональным блоком организма человека, ухудшение функционирования одной части может вызывать дисфункцию других. Подробно рассмотрены методы обследования и аппаратура для исследования функционального состояния органов таза, нейрофизиологические исследования. Даны спорные вопросы лечения тазовой боли и меры, при которых лечение выявленного нарушения приводит к снижению/ликвидации боли:

- прецизионное воздействие (инъекции токсина в наружный сфинктер);
- медикаментозное лечение;
- БОС, мануальная терапия, игло-рефлексотерапия.

Уродинамическое исследование, позволяющее объективизировать и описать нарушение функции мочевых путей – базовое КУДИ – определяет нарушение, показания и противопоказания к лечению.

Следующие доклады были посвящены перспективам использования альфа1-адреноблокаторов в комплексном лечении больных хроническим простатитом (**П.И. Раснер**), применению нейростимуляции в лечении хронической тазовой боли (**Э.Д. Исагулян**), обсуждалась этиология абактериального простатита. В докладе **К.Л. Локшина** приведены данные по открытому рандомизированному сравнительному исследованию эффективности и безопасности комбинированной

терапии доксазолином (Камиреном XL) + ципрофлоксацином (Ципринолом) и монотерапии ципрофлоксацином (Ципринолом) в лечении больных хроническим простатитом. У больных хроническим простатитом комбинированная терапия (Ципринолом + Камирен XL) имеет преимущества перед монотерапией (Ципринолом):

- раньше и в большей степени ↓ балл NIH-CPSI;
- ↓% больных с изменениями в секрете простаты;
- раньше и в большей степени ↑ Qmax;
- не сопряжена с большим риском неблагоприятных явлений.

Доклад по эффективности и безопасности экстракта пыльцы разнovidных растений Цернилтон® у пациентов с хроническим абактериальным простатитом представил **Н.Г. Кеушев** (НИИ урологии), а в докладе на тему «Клинико-иммунологические аспекты хронического бактериального простатита на фоне проведения иммуномодулирующей терапии» представлены данные по комбинированному препарату Генферон (интерферон альфа-2), который оказывает противовирусное, противомикробное и иммуномодулирующее действие. Под воздействием интерферона альфа-2 в организме усиливается активность естественных киллеров, Т-хелперов, фагоцитов, а также интенсивность дифференцировки В-лимфоцитов. Активизация лейкоцитов, содержащихся во всех слоях слизистой оболочки, обеспечивает их активное участие в ликвидации первичных патологических очагов и обеспечивает восстановление продукции секреторного иммуноглобулина А. Показано, что Генферон эффективен и безопасен при хроническом бактериальном простатите, так как:

- оказывает положительное влияние на выраженность клинических симптомов хронического бактериального простатита;
- выраженность воспалительных явлений в предстательной железе уменьшается;
- активизируются звенья иммунной системы организма с тенденцией к нормализации иммунологических показателей;



Профессор А.А. Козлов,
НИИ антимикробной химиотерапии, Смоленск

• при применении препарата Генферон нежелательных явлений зарегистрировано не было.

На последнем заседании, посвященном интерстициальному циститу и синдрому хронической тазовой боли у женщин, обсуждались вопросы облегчения болевого синдрома у женщин, трудно поддающегося терапии. В докладе **Т.С. Перепановой** представлена современная классификация урологического болевого синдрома. Указано, что современные классификации рекомендуют называть не интерстициальный цистит, а мочепузырный болевой синдром, который отражает многообразие причин для боли. Представлены морфологические изменения слизистой мочевого пузыря по данным НИИ урологии, обуславливающие болевой синдром. Показана эффективность внутривагинального применения геля Катеджель с лидокаином фирмы «Монтавит», Австрия, как эффективного и безопасного средства для купирования болевого синдрома при BPS/IC (цисталгии), уретральном болевом синдроме, хроническом бактериальном цистите.

Доклад «Современные обезболивающие лекарственные средства. Место и роль НПВП» прочитал доцент кафедры клинической фармакологии СПбГМУ **М.В. Пчелинцев**. В даны определения ноцицептивной боли – типичная, адекватная физиологическая реакция на болевые раздражители; нейропатическая – боль, вызванная первичным повреждением или дисфункцией периферической или центральной нервной системы при отсутствии прямого раздражения ноцицепторов, психогенная боль, возникающая на индивидуально значимое эмоциональное воздействие. Приведены современные препараты для лечения боли. Особое внимание было уделено опасности применения метамизола (Анальгина). Следует помнить, что метамизол является основным анальгетическим компонентом таких популярных в России препаратов, как: Баралгин, Брал, Спазган, Спазмалгон, Баралган, Триган, Максиган и т.д. Таблетка этих препаратов содержит 500 мг метамизола, а ампула – 5 мл 50% раствора метамизола, т.е. 2,5 г! Ба-



ралгин не применяется в Германии с 1987 г. Имеются четкие причинно-следственные отношения между приемом метамизола и возможностью развития агранулоцитоза.

Представлены данные по печеночной недостаточности после применения парацетамола. Проанализированы случаи острой печеночной недостаточности у пациентов в 22 центрах в США за 6-летний период.

• острая печеночная недостаточность, вызванная парацетамолом, составила 22% в 1998 г. и 51% в 2003 г.;

• 81% пациентов принимали парацетамол в связи с хронической болью;

• из 275 пациентов 178 – выжили; 74 – умерло;

• 23 пациентам осуществлена трансплантация печени.

Сравнение Кетонала и Кеторолака показало, что Кеторолак удален с рынков Франции и Германии в связи с повышенной частотой побочных эффектов. Кетонал ретард (1-2 табл. 150 мг 1 раз в сутки) и Кетонал свечи (1 св. 100 мг 1-2 раза в сутки) рекомендован для лечения хронической тазовой боли. Кетонал (кетопрофен) является одним из наиболее эффективных и безопасных препаратов из группы НПВП, выпускаемый в разнообразных лекарственных формах и сочетающий выраженное анальгетическое и противовоспалительное действие при острой и хронической боли

В докладе профессора **А.В. Зайцева** по хронической тазовой боли у женщин продемонстрированы

видеоматериалы цистоскопии у больных с хронической тазовой болью, интерстициальным циститом, эндометриозом гениталий и мочевого пузыря. Показана ликвидация болей после оперативного лечения эндометриоза.

Г.Г. Кривобородов в своем докладе показал эффективность применения ботулинического токсина типа А в лечении больных с синдромом хронической тазовой боли. Доклад **О.С. Стрельцовой** (Нижегородская государственная медицинская академия) был посвящен диагностической значимости оптической когерентной томографии (ОКТ) и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при хроническом цистите, показана роль иммуномодулирующих препаратов и улучшающих микроциркуляцию – препараты Лавомакс (индуктор интерферона), биорегуляторы – цитомедины и растительный препарат Канефрон.

Конференция показала, что с каждым годом растет интерес урологов и врачей других специальностей к вопросам рациональной фармакотерапии урологических заболеваний, вопросам стандартизации ведения лечебно-диагностического процесса, вопросам доказательной медицины по эффективности и безопасности лекарственных препаратов, нежелательных побочных действий лекарственных средств и к диагностике, лечению и ведению больных с инфекционно-воспалительными урологическими заболеваниями. 