

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 фармакоterapia 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 (Lombert 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 мочевиной инфекции. Профессор **С.В. Сидоренко** представил доклад по микробиологическому обоснованию рациональной антибиотикотерапии при урологических инфекциях. Автор

привел данные по основным возбудителям мочевиной 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 *rar* и /или *sfa*-адгезинов штаммами *E.coli* в случае пиелонефрита выявлена в 94%, цистита – в 67%, при бессимптомной бактериурии – 57%. Продукция *rar* и /или *sfa* адгезинов коррелировала с продукцией гемолизина и цитотоксического фактора. Большинство уропатогенных *E.coli* принадлежат к наиболее



Тетсуро 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 грам отрицательные 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 регуляровка» 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.pneumonia* 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. Трапезникова**

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.

