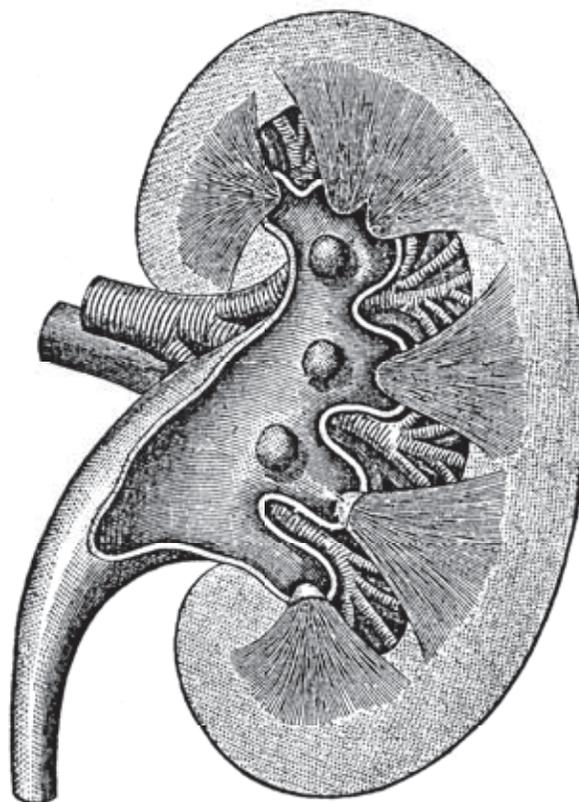
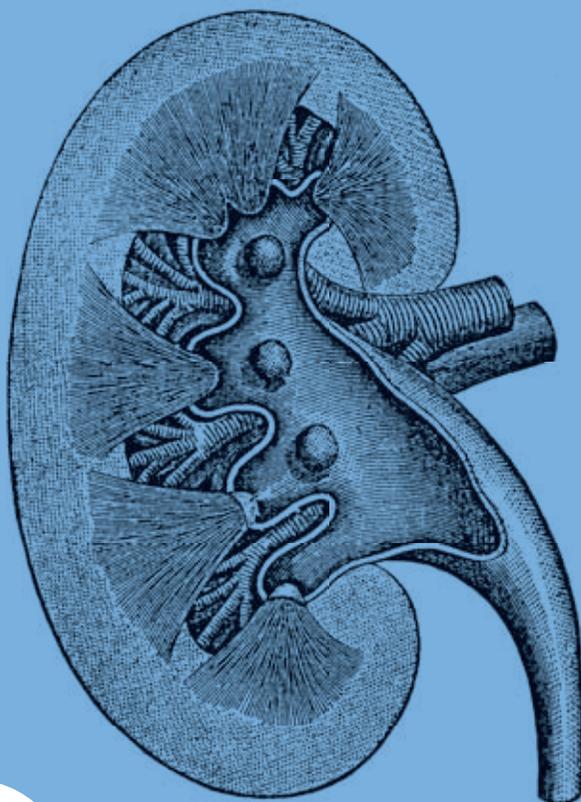


ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКО

ТЕРАПИЯ

урология и нефрология №3, 2016



№

23

Конгресс Европейской ассоциации урологов – 2016: обзор докладов, посвященных диагностике и лечению ДГПЖ

6

Перспективы антиоксидантной терапии мужского бесплодия

24

Препараты растительного происхождения в метафилактике мочекаменной болезни

32



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



7-10 СЕНТЯБРЯ 2016, МОСКВА

XXVI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА»

ТЕМЫ

- Женское и мужское бесплодие: диагностика и лечение
- Новые протоколы стимуляции яичников
- Культивирование гамет и эмбрионов
- Селекция сперматозоидов для ИКСИ
- Эндометрий и имплантация эмбриона
- Беременность и здоровье детей после ВРТ
- Генетические аспекты ВРТ. ПГД
- Суррогатное материнство. Донорство гамет и эмбрионов
- Анестезия для ВРТ
- Психология и этика в репродуктивной медицине



2016 год особенный:

30 лет первым детям, родившимся в нашей стране благодаря ЭКО

25 лет Российской ассоциации репродукции человека

20 лет регистру ВРТ РАРЧ

В рамках конференции пройдут научно-практические семинары, прямая трансляция из операционной, мастер-классы, тренинги, круглые столы и выставка, на которой будет представлена широкая линейка фармацевтических препаратов и новейшего медицинского оборудования.

Организаторы



При поддержке



Конгресс-оператор



По всем вопросам:
Екатерина Антонова

rahr@ctogroup.ru

Тел. +7 (495) 960-21-90 доб. 122

www.rahr.msk.ru

20-22 октября 2016, Уфа



XVI КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

ТЕМЫ

- Заболевания почек, мочевого пузыря, простаты и органов мошонки
- Достижения российской урологии
- Профилактика урологических заболеваний
- Современные возможности визуализации в урологии
- Диагностика и лечение мочекаменной болезни и пиелонефрита
- Актуальные проблемы уроонкологии
- Современные тенденции химио- и лучевой терапии в уроонкологии
- Диагностика и лечение заболеваний нижних мочевых путей, простаты и уретры
- Современные возможности лекарственной терапии в урологии

Организаторы



WWW.CONGRESS-ROU.RU

Российское диализное общество

План мероприятий на 2016 г.

Уважаемые партнеры!

Российское диализное общество выражает признательность за многолетнее плодотворное сотрудничество и приглашает принять участие в мероприятиях, запланированных на 2016 г.

1. VI Объединенная научно-практическая конференция, посвященная Всемирному дню почки – 2016

Даты проведения: 10 и 11 марта

Место проведения: Россия, Москва

Конференция проводится при участии Международного общества нефрологов

2. XV Северо-Западная нефрологическая школа

Даты проведения: 9–11 июня

Место проведения: Россия, Санкт-Петербург

3. IV Конгресс нефрологов новых независимых государств

Даты проведения: 20–23 сентября

Место проведения: Белоруссия, Минск

Конгресс проводится при участии Международного общества нефрологов. Российское диализное общество выступает в качестве соорганизатора мероприятия

4. IX межрегиональная конференция Приволжского федерального округа

Даты проведения: 7 и 8 октября

Место проведения: Россия, Пермь

Конференция проводится при участии Международного общества нефрологов

5. Московская городская научно-практическая конференция «Дни нефрологии в Москве – 2016»

Даты проведения: 27 и 28 октября

Место проведения: Россия, Москва

Конференция проводится при участии Международного общества нефрологов, Европейской почечной ассоциации – Европейской ассоциации диализа и трансплантации и Глобальной инициативы по улучшению исходов заболеваний почек

6. VIII Региональная конференция Санкт-Петербурга и Северо-Западного округа «Актуальные вопросы заместительной почечной терапии»

Даты проведения: 10 и 11 декабря

Место проведения: Россия, Санкт-Петербург

7. Постоянно действующий Московский клинико-морфологический семинар по нефрологии

Даты проведения: февраль, апрель, сентябрь, декабрь

Место проведения: Россия, Москва

Точные даты проведения заседаний семинара будут определены позднее

Контакты:

председатель Российского диализного общества А.М. Андрусев, тел. (499) 196 31 22; e-mail: am_andrusev@mail.ru

ответственный секретарь Российского диализного общества А.В. Водорезова, тел./факс: (499) 196 10 11, (965) 137 03 52;

e-mail: rosdiagnosis@mail.ru

Сайт: www.nephro.ru

Эффективная
фармакотерапия. 23/2016.
Урология и нефрология. № 3

ISSN 2307-3586

Главный редактор
член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф. Ю.Г. АЛЯЕВ

Ответственный секретарь
докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия
докт. мед. наук, проф. В.Б. БЕЛОБОРОДОВ
докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА
докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ
докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА
докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ
докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС
докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН
докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН
докт. мед. наук, проф. А.Ю. ОВЧИННИКОВ
докт. мед. наук, проф. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ
докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ
докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН
докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

Редакционный совет направления

«Урология и нефрология»

О.И. АПОЛИХИН, И.А. АПОЛИХИНА,
А.З. ВИНАРОВ, С.П. ДАРЕНКОВ,
Т.И. ДЕРЕВЯНКО, В.М. ЕРМОЛЕНКО,
С.Ю. КАЛИНЧЕНКО, А.А. КАМАЛОВ,
В.А. КОВАЛЕВ, М.И. КОГАН,
Н.Л. КОЗЛОВСКАЯ, Б.К. КОМЯКОВ,
К.Л. ЛОКШИН, О.Б. ЛОРАН,
А.Г. МАРТОВ, А.М. МИЛЛЕР,
Н.А. МИХАЙЛОВА, Т.С. ПЕРЕПАНОВА,
Д.Ю. ПУШКАРЬ, В.В. РАФАЛЬСКИЙ,
И.В. ЧЕРНЫШЕВ, Е.М. ШИЛОВ

© Агентство медицинской информации «Медфорум»
127422, Москва, ул. Тимирязевская,
д. 1, стр. 3, тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор
А. СЕНИЧКИН

Руководитель проекта
«Урология и нефрология»
Т. ФАЛЕЕВА (t.faleeva@medforum-agency.ru)

Выпускающий редактор А. ЗИМЕНКОВА
Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА
Корректор Е. САМОЙЛОВА
Дизайнер С. НОВИКОВ
Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Тираж 8500 экз.
Выходит 7 раз в год

Свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс
по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию
журнала на сайте www.umedp.ru

Редакция не несет ответственности за содержание
рекламных материалов
Любое воспроизведение материалов и их фрагментов
возможно только с письменного разрешения
редакции журнала. Мнение редакции может не
совпадать с мнением авторов

**Авторы, присылающие статьи для публикации,
должны быть ознакомлены с инструкциями
для авторов и публичным авторским договором.
Информация размещена на сайте www.umedp.ru**

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен
в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

Содержание

Обзор

- А.Г. МАРТОВ, Д.В. ЕРГАКОВ
Терапия симптомов нижних мочевых путей, обусловленных
доброкачественной гиперплазией предстательной железы:
что нового в 2016 году 6
- А.С. ПОПКО, К.Л. ЛОКШИН
Современные возможности медикаментозной терапии пациентов
с эректильной дисфункцией 14

Семинар

- Классификация, симптоматика, диагностика, лечение простатита 18

Медицинский форум

- Современная антиоксидантная терапия. Поиски новых решений 24
Тренды фармакотерапии в урологии. Инновации и обращение к прошлому 32

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

Yu.G. ALYAYEV, MD, DMSci, Prof., RASci Corr. Mem.

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

V.B. BELOBORODOV, MD, DMSci, Prof.

V.A. GORBUNOVA, MD, DMSci, Prof.

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

D.F. KHRITININ, MD, DMSci, Prof.

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

L.V. LUSS, MD, DMSci, Prof.

O.N. MINUSHKIN, MD, DMSci, Prof.

A.M. MKRTUMYAN, MD, DMSci, Prof.

A.Yu. OVCHINNIKOV, MD, DMSci, Prof.

V.N. PRILEPSKAYA, MD, DMSci, Prof.

Ye.I. SHMELYOV, MD, DMSci, Prof.

V.V. ZAKHAROV, MD, DMSci, Prof.

I.N. ZAKHAROVA, MD, DMSci, Prof.

Editorial Council

O.I. APOLIKHIN, I.A. APOLIKHINA,

I.V. CHERNYSHOV, S.P. DARENKOV,

T.I. DEREVYANKO, S.Yu. KALINCHENKO,

A.A. KAMALOV, M.I. KOGAN,

B.K. KOMYAKOV, V.A. KOVALEV,

N.L. KOZLOVSKAYA, K.L. LOKSHIN,

O.B. LORAN, A.G. MARTOV,

N.A. MIKHAYLOVA, A.M. MILLER,

T.S. PEREPANOVA, D.Yu. PUSHKAR,

V.V. RAFALSKY, Ye.M. SHILOV,

A.Z. VINAROV, V.M. YERMOLENKO

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

General Manager

A. SINICHKIN

Advertising Manager

T. FALEYEVA

t.faleeva@medforum-agency.ru

Contents

Review

A.G. MARTOV, D.V. YERGA KOV

Therapy of the Lower Urinary Tract Symptoms
due to Benign Prostatic Hyperplasia: Update 2016

6

A.S. POPKO, K.L. LOKSHIN

Modern Opportunities for Medicated Therapy of Patients with Erectile Dysfunction

14

Seminar

Classification, Symptoms, Diagnosis, Treatment of Prostatitis

18

Medical Forum

Modern Antioxidant Therapy. A Search for Novel Solutions

24

Pharmacotherapeutic Tendencies in Urology. Innovations and Appeal to the Past

32

DISCOVERYMED

XI Междисциплинарная
научно-практическая конференция
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ» (ИНФЕКЦИИ,
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ
НОВООБРАЗОВАНИЯ, МОЧЕКАМЕННАЯ
БОЛЕЗНЬ И ДР.)



2 декабря 2016 г. с 9.00 до 17.30

Место проведения: Санкт-Петербург, ПетроКонгресс
(ст. м. «Чкаловская», Лодейнопольская ул., д. 5)

- Планируется издание материалов конференции с тезисами докладов в журнале «TERRA MEDICA». Тезисы принимаются Оргкомитетом конференции до 1 октября 2016 г. и должны содержать: название, Ф.И.О. и место работы всех авторов тезисов.
urgyn@yandex.ru

!!! Оргкомитет конференции:

ООО «ДискавериМед»,
Издательский Дом «Терра Медика»
тел./ф. (812) 274-08-62, 327-76-22
e-mail: expo@terramedica.spb.ru
<http://www.discoverymed.ru>



Терапия симптомов нижних мочевых путей, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы: что нового в 2016 году

А.Г. Мартов, Д.В. Ергаков

Адрес для переписки: Дмитрий Валентинович Ергаков, dergakov@mail.ru

Выполнен анализ наиболее важных абстрактов конгресса Европейской ассоциации урологов 2016 г. Обозначены основные тенденции в диагностике, медикаментозной терапии и хирургическом лечении симптомов нижних мочевых путей, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, симптомы нижних мочевых путей, консервативная терапия, хирургическое лечение

В марте 2016 г. в Мюнхене (Германия) прошел очередной 31-й конгресс Европейской ассоциации урологов. Было представлено 4414 абстрактов и 336 видеопостеров. Это больше, чем на предыдущем конгрессе в Милане. Больше всего абстрактов было прислано из Италии (471), Германии (401), Японии (367), Англии (360) и Южной Кореи (353). Среди основных тем, которые обсуждались на конгрессе, – доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, функциональная урология и рак

почки. В данном обзоре рассмотрены основные тенденции в терапии симптомов нижних мочевых путей, обусловленных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Абстракты по теме «доброкачественная гиперплазия простаты» были посвящены результатам фундаментальных исследований (31), диагностике (27), консервативной терапии (15), хирургическому лечению (27). Среди наиболее важных тем можно выделить три: 1) аутофагоцитоз: воздействие на воспалительный процесс и новая

мишень для терапии рака предстательной железы [1, 2]; 2) долговременная эффективность и уродинамическая безопасность комбинация альфа-адреноблокаторов и М-холиноблокаторов [3]; 3) снижение инвазивности хирургического лечения доброкачественной простатической обструкции: роль лазерной вапоризации и нитей Urolift [4–6].

Патогенез

Нарушение аутофагоцитоза в тканях предстательной железы может быть ответственно за развитие как доброкачественной гиперплазии, так и рака предстательной железы. A. Vecchione и соавт. определяли индекс воспаления, связанный с нарушением аутофагоцитоза, в тканях простаты, удаленных путем трансуретральной резекции, у 50 пациентов. За критерии активности воспалительного процесса были приняты уровни экспрессии белков LC3B и p62. Воспалительный индекс был выше у пациентов с низким уров-

нем LC3B и высоким уровнем p62, которые ассоциировались со снижением процессов аутофагоцитоза. Клинические перспективы авторы видят как в разработке новых терапевтических направлений, связанных со снижением активности воспаления в тканях простаты, так и в выявлении повышенного риска прогрессии доброкачественной гиперплазии простаты на основании экспрессии данных белков в биоптатах простаты [1].

Работа из Тайваня была посвящена изучению механизмов воздействия на аутофагоцитоз в тканях простаты. Н.-Е. Chen и соавт. использовали здоровые эпителиальные клетки, гормоночувствительные (Rv1) и гормонорезистентные (PC3) раковые клетки простаты для изучения свойств аллил изотиоцианата. Было выявлено, что аллил изотиоцианат вызывает аутофагоцитоз через ROS-зависимую регуляцию беклина 1. Установленный путь ингибирования клеточной пролиферации открывает новые пути негормонального воздействия на пролиферацию тканей простаты [2].

Диагностика

Среди работ, посвященных диагностике симптомов нижних мочевыводящих путей, стоит отметить испанское исследование эффективности визуальной урофлоуметрии. Авторы выделили четыре видеотипа струи мочи и установили, как соотносится каждый из них с максимальной (Q_{max}) и средней (Q_{av}) объемной скоростью потока мочи. По мнению исследователей, сопоставление струи мочи пациента с видеотипом с определенной долей статистической достоверности позволяет определить максимальную и среднюю скорость мочеиспускания. Таким образом, визуальная урофлоуметрия, будучи несложным методом, может быть полезна для уточнения Q_{max} и Q_{av} в тех случаях, когда не требуется принятия принципиального реше-

ния по тактике ведения больных [7].

M. Drake и соавт. сообщили о дизайне рандомизированного исследования UPSTREAM, результаты которого будут известны к 2018 г. [8]. Планируется оценить изменение уродинамических показателей у пациентов перед выполнением хирургического вмешательства по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы и после него. Срок наблюдения после операции – 15 месяцев. В исследование предполагается включить 800 пациентов из 26 центров Великобритании, на данный момент набрано 600 пациентов.

Симптомы нижних мочевых путей: роль возрастных изменений

Отдельное внимание было уделено изменениям нижних мочевых путей, обусловленных нормальными процессами старения. С возрастом как у мужчин, так и у женщин отмечается снижение чувствительной и моторной иннервации мочевого пузыря, способности сдерживать позыв, общей двигательной активности [9]. Для представителей обоего пола характерны гиперактивность детрузора, увеличение объема остаточной мочи, ноктурия. Кроме того, к возрастным симптомам относятся увеличение объема предстательной железы у мужчин, атрофический вагинит и пролапс гениталий у женщин [9].

M. Oelke и соавт. распределили все препараты, которые используются в терапии симптомов нижних мочевыводящих путей, на четыре класса, в зависимости от соотношения «эффективность – безопасность» для пожилых людей [10]. В класс А (абсолютно показанные и/или незаменимые препараты с доказанной эффективностью, отличное соотношение «эффективность – безопасность» у пожилых больных) не вошла ни одна группа препаратов. Класс В (преимущественно показанные препараты с доказанной

Было выделено четыре видеотипа струи мочи и установлено, как каждый из них соотносится с максимальной и средней объемной скоростью потока мочи. Визуальная урофлоуметрия, будучи несложным методом, может быть полезна для уточнения этих показателей в тех случаях, когда не требуется принципиального решения по ведению больных

эффективностью, либо с ограничениями в эффективности, либо наличием нежелательных явлений) был присвоен ингибиторам 5-альфа-редуктазы (финастерид, дутастерид) и фезотеродину. В класс С (преимущественно показанные лекарства с доказанной эффективностью либо с наличием ограничений в эффективности или серьезных нежелательных явлений) были включены суперселективные альфа-адреноблокаторы (тамсулозин, силодозин), М-холиноблокаторы (толтеродин, солифенацин), мирабегрон. К последнему классу D (использование у пожилых лиц нежелательно) были отнесены неселективные альфа-адреноблокаторы и пропиверин. Авторы отмечают нецелесообразность применения неселективных альфа-адреноблокаторов у пожилых пациентов в связи с повышением вероятности падений, а также усугублением субэндокардиальной ишемии, возможностью усиления суправентрикулярной тахикардии.

Консервативная терапия

Комбинированная терапия
Эффективность комбинированной терапии гиперактивного мочевого пузыря на фоне доброкачественной гиперплазии простаты альфа-адреноблокаторами и М-холиноблокаторами была оценена группой японских

исследователей Y. Matsukawa и соавт. [3]. В качестве критериев включения в исследование были приняты возраст пациентов старше 50 лет, показатель IPSS более 8 баллов, показатель шкалы оценки симптомов гиперактивного мочевого пузыря более 3, объем простаты более 25 см³, уровень остаточной мочи менее 150 мл, показатель максимальной объемной скорости менее 15 мл/с. Всего было включено 120 пациентов, рандомизированных на две группы. Первая группа получала монотерапию альфа-адреноблокатором, вторая – комбинацию «альфа-адреноблокатор + М-холиноблокатор». Средний возраст пациентов составил 70 лет, средний объем простаты – 46 см³. Контрольные точки исследования – 12 недель и один год. В обеих группах не было случаев острой задержки мочеиспускания или отмены препаратов. В группе комбинированной терапии средний объем остаточной мочи был ниже на 20 мл. Значимое улучшение субъективных показателей наблюдалось в обеих группах, при этом в группе комбинированной терапии оно было достоверно выше, чем в группе монотерапии. По результатам объективных уродинамических параметров, определенных в исследовании «давление – поток»,

были выявлены различия в емкости и гиперактивности детрузора. Авторы отмечают эффективность комбинированной терапии при лечении гиперактивного мочевого пузыря и доброкачественной гиперплазии простаты при соблюдении следующих условий: тщательный отбор пациентов, уродинамическое подтверждение гиперактивности детрузора при помощи исследования «давление – поток», соблюдение критериев включения и мониторинг уровня остаточной мочи.

Еще одна группа исследователей из Японии (Т. Yamanichi и соавт.) представила результаты комбинированной терапии у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и сохраняющимися ирритативными симптомами [11]. Всего в исследовании участвовало 160 пациентов. Средний возраст – 73 года, показатель шкалы гиперактивного мочевого пузыря – 7 баллов, объем простаты – 44 см³. Первые восемь недель все пациенты получали тамсулозин, после чего первой группе дополнительно был назначен дутастерид, а второй группе – дутастерид и М-холиноблокатор. Сроки наблюдения составили 24 недели. Существенных различий в объеме простаты не наблюдалось. Улучшение субъективных показателей было выше в группе пациентов, которые принимали три препарата: альфа-адреноблокатор, ингибитор 5-альфа-редуктазы и М-холиноблокатор. Максимальное снижение объема остаточной мочи отмечалось в группе пациентов, которые получали одновременно три препарата, и составило 18 мл. Неожиданные нежелательные явления и повышение частоты известных нежелательных явлений, характерных для используемых препаратов, отсутствовали. По сравнению со стандартной комбинированной терапией на фоне дополнительного приема М-холиноблокатора наблюдалось снижение выраженности

ирритативных симптомов, улучшение качества жизни и более быстрое начало развития эффекта. Комбинированная терапия тремя препаратами открывает перспективы в лечении пациентов с расстройствами мочеиспускания, при этом важно делать осознанный выбор, принимая во внимание эффективность и безопасность в каждом конкретном случае. Основаниями для назначения альфа-адреноблокатора и ингибитора 5-альфа-редуктазы помимо возраста старше 50 лет и показателя IPSS выше 8 баллов являются максимальная объемная скорость мочеиспускания до 10,4 мл/с, уровень простатического специфического антигена выше 1,5 нг/мл и объем простаты выше 30 см³. Для комбинации альфа-адреноблокаторов и М-холиноблокатора – возраст старше 50 лет, IPSS выше 8 баллов, отсутствие значимого количества (менее 150 мл) остаточной мочи, задокументированная гиперактивность детрузора. Не стоит использовать М-холиноблокатор у пациентов со скоростью мочеиспускания ниже 10 мл/сек. Важно также отметить, что в сложных случаях преимущество следует отдавать отдельным препаратам вместо назначения фиксированных комбинаций лекарственных средств. Возможность применения ингибиторов 5-альфа-редуктазы на фоне тестостерон-заместительной терапии была изучена авторами из Южной Кореи. В результате было установлено, что прием ингибиторов 5-альфа-редуктазы не снижает эффективность тестостерон-заместительной терапии, а, наоборот, позволяет предотвратить прогрессию симптомов нижних мочевыводящих путей на фоне тестостерон-заместительной терапии [12].

Монотерапия альфа-адреноблокаторами
Значительная часть работ по вопросам консервативной терапии симптомов нижних мочевыводящих путей была посвящена

Представлены результаты комбинированной терапии у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и сохраняющимися ирритативными симптомами.

Максимальное снижение объема остаточной мочи отмечалось на фоне приема одновременно трех препаратов: альфа-адреноблокатора, ингибитора 5-альфа-редуктазы и М-холиноблокатора

критериям первичной неэффективности монотерапии альфа-адреноблокаторами.

Особую ценность вследствие своей практической значимости представляют ультразвуковые критерии, которые не требуют дополнительных затрат и могут рутинно определяться при каждом ультразвуковом сканировании простаты и мочевого пузыря. Длина простатического отдела уретры более 4,5 см, уровень внутрипузырной протрузии более 10 мм, толщина детрузора более 5 мм и вес детрузора более 35 мм – признаки первичной неэффективности монотерапии альфа-адреноблокаторами. Важно понимать, что первичное назначение альфа-адреноблокаторов позволяет улучшить как субъективные, так и объективные показатели. Однако при длительном лечении вероятность прогрессирования симптомов нижних мочевых путей выше у пациентов на монотерапии, чем у пациентов, которые изначально получали комбинированную терапию [13]. Данные выводы не новы и были получены еще в исследовании CONDUCT. Однако в связи с тем, что в рутинной практике наиболее часто используется не фиксированная комбинация, а два препарата отдельно (альфа-адреноблокатор и ингибитор 5-альфа-редуктазы), были представлены уродинамические результаты отмены альфа-1-адреноблокаторов.

Несколько лет назад в исследовании SMART была показана возможность отмены альфа-1-адреноблокатора спустя шесть – девять месяцев после начала приема альфа-1-адреноблокатора и ингибитора 5-альфа-редуктазы [14]. Отмена снижает расходы на лечение, ведет к повышению комплаентности и уменьшает риск возникновения нежелательных явлений. Тем не менее необходимо учитывать, что следствием отмены альфа-1-адреноблокатора может стать ухудшение накопительной функции мочевого пузыря.

Новые данные о тамсулозине

Авторы из Японии в эксперименте изучали влияние тамсулозина на память у крыс, предположив воздействие антагонистов альфа-1-адренорецепторов на центральную нервную систему. В эксперименте препарат улучшал состояние кратковременной памяти, а также пространственное обучение и память у крыс путем усиления нейрогенеза и ослабления апоптоза в гиппокампе. Это свидетельствует о том, что тамсулозин не только улучшает состояние при нарушениях мочеиспускания, но и дополнительно положительно влияет на когнитивные функции, что актуально для пожилых пациентов [15].

Хирургическое лечение

Значительная часть исследований была посвящена хирургическим аспектам лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Однако на данном конгрессе этот вопрос рассматривался не с точки зрения эффективности, а с позиции безопасности, в связи со старением населения и увеличением доли пациентов старческого возраста, входящих в относительно удовлетворительном для оперативного вмешательства состоянии. Было проведено несколько пленарных заседаний, основные выводы и острые вопросы приведены ниже.

К одной из важных проблем относится возникновение делирия в послеоперационном периоде у пожилых пациентов. Частота возникновения делирия после хирургического лечения простаты у пациентов старше 75 лет составляет 8%. P. Tognoni и соавт. сообщили о том, что продолжительность предоперационного пребывания в стационаре – это независимый фактор риска развития делирия в послеоперационном периоде. Пребывание в стационаре сопровождается изменением уровня артериального давления, снижением подвижности диафрагмы, появляются или усугубляются се-

Сообщается об эффективности и безопасности лазерной вапоризации у пациентов старше 80 лет.

С учетом того, что метод не требует длительного пребывания в стационаре и не сопровождается риском развития геморрагических осложнений, он оптимален для пожилых и отягощенных сопутствующими заболеваниями больных

нильные изменения психики, снижается мышечная масса, в ряде случаев возникает клинически не манифестирующая тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии [16].

D. Eberli и соавт. провели сравнение частоты тромбоэмболических и геморрагических осложнений операционного лечения доброкачественной гиперплазии простаты [17]. Геморрагические осложнения в интра- и послеоперационном периоде отмечены в 15% случаев, они хорошо корригируются, при необходимости производится гемотрансфузия, отмывание тампонады мочевого пузыря или повторная операция по коагуляции кровоточащих сосудов. Тромботические осложнения встречаются в виде артериальных тромбозов (летальность 20–40%, в 50% случаев отмечаются остаточные явления) и венозных тромбозов (летальность 5–15%). К факторам риска развития данного вида осложнений относятся возраст, наличие коронарных стентов, искусственных клапанов сердца, венозный тромбоз, мерцание/трепетание предсердий, коагулопатии, а также продолжительность операции и ее вид. Авторы отмечают, что урологи традиционно обращают больше внимания на коррекцию геморрагических осложнений, в то время как наибольшую угрозу для жизни

больного представляет именно высокая вероятность развития тромботических осложнений.

S. Gardic и соавт. представили опыт Французской урологической ассоциации в хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии простаты у пациентов с искусственными клапанами сердца [18]. Авторы сравнили частоту геморрагических осложнений у 45 пациентов, оперированных с помощью трансуретральной резекции и открытой аденомэктомии, и у 13 пациентов, оперированных с помощью лазерной вапоризации. Препараты кумаринового ряда отменялись за семь дней до традиционной операции, и пациенты получали бридж-терапию низкомолекулярными гепаринами. Частота гемотрансфузий у данной группы пациентов составила 25%, а частота повторных кровотечений – 20%. В группе лазерной вапоризации кровотечений и гемотрансфузий не было. Авторы отмечают важность подбора правильного метода оперативного лечения у пациентов, принимающих антикоагулянты прямого действия.

C. Szymanski и соавт. из Польши сообщили о повышенном риске возникновения нарушений мозгового кровообращения у пациентов, которым в течение последнего года проводилась бридж-терапия до и после планового оперативного лечения [19].

J.N. Cogni и соавт. опубликовали результаты метаанализа, в котором оценивали эффективность и безопасность биполярной трансуретральной резекции

и энуклеации простаты, в том числе частоту послеоперационных геморрагических осложнений [20]. Авторы пришли к выводу, что энуклеация сопровождается меньшим кровотечением, требует меньше времени и более радикальна, чем биполярная трансуретральная резекция простаты.

V. Pradere и соавт. сообщили об эффективности и безопасности лазерной вапоризации у пациентов старше 80 лет [4]. С учетом того, что метод не требует длительного пребывания в стационаре и не сопровождается риском развития геморрагических осложнений, он оптимален для пожилых и ослабленных сопутствующими заболеваниями больных.

A. Brasetti и соавт. сообщили об отсутствии негативного влияния предоперационного приема ингибиторов 5-альфа-редуктазы на скорость выполнения и функциональные результаты лазерной вапоризации [21].

На конгрессе речь шла и о новых малоинвазивных методиках (Urolift, Rezum, водная абляция, TIND, эмболизация простатических артерий, терапия ботулотоксином). Одни методы уже активно применяются в клинической практике (эмболизация простатических артерий), по другим методам (Urolift, Rezum) опубликованы результаты рандомизированных исследований, по остальным методам (TIND, водная абляция) доложены лишь первичные результаты исследований [22]. По терапии ботулотоксином, наоборот, сообщены неудовлетворительные результаты,

свидетельствующие о том, что только 25% пациентов не получали дополнительного лечения в течение 18 месяцев после инъекции препарата [23].

Необходимо отметить, что некоторые малоинвазивные методы (Urolift, Rezum, TIND) могут эффективно использоваться при небольших размерах простаты, без выраженного внутрипузырного роста доброкачественной гиперплазии простаты. После различных малоинвазивных вариантов хирургического лечения доброкачественной гиперплазии простаты в послеоперационном периоде оправдана длительная терапия ингибиторами 5-альфа-редуктазы для профилактики прогрессирования заболевания [12, 21].

Таким образом, среди общих тенденций в хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы стоит выделить следующие:

- 1) некоторый сдвиг от резекционных методик к энуклеации;
- 2) безопасность лазерных методик у принимающих антикоагулянты, пожилых и соматически ослабленных пациентов;
- 3) возможность однодневной госпитализации пациентов для хирургического лечения доброкачественной гиперплазии простаты.

Большинство авторов отмечают необходимость усовершенствования каждого из вышеперечисленных разделов данной темы, последующие исследования позволят улучшить результаты диагностики и лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы [20].

Литература

1. Vecchione A., De Nunzio C., Cirombella R. et al. 106 Impairment of autophagy in prostatic inflammation // Eur. Urol. Suppl. Vol. 15. № 3. P. e106.
2. Chen H.-E., Lin J.-F., Lin Y.-C. et al. 44 Allyl isothiocyanate induces reactive oxygen species-mediated autophagy through beclin-1 in human prostate cancer cells // Eur. Urol. Suppl. Vol. 15. № 3. P. e44.
3. Matsukawa Y., Takai S., Fujita T. et al. 867 Long term efficacy of a combination therapy with an anticholinergic agent and an α 1-blocker for patients with benign prostatic enlargement complicated by overactive bladder: A randomized, prospective, comparative trial using a urodynamic study // Eur. Urol. Suppl. Vol. 15. № 3. P. e867, e867a.
4. Pradere B., Peyronnet B., Misraï V., Bruyère F. 962 Photovaporization of prostate with the Greenlight® laser in octogenarians: Results of a comparative, multicentric study // Eur. Urol. Suppl. Vol. 15. № 3. P. 962.

УРОЛОГ ЗНАЕТ, О ЧЕМ МОЛЧАТ МУЖЧИНЫ

10 лет

ЗАБОТИМСЯ О МУЖСКОМ ЗДОРОВЬЕ



ZENTIVA
КОМПАНИЯ ГРУППЫ САНОФИ

ВЕРНЫЙ КУРС
НА МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ПРЕПАРАТА ФОКУСИН®

Регистрационный номер: ЛС-001633. Международное непатентованное название: Тамсулозин. Фармакотерапевтическая группа: α -1-адреноблокатор. Код АТХ: G04CA02. Показания к применению: лечение функциональных расстройств при доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, ортостатическая гипотензия (в т. ч. в анамнезе), выраженная лечебная недостаточность. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). Способ применения и дозировка: препарат назначают по 400 мкг (1 капсула) в сутки. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: одновременное применение тамсулозина с другими α -1-адреноблокаторами может привести к снижению АД. Тамсулозин не должен применяться в комбинации с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 у пациентов с фенотипом «медленного метаболизма» по изоферменту CYP2D6. Следует соблюдать осторожность при совместном использовании тамсулозина с мощными или умеренно активными ингибиторами изофермента CYP3A4. Особые указания: до начала терапии препаратом Фокусин® необходимо исключить наличие других заболеваний, которые могут вызывать такие же симптомы, как и доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Перед началом лечения и регулярно во время терапии должно проводиться обследование предстательной железы (пальцевое ректальное обследование, определение простатического специфического антигена (ПСА)). Побочные явления: нарушения со стороны нервной системы. Часто: головокружение. Частота неизвестна: нарушения эякуляции, в том числе ретроградная эякуляция, снижение либидо (см. полную инструкцию по применению). Передозировка: симптомы: выраженное снижение артериального давления. Лечение: кардиотропная терапия, контроль функции почек, общая поддерживающая терапия, введение объемзамещающих растворов или сосудосуживающих препаратов. Для предотвращения дальнейшей абсорбции тамсулозина возможно промывание желудка, прием активированного угля или осмотического слабительного. Форма выпуска: капсулы с модифицированным высвобождением, 0,4 мг. По 10 капсул в картонной упаковке вместе с инструкцией по применению.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ПРЕПАРАТА ПЕНЕСТЕР®

Регистрационный номер: ЛС-000133. Международное непатентованное название: финастерид. Фармакотерапевтическая группа: 5-альфа редуктазы ингибитор. Код АТХ: G04CB01. Показания к применению: лечение ДГПЖ и профилактика урологических осложнений с целью: снижения риска острой задержки мочи; снижения риска необходимости проведения хирургических вмешательств, в том числе трансуретральной резекции (ТУР) предстательной железы и простатэктомии. Лечение с целью уменьшения размеров увеличенной предстательной железы, улучшения мочеиспускания и уменьшения выраженности симптомов, связанных с ДГПЖ. В сочетании с доксазолином для снижения риска прогрессирования симптомов, связанных с ДГПЖ. Противопоказания: повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов препарата; возраст до 18 лет; беременность и применение препарата у женщин докородного возраста (см. раздел «Применение при беременности и в период лактации»); пациенты с редкой наследственной переносимостью лактозы, дефицитом лактазы или нарушенным всасыванием глюкозо- галактозы не должны принимать этот препарат. Способ применения и дозировка: внутрь, по 5 мг 1 раз в сутки, независимо от приема пищи. Продолжительность терапии до оценки ее эффективности должна быть не менее 6 мес. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: не обнаружено. Особые указания: ПЕНЕСТЕР® вызывает уменьшение концентрации сывороточного ПСА приблизительно на 50% у пациентов с ДГПЖ, даже при наличии рака предстательной железы. Исходное значение ПСА, устанавливаемое после проведения терапии финастеридом, составляет примерно половину соответствующего показателя, отмечавшегося до начала лечения. Таким образом, у пациентов, получающих лечение финастеридом в течение шести месяцев или более, значение ПСА следует удваивать в сравнении с нормальными значениями мужчин, не получавших лечения. Данный факт необходимо принимать во внимание при оценке содержания ПСА у пациентов с ДГПЖ, получающих лечение препаратом ПЕНЕСТЕР®, так как снижение концентрации ПСА не исключает наличия сопутствующего рака предстательной железы. Побочные действия (для полной информации см. полную инструкцию по применению): наиболее часто у пациентов встречались импотенция и снижение либидо, хотя частота возникновения данных побочных эффектов постепенно уменьшалась в процессе лечения. Передозировка: пациенты получали финастерид однократно в дозах до 400 мг, а при многократном введении препарата – в дозах до 80 мг/день в течение 3 месяцев, при этом нежелательных реакций не наблюдалось. Передозировка финастерида не требует специального лечения. Форма выпуска: таблетки покрытые пленочной оболочкой 5 мг. По 3 или 6 блистеров (по 10 таблеток в блистере из ПВХ/ПВДХ/АИ) или по 2, 4 или 6 блистеров (по 15 таблеток) в картонной упаковке с инструкцией по применению.

Информация для специалистов. Перед назначением ознакомьтесь с полным вариантом инструкции.

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция) 125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 22, тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11, www.sanofi.ru

5. Roehrborn C., Gange S., Shore N. 1077 Four year results from the largest, prospective, randomized study of prostatic urethral lift (PUL) // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e1077, e1077a.
6. Schoenthaler M., Sievert K.-D., Miernik A. 1078 Combined urethral lift and resection of the prostate (CURP): A novel surgical treatment of LUTS secondary to benign prostatic enlargement with preservation of antegrade ejaculation // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e1078.
7. Rogel R., Lorenzo L., Avargues A. et al. 99 Correlation between uroflowmetry and a new visual pictogram in patients with lower urinary tract symptoms: Analogical uroflowmetry (ANUF) // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e99.
8. Drake M.J., Lewis A.L., Lane J.A. Urodynamic testing for men with voiding symptoms considering interventional therapy: the merits of a properly constructed randomised trial // *Eur. Urol.* 2016. [Epub. ahead of print].
9. Resnick N.M., Tadić S., Yalla G. Geriatric incontinence and voiding dysfunction // *Cambell-Walsh Urology* / ed. by A. Wein, A. Novick, A. Partin, C. Peters. 10th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2012. P. 2204–2222.
10. Oelke M., Becher K., Castro-Diaz D. et al. Appropriateness of oral drugs for long-term treatment of lower urinary tract symptoms in older persons: results of a systematic literature review and international consensus validation process (LUTS-FORTA 2014) // *Age Ageing.* 2015. Vol. 44. № 5. P. 745–755.
11. Yamanishi T., Asakura H., Seki N., Tokunaga S. 868 Dutasteride in combination with imidafenacin versus dutasteride alone for management of benign prostatic enlargement with overactive bladder: A multicenter, randomized controlled trial // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e868.
12. Park H.J., Park N.C., Ha H.K., Moon D.G. 1006 Can concomitant dutasteride reduce the effect of testosterone replacement therapy in men with late-onset hypogonadism? A 24-week, randomized, parallel study // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e1006.
13. Akino H., Maekawa M., Nakai M. et al. Ultrasound-estimated bladder weight predicts risk of surgery for benign prostatic hyperplasia in men using alpha-adrenoceptor blocker for LUTS // *Urology.* 2008. Vol. 72. № 4. P. 817–820.
14. McVary K.T. A review of combination therapy in patients with benign prostatic hyperplasia // *Clin. Ther.* 2007. Vol. 29. № 3. P. 387–398.
15. Kim S., Kim C.H., Cho Y.S. et al. 874 Alpha-adrenoceptor antagonist ameliorates memory impairment in the patient with LUTS? A study about the influence of tamsulosin on the memory impairment through enhancement of alpha1A-adrenoceptor in the hippocampus of old-aged rats // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e874.
16. Tognoni P., Simonato A., Robutti N. et al. Preoperative risk factors for postoperative delirium (POD) after urological surgery in the elderly // *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2011. Vol. 52. № 3. P. e166–169.
17. Eberli D., Chassot P.G., Sulser T. et al. Urological surgery and antiplatelet drugs after cardiac and cerebrovascular accidents // *J. Urol.* 2010. Vol. 183. № 6. P. 2128–2136.
18. Gardic S., Misrai V., Azzouzi A.R. et al. 972 Evaluation of bleeding risk in patients on anticoagulation for mechanical cardiac valve operated for benign prostatic obstruction // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e972.
19. Szymanski C., Bel A., Cohen I. et al. Comprehensive annular and subvalvular repair of chronic ischemic mitral regurgitation improves long-term results with the least ventricular remodeling // *Circulation.* 2012. Vol. 126. № 23. P. 2720–2727.
20. Cornu J.N., Ahyai S., Bachmann A. et al. A systematic review and meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic obstruction: an update // *Eur. Urol.* 2015. Vol. 67. № 6. P. 1066–1096.
21. Brassetti A., Bachmann A., Tubaro A. et al. 1088 Effects of 5 α -reductase inhibition on benign prostatic hyperplasia treated by photoselective vaporization prostatectomy with the 180 Watt GreenLight XPS laser system: Results from the GOLIATH population // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e1088.
22. Magistro G., Stief C.G., Gratzke C. New intraprostatic injectables and prostatic urethral lift for male LUTS // *Nat. Rev. Urol.* 2015. Vol. 12. № 8. P. 461–471.
23. Delongchamps N.B., Descazeaud A., Benard A. et al. 1079 A randomized clinical trial comparing prostatic injection of botulinum neurotoxin type A (Botox®) to optimized medical therapy in patients with BPH-related LUTS: end-of-study results of the PROTOX trial // *Eur. Urol. Suppl.* Vol. 15. № 3. P. e1079.

Therapy of the Lower Urinary Tract Symptoms due to Benign Prostatic Hyperplasia: Update 2016

A.G. Martov, D.V. Yergakov

State Research Center – Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency
Municipal Clinical Hospital № 57, Moscow

Contact person: Dmitry Valentinovich Yergakov, dergakov@mail.ru

Abstract from the European Association of Urology Congress – 2016 was analyzed in the paper. The main tendencies in diagnostics, conservative therapy and surgical treatment of the lower urinary tract symptoms associated with benign prostate hyperplasia were outlined.

Key words: benign prostatic hyperplasia, lower urinary tract symptoms, conservative therapy, surgical treatment



135 лет со дня рождения В.Ф. Зеленина

XI Национальный конгресс терапевтов

23–25 ноября 2016 года

Москва

 КРОКУС ЭКСПО

ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте www.congress2016.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: +7 (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Современные возможности медикаментозной терапии пациентов с эректильной дисфункцией

А.С. Попко, К.Л. Локшин

Адрес для переписки: Алексей Сергеевич Попко, alexpopko1972@gmail.com

Проведен обзор работ, посвященных вопросам лечения эректильной дисфункции. Согласно рекомендациям Американской и Европейской ассоциаций урологов, препаратами первой линии лечения эректильной дисфункции являются ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа. Более подробно рассмотрены эффективность и безопасность первого ингибитора фосфодиэстеразы 5 типа силденафила.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа, силденафил

Эректильная дисфункция – широко распространенное заболевание. Согласно результатам Массачусетского исследования, эректильной дисфункцией страдают 52% мужчин от 40 до 69 лет. Причем с возрастом увеличивается как частота встречаемости эректильной дисфункции (39% среди мужчин 40 лет, 67% среди мужчин 70 лет), так и степень ее выраженности [1, 2].

Несмотря на то что эректильная дисфункция не несет прямой угрозы для жизни пациента, будучи мощнейшим психотравми-

рующим фактором, она существенно снижает качество жизни мужчины. Именно этим обусловлено пристальное внимание, уделяемое в последние годы вопросам диагностики и лечения эректильной дисфункции. Так, подверглись существенному пересмотру взгляды на этиологию этого расстройства [3, 4]. Если ранее считалось, что у значительного числа пациентов нарушения эрекции обусловлены психическими факторами, то в настоящее время установлено, что в 80% случаев эректильная дисфункция имеет органичес-

кие причины: расстройства кровообращения и иннервации полового члена.

В 1998 г. в клиническую практику был введен первый ингибитор фосфодиэстеразы 5 типа – силденафила цитрат, что привело к революционным изменениям в медикаментозной терапии пациентов с эректильной дисфункцией [5]. Позже появились другие ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа: тадалафил, варденафил, уденафил, аванафил.

На сегодняшний день силденафил является наиболее хорошо изученным и выдержавшим проверку временем препаратом из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа. Известно, что за 15 лет использования в клинической практике терапию силденафилом получили более 40 млн пациентов. Результаты многоцентровых исследований показали безопасность и эффективность силденафила у пациентов с эректильной дисфункцией и такими распространенными коморбидными заболеваниями,

как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет, рассеянный склероз, травма спинного мозга, депрессия [6, 7]. Никакой другой ингибитор фосфодиэстеразы 5 типа не изучен так хорошо.

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа различаются продолжительностью действия: у силденафила – четыре часа, у варденафила – до 12 часов, у уденафила – 24 часа и у тадалафила – 48 часов. В то же время по результатам анкетирования пациентов с эректильной дисфункцией (2010) установлено, что 97% мужчин переходят к сексуальному контакту не позже чем через четыре часа после приема лекарственного средства. Следовательно, исходя из потребностей абсолютного большинства пациентов, силденафил обладает оптимальной продолжительностью действия. Кроме того, в случае возникновения нежелательных явлений их длительность будет находиться в прямой зависимости от продолжительности действия препарата. Так, по данным J. Taylor и соавт., побочные эффекты после приема силденафила наблюдались в течение 3,9 часа, варденафила – 7,7 часа, тадалафила – 14,9 часа [8]. Возможную

продолжительность побочных эффектов следует учитывать при первичном назначении ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа. Для прогнозирования вероятности развития и типа побочных эффектов ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа важно принимать во внимание их селективность по отношению к другим подтипам фосфодиэстеразы (таблица) [9–11]. Так, низкая селективность силденафила к фосфодиэстеразе 11 типа обусловлена наименьшей частотой побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы, гонад и гипофиза. В то же время низкая селективность уденафила и тадалафила к фосфодиэстеразе 6 типа минимизирует негативное влияние этих препаратов на сетчатку глаза. Таким образом, можно говорить о нежелательных явлениях, специфичных как для группы в целом (приливы, головная боль), так и для отдельных препаратов (например, миалгия и боль в спине у тадалафила).

Принимая во внимание тот факт, что лечение пациентов с эректильной дисфункцией проводится с целью улучшения качества их жизни, очевидно, что даже минимально выраженные и не опасные для здоровья побочные эффекты могут послужить

Несмотря на то что эректильная дисфункция не несет прямой угрозы для жизни пациента, будучи мощнейшим психотравмирующим фактором, она существенно снижает качество жизни мужчины. Именно этим обусловлено пристальное внимание, уделяемое в последние годы вопросам диагностики и лечения эректильной дисфункции

причиной отказа от терапии. R.A. Moore и соавт. (2002) показали, что у 50% больных отмечаются какие-либо побочные эффекты (покраснение лица, изменения цветовой восприятия, головная боль) при использовании 100 мг силденафила [12]. Одновременно было продемонстрировано, что индивидуальный подбор минимально эффективной дозы силденафила уменьшает частоту побочных эффектов на 41% при сохранении эффективности.

При оценке эффективности ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа, по данным опросника Международного индекса эректильной функции, способность пациентов к пенетрации при ис-

Таблица. Побочные эффекты при приеме ингибиторов фосфодиэстеразы, %*

Побочный эффект	Силденафил	Тадалафил	Варденафил	Уденафил
Боль в спине	0	6,5	0	Нет данных
Дискомфорт в груди	0	0	0	5,4
Миалгия	0	5,7	0	0
Покраснение глаз	0	0	0	7,1
Головокружение	1,2	2,3	2	Нет данных
Нарушение зрения	1,9	0	< 2	0
Диспепсия	4,6	12,3	4	Нет данных
Приливы	10,4	4,1	12	23,2
Головная боль	12,8	14,5	16	8,9

* Выделены наиболее значимые/часто встречающиеся.

пользовании 100 мг силденафила увеличивалась по сравнению с плацебо в 20 раз, при приеме 20 мг варденафила – в 7,5 раза, при применении тадалафила – в 1,4 раза [13].

По данным J.G. McMurray и соавт., у 81% мужчин, получавших лечение силденафилом, отмечена по меньшей мере одна удачная попытка полового акта, доля удачных попыток у этих больных составила 80% [14].

Метаанализ J. Mulhall и соавт. показал, что эффективное лечение эректильной дисфункции

силденафилом положительно влияет на самооценку пациентов и их уверенность в себе [15]. Таким образом, на сегодняшний день многочисленными исследованиями доказана высокая эффективность и безопасность силденафила в лечении пациентов, страдающих эректильной дисфункцией. В последние годы, наряду с оригинальным препаратом силденафила Виагра, у пациентов в России появилась возможность выбора таких дженерических препаратов, как Эрексеzil, Торнетис, Динамико.

Это делает современную эффективную терапию эректильной дисфункции доступной для более широкого круга пациентов.

Рекомендации Американской и Европейской ассоциаций урологов относят ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа к первой линии для лечения пациентов с эректильной дисфункцией. За более чем 15 лет применения силденафила в клинической практике доказана его безопасность и высокая (до 80%) эффективность. ☺

Литература

1. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study // J. Urol. 1994. Vol. 151. № 1. P. 54–61.
2. Johannes C.B., Araujo A.B., Feldman H.A. et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study // J. Urol. 2000. Vol. 163. № 2. P. 460–463.
3. NIH Consensus development panel on impotence // JAMA. 1993. Vol. 270. № 1. P. 83–90.
4. Benet A.E., Melman A. The epidemiology of erectile dysfunction // Urol. Clin. North Am. 1995. Vol. 22. № 4. P. 699–709.
5. The management of erectile dysfunction: an update. American Urology Association, 2007.
6. Bors E., Comarr A.E. Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with SC spinal cord injury // Urol. Surv. 1960. Vol. 10. P. 191–222.
7. Krane R.J., Goldstein I., Saenz de Tejada I. Impotence // N. Engl. J. Med. 1989. Vol. 321. № 24. P. 1648–1659.
8. Taylor J., Baldo O.B., Storey A. et al. Differences in side-effect duration and related bother levels between phosphodiesterase type 5 inhibitors // BJU Int. 2009. Vol. 103. № 10. P. 1392–1395.
9. Hatzimouratidis K., Eardley I., Giuliano F. et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. EAU, 2014 // www.uroweb.org/wp-content/uploads/14-Male-Sexual-Dysfunction_LR.pdf.
10. Paick J.S., Kim S.W., Yang D.Y. et al. The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, in patients with erectile dysfunction // J. Sex. Med. 2008. Vol. 5. № 4. P. 946–953.
11. Seftel A.D., Farber J., Fletcher J. et al. A three-part study to investigate the incidence and potential etiologies of tadalafil-associated back pain or myalgia // Int. J. Impot. Res. 2005. Vol. 17. № 5. P. 455–461.
12. Moore R.A., Edwards J.E., McQuay H.J. Sildenafil (Viagra) for male erectile dysfunction: a meta-analysis of clinical trial reports // BMC Urol. 2002. Vol. 2. ID 6.
13. Gresser U., Gleiter C.H. Erectile dysfunction: comparison of efficacy and side effects of the PDE-5 inhibitors sildenafil, vardenafil, and tadalafil review of the literature // Eur. J. Med. Res. 2002. Vol. 7. № 10. P. 435–446.
14. McMurray J.G., Feldman R.A., Auerbach S.M. et al. Long-term safety and effectiveness of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction // Ther. Clin. Risk Manag. 2007. Vol. 3. № 6. P. 975–981.
15. Mulhall J., Althof S.E., Brock G.B. et al. Erectile dysfunction: monitoring response to treatment in clinical practice: recommendations of an international study panel // J. Sex. Med. Vol. 4. № 2. P. 448–464.

Modern Opportunities for Medicated Therapy of Patients with Erectile Dysfunction

A.S. Popko, K.L. Lokshin
Clinical hospital 'Lapino'

Contact person: Aleksey Sergeevich Popko, alexpopko1972@gmail.com

Studies dedicated to examine treatment of erectile dysfunction were reviewed in the paper. According to the recommendations of American and European Association of Urology erectile dysfunction, phosphodiesterase type 5 inhibitors are the first-line drugs for treating erectile dysfunction. Specifically, efficacy and safety of sildenafil are discussed in more detail.

Key words: erectile dysfunction, phosphodiesterase-5 inhibitors, sildenafil



29–30 ноября 2016 года состоится XV ассамблея «Здоровье Москвы».
Местом проведения форума станет Международный выставочный центр «Крокус Экспо», Москва.

Организаторы

Правительство Москвы,
Департамент здравоохранения города Москвы,
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента
здравоохранения города Москвы

Целевая аудитория

главные врачи, организаторы здравоохранения, директора НИИ, заведующие отделениями, научные сотрудники, врачи и специалисты следующих направлений: терапия, кардиология, эндокринология, гастроэнтерология, неврология, ревматология, пульмонология, нефрология, инфекционные болезни, педиатрия, неонатология, хирургия, акушерство и гинекология, урология, травматология и ортопедия, нейрохирургия, анестезиология и реаниматология, оториноларингология, офтальмология, стоматология, онкология, дерматовенерология, психиатрия и психотерапия, фтизиатрия и аллергология, гематология и трансфузиология, наркология, фармакология, репродуктология, гериатрия, комбустиология, рентгенология и радиология, реабилитология, лабораторные исследования, колопроктология и др.

Основные направления научной программы

- Модернизация сферы здравоохранения и фармацевтической отрасли в России.
- Совершенствование системы обязательного медицинского страхования и ее законодательные изменения в 2016 году.
- Специализированная медицинская помощь.
- Интеграция программ модернизации и оптимизации структуры современных ЛПУ.
- Современные модели непрерывного медицинского образования в России.
- Юридические и правовые аспекты деятельности врача и медицинского персонала.
- Научно-практическая деятельность специалистов.
- Профилактика, диагностика, лечение и реабилитация различных заболеваний и пр.

Выставка

В рамках ассамблеи будет организована выставка современных достижений в области разработки и производства лекарственных средств, медицинских технологий и оборудования, расходных материалов, имеющих опыт успешного использования и применения на практике в лечебно-профилактических учреждениях города Москвы. В рамках Ассамблеи будет представлена новейшая медицинская литература и информация.

Доклады и тезисы

Специалисты, чья научно-практическая деятельность соответствует тематике ассамблеи, могут опубликовать тезисы своих работ в сборнике материалов. Поданные работы могут быть заявлены к устному докладу. Тезисы принимаются **до 15 сентября 2016 г.**

Секретариат ассамблеи

тел.: +7 (495) 722-64-20, +7 (495) 518-26-70,
e-mail: info@moscowhealth.ru
Подробнее о мероприятии: www.moscowhealth.ru



Конгресс-оператор:
ООО «КСТ Интерфорум»



Классификация, симптоматика, диагностика, лечение простатита*

Определение и классификация

Простатит – лабораторно доказанное воспалительное заболевание предстательной железы. В зависимости от клинической картины и длительности заболевания выделяют острый простатит и хронический бактериальный простатит. При наличии симптомов, сходных с клинической картиной простатита, но при отсутствии инфекционного агента принято говорить о синдроме хронической тазовой боли.

Общепринятая классификация простатита предложена Национальным институтом здоровья США (US National Institutes for Health). Согласно этой классификации, выделяют следующие категории простатита.

I. Острый бактериальный простатит.

II. Хронический бактериальный простатит.

III. Хронический простатит (синдром хронической тазовой боли):

- IIIA – воспалительный;
- IIIB – невоспалительный.

IV. Асимптоматический воспалительный простатит.

Острый бактериальный простатит – острый инфекционно-воспалительный процесс в предстательной железе.

Хронический бактериальный простатит характеризуется рецидивирующей инфекцией мочевых путей, возбудители которой обнаруживаются при микробиологическом исследовании секрета предстательной железы.

Синдром хронической тазовой боли устанавливается при наличии болевой симптоматики, продолжающейся не менее трех месяцев, и отсутствии роста патологической

микрофлоры из секрета предстательной железы. При этом разделение на воспалительный и невоспалительный синдромы носит условный характер и определяется по уровню лейкоцитов в секрете предстательной железы. Синдром хронической боли выявляется более чем у 95% пациентов, страдающих хроническим простатитом. Диагноз асимптоматического воспалительного простатита устанавливают гистологически в случае обнаружения признаков воспалительного процесса в предстательной железе при исследовании биоптатов ткани.

Острый простатит

Этиология

Острый простатит вызывают патогенные микроорганизмы мочевой системы. Чаще всего это *Escherichia coli*. Возможные возбудители: *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp., *Enterococcus* spp., *Staphylococcus aureus* (из-за длительных катетеризаций мочевого пузыря) и редко *Bacteroides* spp. Микроорганизмы могут попасть в предстательную железу из дистального отдела мочеиспускательного канала, а также из мочевого пузыря гематогенным и лимфогенным путем. Острый простатит бывает следствием инфекции мочевых путей.

Клиническая картина

Острый простатит – тяжелое системное заболевание, клинически проявляющееся симптомами:

- инфекции мочевых путей (дизурия, частота, urgency мочевыпускания);
- простатита (боль в пояснично-крестцовой области, промеж-

ности, половом члене и иногда в прямой кишке);

- бактериемии (лихорадка, озноб, артралгия, миалгия, тахикардия).

Осложнения

Острый простатит может осложняться абсцессом предстательной железы, острым эпидидимитом, пиелонефритом, острой задержкой мочеиспускания, сепсисом.

Диагностика

Для постановки диагноза необходимо провести:

- общий анализ средней порции мочи;
- посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам;
- посев крови на стерильность с определением чувствительности к антибиотикам;
- пальцевое ректальное исследование – предстательная железа теплая на ощупь, отечная, напряженная, резкоболезненная, могут быть очаги размягчения ткани.

Выполнение массажа предстательной железы противопоказано из-за выраженного болевого симптома и угрозы бактериемии. Кроме того, массаж нецелесообразен, так как микрофлору практически во всех случаях можно выявить при исследовании мочи.

Лечение

Лечебные мероприятия должны включать:

- постельный режим;
- адекватную гидратацию;
- обезболивание (нестероидные противовоспалительные препараты);

* Простатит // Клинические рекомендации по андрологической урологии / под ред. П.А. Щеплева. М.: Медфорум, 2016. С. 35–37, 92–94.



- антибактериальную терапию;
- при развитии острой задержки мочеиспускания – надлобковое отведение мочи.

Учитывая, что острый простатит характеризуется тяжелым течением, эмпирическую терапию назначают немедленно после взятия проб мочи и крови.

В зависимости от состояния больного антибиотики назначают как парентерально, так и перорально. При отсутствии эффекта от перорального приема антибиотиков назначают парентеральную терапию. Выраженный воспалительный процесс и связанная с ним повышенная перфузия позволяют добиться терапевтических концентраций антибиотиков в ткани предстательной железы.

Лечение начинают с антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения). После получения результатов микробиологического исследования проводят коррекцию антибактериальной терапии. При улучшении состояния больного антибиотики могут быть назначены перорально с учетом результатов посева. При пероральном назначении антибиотиков препаратами выбора являются фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг два раза в сутки или офлоксацин 200 мг два раза в сутки на 28 дней). При непереносимости фторхинолонов назначают ко-тримоксазол 960 мг два раза в сутки на 28 дней.

При неполном или неудовлетворительном эффекте от проводимого лечения может быть заподозрен абсцесс предстательной железы. С целью его выявления выполняют трансректальное ультразвуковое исследование или компьютерную томографию. При наличии абсцесса показано его промежностное или трансуретральное дренирование.

При правильно выбранной лечебной тактике прогноз течения острого простатита хороший. Оптимальная продолжительность антибактериальной терапии не установлена, однако

рекомендовано продолжать ее в течение четырех недель для минимизации развития хронического бактериального простатита. После выздоровления показано обследование мочеполовой системы для исключения анатомических предпосылок персистенции инфекции.

Хронический бактериальный простатит

Данное заболевание характеризуется хроническим воспалительным процессом в предстательной железе, наличием в анамнезе рецидивирующей инфекции мочевых путей без анатомических аномалий. Хронический бактериальный простатит встречается значительно реже, чем синдром хронической тазовой боли.

Этиология

Хронический воспалительный процесс предстательной железы вызывают патогенные, преимущественно грамотрицательные микроорганизмы, выделяемые из мочевых путей. Чаще всего выселяются *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*. Возможно обнаружение грамположительных бактерий *Staphylococcus aureus* и *Enterococcus faecalis*.

Клиническая картина

Симптомы хронического бактериального простатита весьма вариabельны.

- Рецидивирующая инфекция мочевых путей может приводить к осложнениям (уретриту, эпидидимиту).
- Болевая симптоматика в зоне половых органов, таза (усиление дискомфорта в периоды обострений и исчезновение жалоб после антибактериальной терапии).
- Возможно бессимптомное течение вне обострений или наличие невыраженного тазового болевого симптома и ирритативных симптомов нижних мочевых путей.
- Лихорадка или другие системные проявления воспаления могут отсутствовать.

Диагностика

Для постановки диагноза необходимо всестороннее обследование пациента.

Анамнестические данные. Первичная диагностика основывается, как правило, на наличии в анамнезе рецидивирующей инфекции мочевых путей при отсутствии анатомических аномалий. Необходимо выяснить длительность заболевания, вероятные причины (по мнению пациента), частоту обострений, наличие в анамнезе венерических и системных заболеваний, бытовых и профессиональных вредностей, сведения о сексуальной жизни пациента, вредных привычках, проводимом ранее лечении.

Физикальное обследование. Пальцевое ректальное исследование – предстательная железа может быть диффузно уплотнена и болезненна в периоды обострений. При отсутствии изменений со стороны предстательной железы в период предполагаемого обострения необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями мочеполовой системы и аноректальной области.

Лабораторная диагностика. Общий анализ средней порции мочи позволяет выявить инфекцию мочевых путей, а также установить другие отклонения, требующие дальнейшего обследования пациента (например, гематурию). Посев мочи, как правило, не дает роста до рецидива инфекции мочевых путей.

Необходимость проведения четырехстаканной пробы остается дискуссионной, в широкой клинической практике она не применяется. Однако, учитывая возможность определения источника воспаления в мочеполовой системе с помощью данного метода, можно утверждать, что четырехстаканная проба служит «золотым стандартом» лабораторной диагностики хронического простатита.

Проведение четырехстаканной пробы Meares – Stamey требует

Урология



подготовки пациента и предусматривает:

- наполненный мочевой пузырь;
- воздержание от половых контактов в течение суток;
- санацию головки полового члена непосредственно перед исследованием.

Для выполнения пробы берут:

- уретральную порцию – первые 10 мл в стерильный контейнер;
- мочепузырную порцию – после частичного опорожнения мочевого пузыря (150–200 мл) также собирают 10 мл мочи;
- секрет предстательной железы – получают путем массажа;
- постмассажную порцию – первые 10 мл мочи после массажа предстательной железы.

При интерпретации результатов учитывают следующие факторы. Уретральная порция отражает состояние мочеиспускательного канала. При уретрите количество лейкоцитов и КОЕ в 1 мл в 10 раз и более превышает таковое в мочепузырной порции.

Мочепузырная порция позволяет выявить первичный или вторичный цистит. При этом повышенное содержание лейкоцитов определяется во всех пробах, и установить локализацию воспаления затруднительно. После трехдневной санации нитрофурантоином с последующим повышенным содержанием лейкоцитов в секрете предстательной железы и/или постмассажной порции мочи может быть установлен диагноз хронического бактериального простатита.

Нормальные показатели секрета предстательной железы: менее 10 лейкоцитов в поле зрения, большое количество лецитиновых зерен, отсутствие микрофлоры. Наличие уропатогенных бактерий в секрете предстательной железы или постмассажной порции мочи позволяет установить диагноз хронического бактериального простатита, если эти бактерии отсутствуют (или их концентрация в 10 раз меньше) в уретральной и мочепузырной порциях. Выделение непатогенных микроорганизмов из секре-

та предстательной железы и/или в постмассажной порции и наличие более 10 лейкоцитов в поле зрения свидетельствуют о воспалительном синдроме хронической тазовой боли.

Отсутствие изменений во всех порциях, а также стерильность исследуемого материала позволяют установить диагноз невоспалительного синдрома хронической тазовой боли.

Определение уровня простатического специфического антигена (ПСА). Показаниями к исследованию служат возраст старше 45 лет, подозрение на рак предстательной железы при пальцевом ректальном исследовании. Уровень ПСА может повышаться до 50–100 нг/мл при остром простатите и отчасти при хроническом бактериальном простатите, сохраняясь на повышенном уровне в течение шести – восьми недель после исчезновения симптомов заболевания.

Инструментальные методы исследования. Трансректальное ультразвуковое исследование – «золотой стандарт» в ультразвуковой диагностике заболеваний предстательной железы.

Урофлоуметрия, или уродинамическое исследование, может выполняться для исключения других заболеваний, предрасполагающих к развитию рецидивирующей мочевой инфекции. Максимальная скорость потока более 15 мл/с указывает на нормальное функционирование мочевого пузыря и проходимость мочеиспускательного канала, при показателях 10 мл/с и ниже предполагается наличие инфравезикальной обструкции.

Лечение

Необходимо довести до сведения пациента, что наличие воспалительного очага в предстательной железе служит причиной рецидивирующей мочевой инфекции и может приводить к периодическим обострениям на протяжении длительного времени, пока не будет достигнута полная санация в результате успешного

лечения. Основной метод лечения – антибактериальная терапия, которую назначают по результатам посева. Препаратами выбора служат фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг два раза в сутки, левофлоксацин 500 мг один раз в сутки, офлоксацин 200 мг два раза в сутки или норфлоксацин 400 мг два раза в сутки в течение 28 дней). Вероятность развития побочных эффектов от приема фторхинолонов минимальна, однако следует помнить, что при появлении сухожильных симптомов (боль) от приема препаратов следует немедленно отказаться. При непереносимости фторхинолонов альтернативным препаратом может быть доксицилин 100 мг два раза в сутки или ко-тримоксазол 960 мг два раза в сутки в течение 28 дней. При назначении тетрациклинов следует помнить о наличии к ним устойчивости большинства патогенных микроорганизмов мочевых путей. Нецелесообразно менять антибактериальные препараты каждые семь – десять дней.

Дальнейшее наблюдение

Поскольку существует высокий риск развития рецидива, после лечения хронического бактериального простатита показано проведение повторных микробиологических исследований.

Синдром хронической тазовой боли (хронический небактериальный простатит)

Диагностика

Для диагностики синдрома хронической тазовой боли нет утвержденных критериев. Как правило, данный диагноз предполагает исключение другой патологии таза. Диагноз хронической тазовой боли никогда не ставят при таких состояниях, как активный уретрит, урогенитальный рак, стриктура мочеиспускательного канала и нейроурологические заболевания с нарушением детрузорной функции.



Воспалительный синдром

Выделение непатогенных микроорганизмов из секрета предстательной железы в постмассажной порции и/или наличие более 10 лейкоцитов в поле зрения свидетельствуют о наличии воспалительного синдрома хронической тазовой боли. В этих случаях наиболее часто рекомендуют антибактериальную терапию в течение двух недель. Преимущественно назначают фторхинолоны, при положительной динамике прием антибиотиков следует продолжить до четырех – шести недель.

Невоспалительный синдром

Единого мнения специалистов в отношении целесообразности применения антибактериальной терапии при данной патологии нет.

Асимптоматический воспалительный простатит

Лечение пациентов данной группы целесообразно проводить при следующих ситуациях.

- Бесплодие.
- Выявление при микробиологическом исследовании возбудителей инфекций, передающихся половым путем, таких как *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*.
- Предстоящее плановое оперативное вмешательство на предстательной железе.

Дополнительное лечение простатита

Нестероидные противовоспалительные препараты

Данная группа препаратов рекомендована в качестве третьей линии по приоритетности после антибиотиков и альфа-адреноблокаторов для облегчения симптомов хронического простатита.

Применение альфа-адреноблокаторов

Систематический обзор данных литературы свидетельствует о целесообразности применения альфа-адреноблокаторов в терапевтических дозах при симптомах простатита, причем наличие клинически зна-

чимого эффекта достигается при длительных (14–24 недель) курсах лечения, а также у пациентов, принимающих данные препараты впервые.

Физиотерапия

Применяемые различные физиотерапевтические методы лечения и массаж предстательной железы входят в состав комплексной терапии. Эффективность данных методов лечения не доказана, а мнение специалистов по этому поводу не совпадает. Полностью воздерживаться от физиотерапевтических процедур не следует.

Противопоказания для массажа предстательной железы:

- острый бактериальный простатит;
- хронический простатит в сочетании с раком или доброкачественной гиперплазией предстательной железы;
- камни предстательной железы;
- истинные кисты предстательной железы;
- инфравезикальная обструкция.

Тесты для самоконтроля

1. Распространенность хронического простатита (диагноз/симптомы) в популяционных исследованиях составляет примерно:

- а) < 1%;
- б) 2–10%;
- в) > 20%;
- г) 50%;
- д) неизвестно.

2. Назовите те этиологические факторы или механизмы, для которых подтверждена связь с воспалением в простате:

- а) рефлюкс в интрапростатические протоки;
- б) штаммы энтеробактерий;
- в) штаммы хламидий;
- г) штаммы уреаплазм;
- д) штаммы коринебактерий.

3. У 56-летнего пациента с ожирением в течение восьми часов отмечаются выраженная дизурия с большим количеством остаточной мочи, странгурия, боль в надлонной области и промежности с повышением температуры до фебрильной. При осмотре выявляются болезненность над лонным сочленением, увеличение и болезненность предста-

тельной железы. В общем анализе мочи – пиурия. У пациента сохраняются жалобы, несмотря на установку катетера Фолея, и фебрильная температура через 30 часов парентеральной терапии гентамицином и ампициллином. В бактериальном посеве мочи выявляется кишечная палочка. Какой следующий шаг в лечении:

- а) сменить препарат на цефалоспорин третьего поколения;
- б) дренировать мочевого пузыря троакарной цистостомой, выполнить трансректальное ультразвуковое исследование;
- в) выполнить цистоскопию;
- г) выполнить ультразвуковое исследование мочевого пузыря;
- д) выполнить экскреторную урографию.

4. Пациенту в возрасте 32 лет четыре месяца назад успешно проведена антибактериальная терапия цистита, вызванного *E. coli*, ко-тримоксазолом в течение семи дней. При повторном появлении симптомов цистита назначен трехдневный курс ципрофлоксацина, однако бактериальный посев не был взят. Через три дня после завершения терапии пациент обратился с жалобами на сохраняющийся

Урология



дискомфорт в промежности, боль при эякуляции и легкую дизурию. Моча до и после массажа предстательной железы и ее секрет стерильны. При микроскопии секрета предстательной железы выявлено 20 лейкоцитов в поле зрения. Наилучшая тактика лечения:

- а) провести терапию противовоспалительными препаратами;
- б) сделать стандартную трехстаканную пробу;
- в) подождать три дня и сделать стандартную четырехстаканную пробу по Meares – Stamey;
- г) повторно назначить ко-тримоксазол;
- д) повторно назначить фторхинолон на 21-й день.

5. Пациент в возрасте 47 лет в течение пяти лет отмечает боль и дискомфорт в промежности и надлонной области, обструктивную симптоматику. Эффекта от многочисленных курсов антибактериальной терапии, аденоблокаторов, противовоспалительных препаратов, повторных курсов массажа предстательной железы и фитотерапии нет. При пальпации предстательная железа напряженная, посев мочи после массажа стерилен, при микроскопии выявлено 20 лейкоцитов в поле зрения. Уровень ПСА составил 1,2 нг/мл. Наилучшая тактика:

- а) рассечение шейки мочевого пузыря;
- б) урофлоуметрия и определение остаточной мочи для определения показаний к оперативному лечению;
- в) видеоуродинамическое исследование;
- г) компьютерная томография органов малого таза;
- д) цистоскопия и трансректальное ультразвуковое исследование.

6. У 28-летнего пациента в анамнезе успешное лечение трех эпизодов цистита (бактериальный посев не выполняли). В настоящее время поступил с жалобами на учащенное мочеиспускание, дизурию и дискомфорт в надлонной области в течение трех дней. Предстательная железа при пальцевом ректальном исследовании без изменений, безболезненна. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и малого таза патологические изменения не выявлены. В анализе средней порции мочи, выполненном за сутки до этого, выделена кишечная палочка в концентрации 10^5 КОЕ/мл. Наилучшая тактика:

- а) анализ на определение локализации инфекции (двух- или четырехстаканная проба);
- б) курс лечения нитрофурантоином с последующим определением локализации инфекции;
- в) четырехнедельный курс лечения фторхинолонами;
- г) цистоскопия;
- д) трансректальное ультразвуковое исследование.

7. У 58-летнего пациента в течение двух лет наблюдается симптоматическая рецидивная инфекция мочевой системы (синегнойная палочка, 6–8 раз в год), в период

ремиссии симптомы заболевания отсутствуют. В фазу ремиссии из секрета предстательной железы и пост-массажной мочи выделена синегнойная палочка, при этом она отсутствует в средней порции мочи. При микроскопии в секрете предстательной железы отмечается большое количество лейкоцитов. На трансректальном ультразвуковом исследовании выявлены обширные кальцификаты. При цистоскопии изменений не обнаружено, объем остаточной мочи незначимый, уровень ПСА 1,0 нг/мл. Наилучшая тактика:

- а) профилактический прием низких доз антибиотиков;
- б) интрапростатическое введение антибиотиков;
- в) радикальная трансуретральная резекция предстательной железы;
- г) радикальная простатэктомия;
- д) трансуретральная микроволновая термотерапия.

8. Пациент в возрасте 24 лет обратился с жалобами на выраженную боль в промежности в течение шести лет с ирритативными и обструктивными симптомами мочеиспускания; четырехнедельный прием ко-тримоксазола, противовоспалительных препаратов, альфа-адреноблокаторов и фитотерапия эффекта не дали. Осмотр без особенностей, кроме спазма анального сфинктера и болезненной, но нормальной по консистенции предстательной железы. Видеоуродинамическое исследование показало нормальную форму шейки мочевого пузыря с плохим открытием поперечнополосатого сфинктера и нарушением электромиографической активности во время фазы опорожнения. Наилучшая тактика:

- а) четырехнедельный курс антибактериальной терапии фторхинолонами;
- б) прием миорелаксантов;
- в) трансуретральная коррекция шейки мочевого пузыря;
- г) петля обратной связи;
- д) трансуретральная микроволновая термотерапия.

9. У 52-летнего пациента сохраняется высокая фебрильная температура, несмотря на установку цистостомы и проведение внутривенной инфузии антибиотиков широкого спектра в течение 36 часов. На трансректальном ультразвуковом исследовании выявлен крупный абсцесс предстательной железы. Наилучшая тактика:

- а) дренирование через промежность;
- б) трансректальная аспирация;
- в) трансуретральное дренирование;
- г) открытое дренирование;
- д) надлобковая аспирация.

10. При лечении хронического простатита эффективностью альфа-адреноблокаторов:

- а) подтверждена при категории I;
- б) подтверждена при категории II;



- в) подтверждена при категории III;
- г) подтверждена при категориях II и III;
- д) возможна у некоторых пациентов с синдромом хронической тазовой боли категории III.

11. У 65-летнего пациента выполнена биопсия предстательной железы по поводу ее асимметрии при пальцевом ректальном исследовании. Уровень ПСА составляет 2,2 нг/мл. При морфологическом исследовании выявлена инфильтрация клетками острого

и хронического воспаления железистой и околожелезистой ткани. Следующий шаг в лечении:

- а) наблюдение;
- б) четырехнедельная антибактериальная терапия с повторным обследованием;
- в) четырехнедельная антибактериальная и противовоспалительная терапия с повторным обследованием;
- г) терапия альфа-адреноблокаторами;
- д) цистоскопия.

Ответы и комментарии

1. Б – 2–10%. В популяционных исследованиях индекса симптомов хронического простатита показано, что их распространенность в общей популяции у мужчин составляет от 2 до 10%.

2. Б – штаммы энтеробактерий. Наиболее частая причина бактериального простатита – грамотрицательные штаммы энтеробактерий.

3. Б – дренировать мочевой пузырь, выполнить трансректальное ультразвуковое исследование. Развитие абсцесса предстательной железы лучше всего определяется на трансректальном ультразвуковом исследовании. При остром бактериальном простатите легко установить диагноз и назначить эффективное лечение антибактериальными препаратами, и врач должен помнить о возможности формирования абсцесса предстательной железы у пациентов, у которых терапия не дает быстрого ответа.

4. Д – повторно назначить фторхинолон. Наиболее важный ключ в диагностике хронического бактериального простатита – наличие в анамнезе рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей. Необходимо продолжить антибактериальную терапию фторхинолонами в течение не менее четырех недель.

5. Б – урофлоуметрия и определение остаточной мочи для выявления показаний к оперативному лечению. Наличие обструктивной симптоматики и безуспешная антибактериальная терапия предполагают необходимость исключения механического компонента обструкции.

6. Б – курс лечения нитрофурантоином с последующим определением локализации инфекции в нижних мочевыводящих путях. У пациентов с острым циститом определение бактерий в секрете предстательной железы или моче после массажа невозможно, поэтому необходимо назначить короткий курс антибактериальной терапии (один – три дня). Нитрофурантоин плохо проникает в предстательную железу, но позволяет устранить бактериальную инфекцию в мочевом пузыре. Для дальнейшей диа-

гностики простатита необходимо определить локализацию бактерий в моче после массажа или секрете предстательной железы.

7. А – профилактический прием низких доз антибиотиков. При рецидивирующем, или рефрактерном, простатите можно проводить длительную терапию низкими дозами профилактических либо подавляющих антимикробных препаратов.

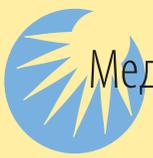
8. Г – петля обратной связи. Учитывая возможность того, что мочеиспускание и боль, связанные с синдромом хронической тазовой боли, могут развиваться вторично на фоне диссинергии во время мочеиспускания или повторного спазма мышц промежности, петля обратной связи позволит облегчить симптомы. Пациентам молодого возраста необходимо избегать рассечения шейки мочевого пузыря до появления детей из-за риска развития ретроградной эякуляции.

9. В – трансуретральное дренирование. При отсутствии быстрого ответа на антибиотикотерапию оптимально дренировать абсцесс предстательной железы трансуретральным рассечением, хотя сначала можно попробовать чрескожную аспирацию под ультразвуковым контролем (любым способом).

10. Д – подтверждена эффективность при категории III. В четырех рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях показана эффективность теразозина, алфузозина и тамсулозина у пациентов с синдромом хронической тазовой боли. Тем не менее в двух последних крупных рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях, спонсированных Национальным институтом здоровья, не подтверждена эффективность альфа-адреноблокаторов у пациентов, получавших много различных препаратов, или с недавно выявленным синдромом хронической тазовой боли, которые не получали альфа-адреноблокаторы.

11. А – наблюдение. Бессимптомный воспалительный простатит (категория IV) по определению не требует симптоматической терапии. 🌐

урология



Современная антиоксидантная терапия. Поиски новых решений

В 40–50% случаев причиной бесплодного брака являются нарушения мужской репродуктивной функции. Стратегия лечения мужского бесплодия направлена на восстановление и поддержание нормального сперматогенеза с помощью современных методов хирургии и фармакотерапии. Возможностям антиоксидантной терапии и поискам новых решений в лечении мужского бесплодия был посвящен сателлитный симпозиум компании «ФармаМед».



Профессор
С.И. Гамидов

Варикоцеле (расширение вен семенного канатика) обычно связывают с недостаточностью клапанов яичковой вены или врожденным отсутствием этих клапанов. По данным, которые привел д.м.н., заведующий отделением андрологии и урологии НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова, профессор РНИМУ им. Н.И. Пирогова и Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Сафар Исраилович ГАМИДОВ, варикоцеле среди причин мужского бесплодия занимает второе место после воспалительных заболеваний.

Комплексное лечение мужского бесплодия при варикоцеле. Новые подходы

Чаще всего встречается двустороннее варикоцеле (80,8%), на долю левостороннего и правостороннего приходится 17,6 и 1,5% соответственно¹. Именно двустороннее варикоцеле вызывает значительные изменения в спермограмме вплоть до азооспермии и является одним из неблагоприятных прогностических факторов развития бесплодия. Патоспермия при двустороннем варикоцеле может быть обусловлена нарушением артериальной микроциркуляции в яичках вследствие гидростатического давления в венозной системе. Доказано, что гидростатическое давление в венозной системе зависит не от диаметра вен, а от объема крови².

Тактика лечения варикоцеле при мужском бесплодии прежде всего включает физикальное и инструментальное исследования для подтверждения диагноза. Выраженность заболевания определяют по уменьшению объема пораженного яичка, снижению

параметров спермы. Прежде чем назначить терапию бесплодному мужчине с варикоцеле, необходимо убедиться в сохранности овуляции и проходимости маточных труб у его партнерши.

Мужчинам с двусторонним варикоцеле показано проведение варикоцелэктомии. Влияют ли количество и размер перевязанных вен при субингвинальной микрохирургической варикоцелэктомии на показатели спермограммы? Установлено, что количество перевязанных вен прямо коррелирует с увеличением подвижности сперматозоидов³.

Несмотря на большой накопленный опыт хирургического лечения варикоцеле, остается ряд вопросов. Например, что рекомендовать мужчине с варикоцеле, обратившемуся с жалобами на бесплодие, – оперативное лечение или вспомогательные репродуктивные технологии? С одной стороны, высокая эффективность вспомогательных репродуктивных технологий не

¹ Gat Y, Bachar G.N., Zukerman Z. et al. Varicocele: a bilateral disease // Fertil. Steril. 2004. Vol. 81. № 2. P. 424–429.

² Gat Y, Zukerman Z., Chakraborty J., Gornish M. Varicocele, hypoxia and male infertility. Fluid Mechanics analysis of the impaired testicular venous drainage system // Hum. Reprod. 2005. Vol. 20. № 9. P. 2614–2619.

³ Shindel A.W., Yan Y., Naughton C.K. Does the number and size of veins ligated at left-sided microsurgical subinguinal varicocelectomy affect semen analysis outcomes? // Urology. 2007. Vol. 69. № 6. P. 1176–1180.



Сателлитный симпозиум компании «ФармаМед»

вызывает сомнений. С другой, вспомогательные репродуктивные технологии – это инвазивные и дорогостоящие процедуры. В этой связи можно считать варикоцелэктомию эффективным и экономически выгодным методом лечения при условии, если причиной патозооспермии действительно является варикоцеле^{4,5}. В подтверждение профессор С.И. Гамидов представил результаты исследования, выполненного на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова. Были проанализированы результаты хирургического лечения больных с варикоцеле и бесплодием. Микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару под эпидуральной анестезией была выполнена 355 больным. Средняя продолжительность операции составила $49,05 \pm 10,3$ минуты. После микрохирургической варикоцелэктомии слева наблюдалось увеличение количества активных подвижных сперматозоидов в 63,94% случаев, улучшение их морфологии – в 54,65% случаев. Частота наступления беременности у партнерши составила 47,88%. Сходные данные получены и за рубежом. Так, метаанализ опубликованных в интернет-источниках 136 работ по хирургическому лечению варикоцеле подтвердил достоверное повышение концентрации, подвижности и морфологии сперматозоидов

после хирургического лечения⁶. По данным анализа восьми рандомизированных клинических исследований, частота наступления спонтанных беременностей в группе хирургического лечения была достоверно выше (36,4%), чем в контрольной группе (20%) ($p = 0,009$)⁷.

Результаты исследований показывают зависимость эффективности варикоцелэктомии от возраста пациентов.

Проведено исследование с участием 35 подростков, 41 бесплодного и 20 фертильных взрослых мужчин, которым выполнили микрохирургическую варикоцелэктомию. Послеоперационная концентрация и подвижность сперматозоидов в подростковой группе были достоверно выше, чем в группах взрослых пациентов⁸. Это подтверждает и метаанализ 1180 опубликованных работ, в котором было показано, что после хирургического лечения варикоцеле у пациентов молодого возраста достоверно повышается концентрация сперматозоидов⁹. Так стоит ли оперировать больных с варикоцеле и бесплодием после 40 лет? По мнению профессора С.И. Гамидова, хирургическое лечение необходимо. Во-первых, пациентам с вторичным бесплодием достоверно больше среди лиц старше 40 лет (43% по сравнению с 19% среди лиц моложе 40 лет). Во-вторых, частота спонтанных беременностей в семьях

Добавление антиоксидантов в схему терапии мужчин после варикоцелэктомии повышает эффективность лечения мужского бесплодия. Однако при определении стратегии лечения необходимо учитывать все сопутствующие факторы возникновения патозооспермии

оперированных мужчин старше 40 лет была достоверно выше, чем у неоперированных (49 и 21% соответственно, $p < 0,05$)¹⁰.

Среди актуальных вопросов – целесообразность выполнения хирургического вмешательства с обеих сторон при двустороннем варикоцеле. Результаты исследований свидетельствуют о том, что проведение таким больным микрохирургической двусторонней варикоцелэктомии существенно улучшает показатели спермограммы, способствуя наступлению беременности у партнерши¹¹. Профессор С.И. Гамидов напомнил, что до широкого распространения методов хирургического лечения варикоцеле активно применяли эмпирическую стимуляцию сперматогенеза у больных с варикоцеле. Эффективность этого метода оценивалась в отечественном исследовании, прове-

⁴ French D.B., Desai N.R., Agarwal A. Varicocele repair: does it still have a role in infertility treatment? // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 2008. Vol. 20. № 3. P. 269–274.

⁵ Penson D.F., Paltiel A.D., Krumholz H.M., Palter S. The cost-effectiveness of treatment for varicocele related infertility // J. Urol. 2002. Vol. 168. № 6. P. 2490–2494.

⁶ Agarwal A., Deepinder F., Cocuzza M. et al. Efficacy of varicocelectomy in improving semen parameters: new meta-analytical approach // Urology. 2007. Vol. 70. № 3. P. 32–38.

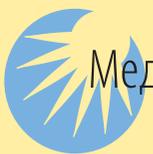
⁷ Ficcarra V., Cerruto M.A., Liguori G. et al. Treatment of varicocele in subfertile men: the cochrane review – a contrary opinion // Eur. Urol. 2006. Vol. 49. № 2. P. 258–263.

⁸ Ku J.H., Kim S.W., Park K., Paick J.S. Benefits of microsurgical repair of adolescent varicocele: comparison of semen parameters in fertile and infertile adults with varicocele // Urology. 2005. Vol. 65. № 3. P. 554–558.

⁹ Nork J. MP26-09 Effect of treatment of youth varicocele on semen analysis: a meta-analysis // J. Urol. 2014. Vol. 191. № 4. Suppl. P. e254.

¹⁰ Zini A., Boman J., Jarvi K., Baazeem A. Varicocelectomy for infertile couples with advanced paternal age // Urology. 2008. Vol. 72. № 1. P. 109–113.

¹¹ Elbendary M.A., Elbadry A.M. Right subclinical varicocele: how to manage in infertile patients with clinical left varicocele? // Fertil. Steril. 2009. Vol. 92. № 6. P. 2050–2053.



денном в период 2006–2012 гг. на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова. Обследовали 1127 бесплодных мужчин с варикоцеле. Из них 891 больного разделили на три группы. В первой группе (n = 728) выполнялась микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия по Мармару, во второй группе (n = 107) – стимуляция сперматогенеза фармацевтическими препаратами, пациентов третьей группы (n = 56) наблюдали без лечения. Каждые три месяца проводили контрольное обследование.

Через год увеличение концентрации сперматозоидов наблюдалось как после микрохирургической варикоцелэктомии, так и после эмпирической стимуляции сперматогенеза – у 69,9 и 29,9% больных соответственно. Спонтанная беременность наступила у партнерш 47,1% мужчин после микрохирургической варикоцелэктомии, 21,5% – после лекарственной стимуляции и 3,6% – без лечения. У больных с азооспермией (n = 39) появились сперматозоиды в 46,2% случаев, у 52,8% больных с полной тератозооспермией (n = 36) после операции обнаружены морфологически нормальные сперматозоиды (в отличие от результатов лечения в группах сравнения). После выполнения микрохирургической варикоцелэктомии и улучшения показателей спермограммы целесообразно провести криоконсервацию сперматозоидов, которая позволяет сохранить их структуру и функции. Этот метод также применяется во избежание повторных процедур по выделению сперматозоидов в будущем¹².

Еще одним актуальным вопросом при лечении пациентов с варикоцеле и бесплодием является необходимость стимуляции сперматогенеза после варикоцелэктомии. На базе Научного центра акушер-

ства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова проведено исследование эффективности и безопасности применения биокомплекса ацетил-L-карнитина, L-карнитина фумарата и альфа-липоевой кислоты (СпермАктин® Форте) у пациентов с варикоцеле. В ходе исследования также оценивали влияние на фрагментацию ДНК сперматозоидов в комбинации и без витаминного комплекса для мужчин «Больше чем поливитамины».

При включении в исследование пациенты должны были соответствовать следующим критериям:

- бесплодный брак в течение не менее года регулярной половой жизни без контрацепции;
- патозооспермия в не менее трех анализах спермограммы;
- варикоцеле I–III степени, подтвержденное по результатам ультразвуковой доплерографии сосудов мошонки;
- информированное согласие на участие в исследовании.

Эффективность терапии оценивали по таким критериям, как показатели спермограммы, уровень фрагментации ДНК сперматозоидов, информация о наступлении беременности в семье, полученная путем опроса всех участников исследования.

Применяли стандартные методы обследования: анализ жалоб больного, сбор анамнеза, физикальное обследование, спермограмму и MAR-тест, исследование гормонов крови, ультразвуковое исследование органов мошонки с доплерографией сосудов яичек, оценку уровня фрагментации ДНК сперматозоидов, генетическое исследование, статистический анализ. В период 2014–2015 гг. были обследованы 527 бесплодных мужчин с варикоцеле, из них соответствовали критериям включения в исследование 140 больных в возрасте 25–56 лет. В зависимости от

вида проводимого лечения было выделено пять сопоставимых групп. В первой группе пациенты подвергались хирургическому лечению варикоцеле (микрохирургической субингвинальной варикоцелэктомии по Мармару) и получали СпермАктин® Форте. Пациенты второй группы после хирургического лечения принимали СпермАктин® Форте и витаминный комплекс «Больше чем поливитамины». В третьей группе применяли методы стандартной эмпирической стимуляции сперматогенеза (Клостилбегит, Триовит, Трентал и др.). В четвертую группу вошли пациенты, которые по какой-то причине не захотели пройти хирургическое лечение и принимали только СпермАктин® Форте. В пятой группе пациентам была выполнена микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару, дополнительная стимуляция сперматогенеза не проводилась. Билатеральная операция проведена 86 (76,8%), а унилатеральная – 26 (23,2%) больным. Анализ показателей спермограммы спустя три месяца от начала исследования продемонстрировал снижение концентрации сперматозоидов во всех группах, кроме второй. Как правило, после хирургического лечения варикоцеле концентрация сперматозоидов в первые три месяца падает, что обусловлено адаптацией организма. Несмотря на это, во второй группе отмечено выраженное увеличение прогрессивной подвижности сперматозоидов по сравнению с другими группами. Снижение уровня фрагментации ДНК отмечалось на фоне эмпирической стимуляции у больных, получающих СпермАктин® Форте. Морфология сперматозоидов в течение трех месяцев во всех группах достоверно не изменилась, это связано с тем, что наиболее оптимальные сроки оценки сперматогенеза состав-

¹² Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Попова А.Ю. и др. Современный подход к терапии мужского бесплодия у больных с варикоцеле // Терапевтический архив. 2012. № 10. С. 56–61.



Сателлитный симпозиум компании «ФармаМед»

ляют 6–12 месяцев. В настоящее время этот срок еще не прошел, исследование продолжается. О наступлении беременности у партнерши сообщили по одному больному из группы А (хирургическое лечение + СпермАктин® Форте)

и D (микрохирургическая варикоцелэктомия без дополнительной стимуляции).

Можно сказать, что добавление антиоксидантов в схему терапии мужчин после варикоцелэктомии повышает эффективность

лечения мужского бесплодия. Однако при определении стратегии лечения необходимо учитывать все сопутствующие факторы возникновения патозооспермии, исключить другие причины мужского бесплодия.

Перспективы антиоксидантной терапии мужского бесплодия

О ведении пациентов с мужским бесплодием с использованием методов антиоксидантной терапии рассказал д.м.н., профессор РУДН Игорь Владимирович ВИНОГРАДОВ.

L-карнитин уже много лет применяется для профилактики и лечения многих заболеваний. Впервые он был выделен в 1905 г. из экстракта тканей мышц профессором медицинской химии Харьковского университета Р.П. Кримберггом. В 1960-е гг. L-карнитин был впервые синтезирован. Было установлено, что L-карнитин отвечает за перенос длинноцепочечных жирных кислот в митохондрии через их внутреннюю мембрану, тем самым способствуя образованию энергии в клетках организма. Рекомендуемые уровни потребления L-карнитина составляют для взрослых не менее 300 мг в сутки. При этом 25% суточной потребности карнитина вырабатывается в организме человека из лизина, метионинов, витаминов (С, В₃ и В₆) и железа. Недостаток любого из этих веществ приводит к дефициту карнитина. Остальные 75% суточной потребности карнитина должны поступать из пищи. Таким образом, от поступления в организм L-карнитина и его производных (ацетил-L-карнитин) зависит энергетический обмен, который во многом определяет качество эякулята.

В современной антиоксидантной терапии широко используют жирные кислоты. Свойства жирных кислот определяются длиной углеродной цепи, количеством и точным положением двойных связей, свойствами радикалов.

Так, известны антиоксидантные свойства альфа-липовой кислоты, которая может существовать в окисленной и восстановленной формах. Модулируя соотношение NADH/NAD, она реализует фармакологический эффект.

По мнению профессора И.В. Виноградова, перспективы антиоксидантной терапии бесплодия связаны с применением жирных кислот, которые в эксперименте и/или клинических исследованиях подтвердили положительное влияние на репродуктивную систему либо животных, либо человека.

Докозапентаеновую кислоту в больших количествах идентифицировали в тестисе крыс, что позволило сделать вывод об участии этой кислоты в работе репродуктивных органов. Докозапентаеновая кислота была найдена также в рыбьем жире. Она влияет на фрагментацию ДНК сперматозоидов млекопитающих. Эйкозапентаеновая и докозагексаеновая кислоты являются важными компонентами триглицеридов в рыбьем жире. Доказано положительное влияние этих кислот на здоровье человека. Жиры наиболее распространенных морских рыб содержат относительно высокие концентрации омега-3 полиненасыщенных жирных кислот и имеют, как правило, низкое соотношение омега-6/омега-3, что ставит их в ряд особо ценных природных продуктов для здорового питания.

Пунициевая кислота (трикозановая кислота) выделена из семян *Punica granatum* и *Momordica charantia* (*Punicaceae*). Как было

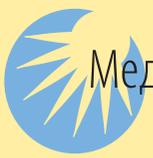


Профессор
И.В. Виноградов

показано, эта кислота действует как прооксидант и антиоксидант в зависимости от потребляемого количества.

Профессор И.В. Виноградов отметил, что требуется дальнейшее изучение антиоксидантного потенциала указанных веществ.

На современном фармацевтическом рынке представлены различные средства, в рекламных описаниях которых подчеркивается положительное влияние на качество эякулята. Что отличает СпермАктин® Форте? Он содержит ацетил-L-карнитин и L-карнитин – активные и незаменимые для правильного созревания, подвижности, жизнеспособности сперматозоидов компоненты в оптимальной дозировке. Но не только. Для максимального повышения антиоксидантной активности терапевтического комплекса в его состав включены альфа-липовая и аскорбиновая кислоты. Неудивительно, что в настоящее время комплекс считается одним из наиболее перспективных и эффективных средств коррекции патозооспермии при мужском бесплодии.



Профессор
В.А. Божедомов

Главный врач Клинической больницы Росздрава, профессор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и РУДН, д.м.н. Владимир Александрович БОЖЕДОМОВ представил данные об этиопатогенезе, методах диагностики и лечения нарушений репродуктивной функции у мужчин.

Актуальность данной проблемы не вызывает сомнения, однако разработка стандартов помощи бездетным парам представляет собой весьма трудную задачу. В нескольких руководствах, вышедших в последние годы (2008–2015), обнаружены расхождения в методологии и содержании окончательных рекомендаций, что ограничивает их полезность в стандартизации клинической практики для улучшения результатов, связанных с репродуктивным здоровьем населения¹³. Мужское бесплодие представляет собой многофакторный синдром, который включает широкий спектр нарушений, затрагивающих не только половую, но и нервную, эндокринную, кровеносную, иммунную системы организма. Докладчик подчеркнул необходимость стандартизированного подхода к обследованию пациентов, соблюдения четких принципов и алгоритмов диагностики причин, лежащих в основе бесплодия.

Бесплодная пара: взгляд андролога

С позиций организации здравоохранения можно выделить три уровня обследования.

Первый является обязательным для всех лечебно-профилактических учреждений, имеющих кабинет уролога. Он включает:

- первичное обследование мужчины, обратившегося к урологу поликлиники в связи с отсутствием желаемой беременности у постоянной половой партнерши (жалобы, анамнез, физикальное обследование);
- выполнение минимального лабораторного обследования мужчины, планирующего отцовство (анализы крови на ВИЧ (с согласия пациента), вирусные гепатиты В и С, сифилис, мазок из уретры);
- ультразвуковое исследование органов мошонки, предстательной железы и семенных пузырьков.

Второй является обязательным для всех лечебно-профилактических учреждений, в той или иной форме занимающихся проблемой бесплодного брака, – андрологических кабинетов окружных урологических амбулаторно-поликлинических отделений, консультаций «Брак и семья», центров планирования семьи и репродукции. Он включает:

- стандартную спермограмму, в том числе окраску сперматозоидов специальными красителями и «строгую» оценку морфологии;
- определение антиспермальных антител на подвижных сперматозоидах (MAR- или IBT-тест);
- выявление инфекционно-воспалительных процессов репродуктивного тракта (лейкоциты в сперме и секрете простаты, при необходимости – микробиологическое и молекулярно-генетическое исследование на инфекции);

- гормональные (определение уровней фолликулостимулирующего гормона, пролактина, ингибина В, тестостерона, андрогенсвязывающего глобулина и др.).

Такое обследование позволяет выделить группу мужчин с нарушениями качества спермы и направить их для более углубленного обследования в специализированные клиники третьего уровня, где проводятся:

- генетические исследования (кариотипирование, диагностика микроделеций и точечных мутаций AZF, муковисцидоза, полиморфизма рецепторов андрогенов и др.);
- биохимические исследования эякулята (фруктоза, цитрат, цинк, альфа-гликозидаза, акрозин и др.);
- оценка взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью *in vivo* и *in vitro*;
- гипоосмотический тест;
- оценка акросомной реакции (иммунофлюоресценция, проточная цитометрия);
- измерение продукции активных форм кислорода (хемилюминесценция);
- оценка фрагментации ДНК (методы TUNEL, COMET, SCD);
- оценка нарушений упаковки и конденсации хроматина (СМА3, Aniline blue, Acridine orange);
- комплексное исследование «отмытых» в градиенте перкола сперматозоидов.

На сегодняшний день активно обсуждается роль окислительного стресса в снижении мужской фертильности. Известно, что активные формы кислорода необходимы для нормальной регуляции функции сперматозоидов. Однако если образование свободных радикалов превышает нормальные

¹³ Esteves S.C., Chan P. A systematic review of recent clinical practice guidelines and best practice statements for the evaluation of the infertile male // Int. Urol. Nephrol. 2015. Vol. 47. № 9. P. 1441–1456.

ВНИМАНИЕ, ПРЕМЬЕРА!

Спермактин® форте

- Эффективная терапия всех форм патоспермии
- Полноценная подготовка пациентов к ЭКО-ИКСИ
- Доказанная эффективность

α-Липоевая кислота

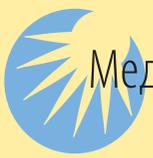
Ацетил-L-карнитин

L-карнитин



Сделано в США





СпермАктин® единственный из подобных комплексов рекомендован к применению в период подготовки мужчины к вспомогательным репродуктивным технологиям

значения, развивается окислительный стресс. Окислительный стресс существенно ухудшает сперматогенез, приводит к повреждению сперматозоидов. При этом повреждение ДНК может быть вызвано факторами как внутренними (недостаточность протаминов и топоизомераз), так и внешними (табакокурение, инфекционно-воспалительные процессы репродуктивного тракта, перегревание яичек, варикоцеле, антиспермальные антитела, недостаток антиоксидантов спермы и др.)¹⁴.

Профессор В.А. Божедомов отметил, что в терапии мужского бесплодия необходимо применять в первую очередь этиотропные методы лечения. Во многих случаях возможно патогенетическое лечение (при гипогонадотропном гипогонадизме, секреторной недостаточности дополнительных половых желез, сексуальной и эякуляторной дисфункциях и др.). Если этиопатогенетическое лечение оказалось неэффективным, переходят к симптоматической терапии.

Одним из компонентов комплексного лечения пациентов с бесплодием является прием антиоксидантов. На что обратить внимание при выборе комплексов, которые широко представлены на фармацевтическом рынке? Прежде всего на состав – действующие вещества должны находиться в достаточной концентрации.

Докладчик представил данные собственного исследования, посвященного оценке приме-

нения комплекса СпермАктин® («ФармаМед») в комплексной терапии олиго-, астено- и/или тератозооспермии. Больных рандомизировали на две группы. В первую группу вошли 62 пациента, получающие кломифен цитрат с витаминным комплексом Man's formula «Больше чем поливитамины». Во вторую группу включили 67 пациентов, которые принимали кломифен цитрат, Man's formula «Больше чем поливитамины» и СпермАктин®. Анализ результатов наблюдений продемонстрировал, что во второй группе на фоне приема СпермАктина у больных отмечено повышение концентрации сперматозоидов (87%)

Заключение

Распространенной причиной мужского бесплодия является снижение концентрации, активности и оплодотворяющей способности сперматозоидов вследствие окислительного стресса. В рамках симпозиума обсуждались возможности антиоксидантной терапии в лечении мужского бесплодия, и в частности перспективы применения комплекса СпермАктин® Форте.

Антиоксидантный комплекс СпермАктин® Форте компании «ФармаМед» (Канада) содержит L-карнитина фумарат, N-ацетил-L-карнитина гидрохлорид, альфа-липоевую и аскорбиновую кислоты.

L-карнитин – природное витаминоподобное вещество, которое обеспечивает энергией весь процесс сперматогенеза и напрямую влияет на качество спермы. Следует отметить, что плохое качество сперматозоидов – причина не только отсутствия беременности у партнерши, но и нарушений развития зародыша, врожденных аномалий и даже рака у детей.

В исследованиях было продемонстрировано, что у мужчин, при-

по сравнению с первой группой (50%). Это свидетельствует о том, что применение СпермАктина может быть полезно пациентам с олиго-, астено- и/или тератозооспермией.

В заключение профессор В.А. Божедомов отметил, что лечение мужского бесплодия подразумевает установление конкретных патогенетических механизмов нарушений мужской репродуктивной функции с помощью различных методов диагностики. Для восстановления репродуктивной функции мужчин следует применять современные технологии и эффективные методы фармакотерапии.

нимающих СпермАктин® Форте, улучшались такие показатели, как морфология, концентрация и подвижность сперматозоидов. Антиоксидантный комплекс СпермАктин® Форте позволяет устранить дисбаланс активных форм кислорода, восстановив антиоксидантную емкость спермы, что способствует восстановлению моторики и устранению дефектов ДНК сперматозоидов.

СпермАктин® Форте показан при снижении подвижности и оплодотворяющей способности сперматозоидов, олигоастенозооспермии третьей-четвертой стадии, снижении фертильности, вызванном окислительным стрессом, а также для улучшения показателей эякулята при донорстве и криоконсервации. Кроме того, СпермАктин® единственный из подобных комплексов рекомендован к применению в период подготовки мужчины к вспомогательным репродуктивным технологиям (экстракорпоральному оплодотворению, переносу эмбрионов, интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку).[®]

¹⁴ Божедомов В.А., Николаева М.А., Ушакова И.В. и др. Патогенез снижения фертильности при аутоиммунных реакциях против сперматозоидов // Акушерство и гинекология. 2012. Т. 8. № 2. С. 64–69.



XI НАУЧНЫЙ КОНГРЕСС

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

www.clinicpharm.ru

Санкт-Петербург, 6-8 октября 2016 г.

КОНГРЕСС

«РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ» -

это ежегодный форум, главной целью которого является формирование клинико-фармакологического мышления у практикующих врачей различных специальностей.

ФОРМАТ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

пленарное заседание, профильные школы, круглые столы, семинары, симпозиумы, образовательные лекции, мастер-классы от лидеров направлений.

ФОРМАТ МЕРОПРИЯТИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

- повысить уровень профессиональной подготовки;
- усовершенствовать знания по вопросам фармако-терапии различных заболеваний;
- освоить новейшую информацию о лекарственных средствах и схемах их применений;
- ознакомиться с современными тенденциями развития мировой клинической медицины;
- получить необходимые знания по вопросам социальных, экономических, юридических и этических норм деятельности врача.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Санкт-Петербург, гостиница «Сокос Олимпия Гарден», Батыйский переулок, д. 3А, ст. метро «Технологический институт»

ВРЕМЯ РАБОТЫ:

6-8 октября 2016 г., 9:00-18:00

КОНТАКТЫ:

clinicpharm@mail.ru; orgclinicpharm@mail.ru
www.clinicpharm.ru
+7 (921) 942-64-80; +7(921) 743-06-96.



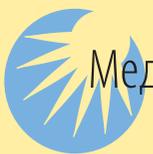
«Проблемы рациональной фармако-терапии в настоящее время имеют особое значение в связи с наличием большого количества лекарственных средств на фармацевтическом рынке.»

В рамках данного научного форума предполагается обсудить проблемы фармако-терапии основных острых и хронических заболеваний, вопросы фармакоэпидемиологии, фармакоэко-номики и лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений, методологические подходы к организа-ции лечебного процесса.»

Главный клинический фармаколог комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
А.К. Хаджидис

Главный терапевт комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
Мазуров В.И.





Тренды фармакотерапии в урологии. Инновации и обращение к прошлому

На симпозиуме, состоявшемся при поддержке компании «Штада», обсуждались такие актуальные вопросы, как химиопрофилактика рака предстательной железы, перспективы применения пептидных биорегуляторов в лечении острого и хронического простатита, преимущества фитотерапии мочекаменной болезни, роль антиоксидантов в лечении мужского бесплодия.



Профессор
М. Браузи

Рак предстательной железы – это наиболее часто встречающееся злокачественное новообразование у мужчин. Как отметил председатель секции онкоурологии Европейской ассоциации урологов, президент Итальянского общества урологов, профессор Маурицио БРАУЗИ (Maurizio BRAUSI), такая особенность, как длительный промежуток времени между началом заболевания и развитием неизлечимой стадии, позволяет активно исследовать возможности химиопреventивного воздействия. Канцерогенез рака предстательной железы проходит несколько этапов развития. Сначала

Эпигаллокатехина галлат: новое поколение препаратов для защиты предстательной железы

в большинстве эпителиальных клеток наблюдаются генетическая прогрессия и потеря клеточных функций управления. Затем в простате фенотип клеток и тканей изменяется от нормального до атипичной интраэпителиальной неоплазии предстательной железы (ПИН), далее до тяжелой дисплазии (ПИН высокой степени), поверхностного микроскопического рака и, наконец, опухоли, которая характеризуется инвазивным ростом и метастазированием. Эти изменения могут протекать в течение 20 лет, а прогрессирование от ПИН до ПИН высокой степени может занять десять и более лет. Клинически значимо рак может не проявляться еще в течение 3–15 лет. В настоящее время изучаются методы, способные прервать или блокировать какой-либо из этапов канцерогенеза. Это может быть достигнуто путем изменения образа жизни пациента или посредством химиопрофилактики, включающей использование синтетических или натуральных фармакологических агентов (медицинских препаратов, витаминов, биологически активных

веществ), способных замедлить скорость развития опухолевого процесса или полностью его подавить.

На сегодняшний день известны четыре группы химиопрофилактических агентов, предотвращающих онкогенез рака предстательной железы: диетические составляющие (фитоэстрогены/изофлавоны, ликопин, витамины E и D), микроэлементы (селен), гормональные препараты (ингибиторы 5-альфа-редуктазы, торемифен, флутамид, бикалутамид) и катехины.

Катехины – это активные соединения, содержащиеся в больших количествах в сухом веществе настоя зеленого чая. Исследования, проведенные в Китае в 2001–2002 гг., показали, что употребление не менее одного литра зеленого чая в сутки снижало риск развития рака предстательной железы на 73% [1].

К основным катехинам зеленого чая относятся эпигаллокатехин-3-галлат, эпигаллокатехин, эпикатехин-3-галлат и эпикатехин. Наиболее активным является эпигаллокатехин-3-галлат, способный ингибировать 5-альфа-



Сателлитный симпозиум компании «Штада»

редуктазу, индуцировать апоптоз, подавлять образование и рост раковых клеток, в том числе рака предстательной железы.

Эпигаллокатехин-3-галлат мощно и избирательно ингибирует протеасомы, последовательно накапливая белки p27, что приводит к прекращению роста раковых клеток. Противоопухолевый эффект эпигаллокатехин-3-галлата в отношении трансформированных клеток простаты, его способность эффективно воздействовать на них на этапе перехода процесса в стадию микроскопического рака доказаны целым рядом исследований.

Профессор М. Браузи, основываясь на личном исследовательском опыте, представил достоверные результаты снижения риска развития рака предстательной железы на фоне приема катехинов зеленого чая.

В 2000 г. в Модене стартовала поступательная исследовательская программа химиопрофилактики рака предстательной железы, в рамках которой оценивалась эффективность катехинов зеленого чая как химиопрофилактических агентов. В 2002 г. *in vitro* было продемонстрировано, что эпигаллокатехин-3-галлат стимулировал апоптоз эпителиальных клеток простаты, не оказывая существенного влияния на доброкачественные контрольные образцы [2].

Для экспериментального исследования 2004 г. были выбраны мыши с трансгенным раком предстательной железы (модель TRAMP) [3]. Животные основной группы получали катехины с питьевой водой, контрольная группа получала только воду. Через 24 недели лечения в контрольной группе рак был диагностирован у 100% особей, в основной группе – в 20% случаев без проявления побочных эффектов.

В 2006 г. М. Браузи и соавт. провели двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, в котором приняли участие па-

циенты с простатической интраэпителиальной неоплазией высокой степени (n = 60) [4]. Критерии отбора: возраст 45–75 лет, ПИН высокого риска, диагностированная после 8–18 ядерных биопсий, в соответствии с объемом простаты. Больные были рандомизированы в две группы в соотношении 1:1. Пациенты основной группы в течение года принимали три капсулы с экстрактом зеленого чая по 200 мг – 600 мг в сутки (состав капсул: эпигаллокатехин 5,5%, эпикатехин 12,24%, эпигаллокатехин-3-галлат 51,8%, эпикатехин-3-галлат 6,12%, кофеин < 1%), контрольной группы – плацебо. Через год терапии в основной группе была диагностирована только одна злокачественная опухоль (3%), в группе плацебо – девять (30%). Значения суммарных показателей уровня простатического специфического антигена внутри изучаемых групп различались незначительно, при этом в основной группе эти показатели были достоверно ниже, чем в группе плацебо.

В 2008 г. в тех же группах вновь была проведена оценка эффективности катехинов зеленого чая [5]. В основную группу входили уже 13 человек, а в группу плацебо – 9, то есть всего оценивалось состояние 22 пациентов. Оказалось, что за прошедший после первого этапа год в опытной группе дополнительно был выявлен лишь один новый случай рака простаты (два случая за два года), а в группе плацебо – дополнительно два новых случая (11 случаев за два года). Таким образом, ингибирование прогрессирования рака предстательной железы, достигнутое в течение одного года введения экстракта зеленого чая, было длительным и способствовало снижению заболеваемости почти на 80%. Данные исследования позволили сделать вывод об эффективности и безопасности длительного применения катехинов зеленого чая в качестве профилактики рака

простаты у пациентов с ПИН высокой степени.

Профессор М. Браузи и соавт. провели пилотное исследование по оценке эффективности комбинации семи компонентов (соя, ликопен, катехины, витамины Е и D, селен, цинк) в группе пациентов с риском развития рака простаты. Исследование показало более высокую эффективность комбинированного состава компонентов, применение которых способствовало снижению простатического специфического антигена крови у 60% молодых пациентов, имеющих риск развития рака предстательной железы.

В текущем году профессор М. Браузи и соавт. завершили небольшое пилотное исследование по оценке эффективности использования эпигаллокатехин-3-галлата в высокой дозировке. В исследование были включены 18 пациентов в возрасте 65 лет и старше с доброкачественной опухолью предстательной железы. В течение года все участники исследования получали терапию эпигаллокатехин-3-галлатом в дозе 600 мг в сутки. Применение эпигаллокатехин-3-галлата в дозе 600 мг/сут не приводило к увеличению объема простаты и значительно снижало выраженность симптоматики, повышая качество жизни пациентов.

Экстракт зеленого чая TEAVIGO, 94% которого составляет наиболее активный катехин – эпигаллокатехин-3-галлат, содержится в капсулах ПростаДоз. В состав ПростаДоза также входят экстракт плодов пальмы ползучей, индол-3-карбинол, витамин Е, цинк и селен. Завершая выступление, профессор М. Браузи констатировал, что применение катехинов зеленого чая эффективно снижало риск развития рака предстательной железы у пациентов с ПИН высокой степени в долгосрочной перспективе. Необходимы дальнейшие клинические испытания для подтверждения полученных результатов.

урология



Профессор
В.Х. Хавинсон

Неуклонное старение населения диктует необходимость поиска эффективных и безопасных средств профилактики и лечения заболеваний, ассоциированных с возрастом. По мнению директора Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, члена-корреспондента РАН, заслуженного деятеля науки РФ, д.м.н., профессора Владимира Хацкелевича ХАВИНСОНА, нарушение пептидной биорегуляции снижает устойчивость организма к дестабилизирующим факторам внешней и внутренней среды, что является одной из причин ускоренного старения и развития патологии, ассоциированной с возрастом.

Проведенные специалистами Института биорегуляции и геронтологии эксперименты показали, что целенаправленная индукция дифференцировки полипотентных клеток и использование биологического клеточного резерва различных органов и тканей организма составляют основу увеличения продолжительности жизни.

Коллективом ученых института была разработана технология выделения из тканей животных особых веществ, названных цитомединами, которые представляют собой основные пептиды с молекулярной массой от 1 до 10 кД. Цитомедины оказывают

Цитомедины. История разработки, принцип действия, применение в урологии

регулирующее действие на уровне специализированных клеточных популяций. Если нарушение цитомединовой регуляции неизбежно ведет к развитию патологии, то предполагается, что усиление синтеза цитомединов в самом организме или введение их извне сопровождается ликвидацией патологического процесса и восстановлением утраченных функций. Все пептиды взаимодействуют с участками ДНК, каждый пептид – только с определенным геном ДНК. При связывании с молекулой ДНК пептид активирует транскрипцию селективных генов, что приводит к образованию матричной РНК и синтезу белков, которые участвуют в процессах дифференцировки, пролиферации и апоптоза.

На основе экстрактов из животного сырья учеными института были созданы пептидные биорегуляторы, которые уже более 25 лет успешно применяются для профилактики и лечения патологий, в том числе обусловленных возрастными изменениями. В основе этих препаратов пептиды, выделенные из тимуса, эпифиза мозга, головного мозга, сетчатки глаза, предстательной железы. Главное преимущество пептидных биорегуляторов – природное происхождение. Кроме того, они характеризуются высокой специфичностью, абсолютной безвредностью, микродозами и доступностью производства.

На сегодняшний день наибольшее распространение получили препараты, созданные на основе экстрактов предстательной железы. Достоверные результаты эффективности применения пептидов простаты получены в различных экспериментальных моделях при остром и хроническом простатите, пиелонефрите, цистите, панкреатите, гравита-

ционных перегрузках, травматическом шоке, баротравме.

На экспериментальных моделях было показано увеличение зоны роста эксплантатов в органо-типических культурах клеток животных, делений фибробластов человека на 42,5% и средней длины теломер в 2,4 раза. Исследование по изучению влияния пептидов простаты на синтез белка в клетках простаты крыс разного возраста продемонстрировало, что введение тканеспецифичных пептидов в культуру клеток простаты достоверно стимулирует увеличение скорости синтеза белка на 42,9%, в том числе и у старых животных. Результаты исследований указывали на перспективность применения пептидов в качестве геропротекторных средств. На фоне воздействия пептидных биорегуляторов отмечалось увеличение продолжительности жизни животных на 20–40% и максимальной продолжительности жизни на 42,3%. У животных, индуцированных канцерогенным воздействием, при применении пептидных биорегуляторов в 3,1 раза уменьшилась частота развития опухолей. Среди лекарственных препаратов на основе пептидных биорегуляторов из предстательной железы профессор В.Х. Хавинсон выделил семейство Витапрост (Витапрост, Витапрост форте, Витапрост плюс). Это комплекс водорастворимых биологически активных пептидов, выделенных путем жесткого кислотного гидролиза, глубоко разрушающего клеточные структуры, из предстательной железы ткани простаты быков и бычков, достигших половой зрелости. Витапрост выпускается как в форме ректальных суппозиторий (Витапрост форте), так и в пероральной форме (таблет-



Сателлитный симпозиум компании «Штада»

ки Витапрост). За 17-летнее использование Витапрост вполне может считаться «экспертом» в лечении простаты. Витапрост продемонстрировал эффективность при лечении пациентов с острым и хроническим простатитом, пиелонефритом, циститом, гиперактивным мочевым пузырем, доброкачественной гиперплазией предстательной железы, расстройствами акта мочеиспускания, состояниями после трансуретральной резекции простаты и даже миомой матки, поскольку мужские и женские половые железы развиваются из одного недифференцированного зачатка.

Еще одно направление применения Витапроста – это реабили-

тация больных после биопсий простаты и операций. Известно, что после трансуретральной резекции и уретроцистоскопии могут развиваться инфекционно-воспалительные осложнения, дизурия, боль, гематурия, гематоспермия, нарушения половой функции. Сейчас в послеоперационном периоде применяется Витапрост форте в комбинации с таблетками Витапрост, что способствует улучшению качества жизни пациентов. Для наиболее оптимальной реабилитации пациентов после трансуретральной резекции и биопсий простаты была создана новая инъекционная форма препарата – Витапрост Директ. Его разработка проводилась с помощью новой техноло-

гии получения высокоочищенных пептидов, обеспечивающей выделение их активных фракций. В настоящее время инъекционная форма препарата Витапрост Директ в виде ампул по 2 мл проходит процедуру регистрации, ее появление в аптечной сети планируется в 2019 г.

В заключение профессор В.Х. Хавинсон отметил, что многолетний опыт экспериментальных и клинических исследований свидетельствует о перспективности расширения линейки лекарственных препаратов пептидных биорегуляторов с целью повышения эффективности лечения многих патологий, в том числе и ассоциированных с возрастом.

Окислительный стресс как причина бесплодия. Современные препараты на основе антиоксидантов

Во Всемирной организации здравоохранения под считали, что загрязнение воздуха, почвы, воздействие химических веществ, изменений климата и ультрафиолетового излучения – это причина более 100 различных заболеваний. По данным заведующей кафедрой эндокринологии РУДН, д.м.н., профессора Светланы Юрьевны КАЛИНЧЕНКО, из-за проживания или работы в неблагоприятной среде ежегодно в мире умирают свыше 12 млн человек. Негативное влияние факторов окружающей среды, чрезмерная физическая нагрузка, стресс, переутомление способствуют развитию патологических изменений в различных органах и системах и сопровождаются увеличением образования свободных радикалов в организме.

Теория свободных радикалов впервые была сформулирована в 1950-х гг. D. Harman. Он выдвинул гипотезу об общих механизмах, модифицируемых генетическими и негенетическими

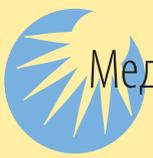
факторами, приводящими к аккумуляции в организме эндогенных активных молекул – свободных радикалов кислорода во всех клетках человеческого организма. Именно воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды (экология, курение, токсины) и возраст приводят к нарушению баланса между продукцией свободных радикалов и антиоксидантной защитой организма. Свободные радикалы – нестабильные атомы и соединения действуют как агрессивные окислители и в результате повреждают жизненно важные структуры организма. При этом окислительный стресс поражает практически все структуры организма, включая ДНК, белки и липиды. Однако первый удар на себя чаще всего принимают высокоспециализированные клетки, чувствительные к любому минимальному нарушению процессов митохондриального синтеза энергии. Это прежде всего клетки нервной ткани, половые клетки (сперматозоиды у мужчин и яйцеклетки



Профессор
С.Ю. Калининко

у женщин), а также быстро обновляющиеся клетки крови и кожного покрова.

Сперматозоиды чрезвычайно уязвимы для окислительного повреждения, которое может стать причиной нарушения спонтанных зачатий, эмбрионального развития, а также неудачных попыток интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов и экстракорпорального оплодотворения. По данным Российской ассоциации репродукции человека, из проведенных в 2013 г. 50 тыс. циклов экстракорпорального оплодотворения только 10 тыс. завер-



шились родами. Одна из причин сложившейся ситуации – отсутствие подготовки мужчин к процедуре вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе с помощью нормализации показателей антиоксидантной системы. Окислительный стресс – это не первичное состояние, за ним всегда скрываются гормональные и метаболические нарушения. Определенный вклад в развитие и прогрессирование окислительного стресса и эндотелиальной дисфункции вносят дефицит витамина D и тиреоидных гормонов (гипотиреоз). Новые представления о витамине D как стероидном гормоне привели к пониманию его роли в регуляции важных генов, отвечающих за синтез половых гормонов и углеводный обмен. Установлено, например, что дефицит витамина D ассоциирован с низким уровнем половых гормонов и высоким риском развития ожирения, инсулинорезистентности, метаболического синдрома, остеопороза и других патологий. Выработка свободных радикалов растет при инсулинорезистентности, повышении уровня сахара в крови, ожирении.

По мнению профессора С.Ю. Калинченко, окислительный стресс, инсулинорезистентность и гипоксия – это три взаимосвязанных состояния. Половые гормоны – важнейшие активаторы гена инсулинового рецептора, а тестостерон обеспечивает метаболизм мышечной ткани – основного места утилизации углеводов в организме. Невозможность использования глюкозы как субстрата для выработки аденозинтрифосфата в инсулинзависимых тканях (печень, мышцы), переход исключительно на окисление жирных кислот (увеличение образования свободных радикалов), неминуемое ожирение, нарастание инсулинорезистентности, концентрации свободных жирных кислот (также имеющих свободнорадикальную активность) ведет к истощению антиоксидантной системы. При

инсулинорезистентности и гипоксии жир начинает откладываться в мышцах, что способствует поддержанию окислительного стресса. Гипоксия (недостаточное снабжение или потребление кислорода клетками и тканями организма) и окислительный стресс усилива-

ламбрекенов и гиперпигментации на теле. Для диагностики гипоксии достаточно у пациента измерить частоту пульса и кислородную сатурацию с помощью пульсоксиметра. Один из возможных способов снижения негативного влияния

Один из возможных способов снижения негативного влияния окислительного стресса – это пероральный прием антиоксидантов. Входящие в состав АндроДоза L-аргинин, L-карнитин, L-карнозин, коэнзим Q₁₀, глицирризиновая кислота, цинк, селен, витамин E и витамин A позволяют улучшить параметры эякулята, повысить уровень фертильности

ют друг друга, что ведет к нарушениям энергетических и метаболических процессов в клетках и тканях.

При диагностике этих состояний следует руководствоваться принципом «легко диагностировать – легко лечить». Сложные и разнообразные диагностические процедуры не всегда целесообразны. По некоторым данным, до 30% лабораторных исследований в мире не оправданы. Н.П. Гончаров считает, что в России эта цифра доходит до 80%. Диагностика должна быть чувствительной, доступной, репрезентативной и быстрой.

Диагностика окислительного стресса предполагает определение уровня pH во рту пациента, что можно сделать с помощью универсальной индикаторной тест-полоски. «При окислительном стрессе кислотная среда доминирует во всех средах, и в слюне, и в эякуляте. Поэтому прежде чем отправлять эякулят на спермограмму, необходимо убедиться в щелочной реакции», – пояснила профессор С.Ю. Калинченко. Инсулинорезистентность можно заподозрить, если окружность талии более 94 см, при наличии

окислительного стресса – это пероральный прием антиоксидантов. Адекватная антиоксидантная терапия позволяет уменьшить или предотвратить развитие окислительного стресса, затормозить процесс разрушения клеток в общем и улучшить характеристики сперматозоидов в частности. Для терапии и профилактики мужской инфертильности применяются многочисленные многокомпонентные биопрепараты, состоящие, как правило, из витаминов, микроэлементов, аминокислот, а также энзимов, пробиотиков, натуральных липидов и экстрактов растений.

Профессор С.Ю. Калинченко порекомендовала использовать комплекс АндроДоз. Входящие в состав АндроДоза L-аргинин, L-карнитин, L-карнозин, коэнзим Q₁₀, глицирризиновая кислота, цинк, селен, витамин E и витамин A позволяют улучшить параметры эякулята, повысить уровень фертильности. «Комплекс следует принимать до достижения цели, а цель есть наступление беременности и рождение здорового ребенка», – отметила профессор С.Ю. Калинченко, завершая выступление.



Сателлитный симпозиум компании «Штада»

Современные аспекты фитотерапии мочекаменной болезни. Что нового?

Вопросы диагностики и лечения мочекаменной болезни сохраняют свою значимость, обусловленную распространенностью и ростом частоты заболеваемости. По словам профессора кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Вадима Игоревича РУДЕНКО, пациенты, страдающие этим заболеванием, составляют 30–40% от всего контингента урологических стационаров. В целом, мочекаменная болезнь встречается у порядка 3% населения, причем в подавляющем большинстве это лица трудоспособного возраста.

Течение мочекаменной болезни характеризуется высокой частотой рецидивов. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных технологий, риск развития рецидива в первый год после лечения имеет место в 72% случаев. После трех лет риск рецидива составляет 40%, а через десять лет – 30%. Основные клинические проблемы современных методов лечения связаны с обеспечением эффективного и безопасного отхождения фрагментов камней в раннем послеоперационном периоде и снижением процента резидуальных фрагментов как причины последующего камнеобразования. Особенно это касается камней размером от 4 до 6 мм, которые могут отходить спонтанно.

«В таких ситуациях мы прибегаем к литокинетической терапии, которая основана на использовании растительных препаратов, спазмолитиков, альфа-адреноблокаторов, нестероидных противовоспалительных препаратов», – пояснил докладчик.

Значимое место в литокинетической терапии мочекаменной болезни занимают препараты растительного происхождения. Для них характерны высокая биодоступность, хорошая индивидуальная переносимость, потенцирование антибактериальной терапии, совместимость

с растительными и синтетическими препаратами, синергизм и клиническая безопасность при длительном приеме. Последнее особенно важно, учитывая, что метафилактика камнеобразования предопределяет длительное наблюдение и лечение пациента. Совокупность диуретического, противовоспалительного и спазмолитического действия обеспечивает высокий литокинетический эффект растительных средств и возможность метафилактического использования для лечения пациентов с мочекаменной болезнью.

Профессор В.И. Руденко охарактеризовал свойства некоторых известных растительных средств, применяемых в урологической практике. Эти фитосредства оказывают спазмолитическое действие, способствуют отхождению камней и их фрагментов, уменьшают выраженность болевого синдрома, усиливают почечный кровоток, обладают противовоспалительным, противомикробным действием, повышают содержание защитных коллоидов и глюкуроновой кислоты в моче, они совместимы с антибиотиками и разрешены к применению у детей с шестилетнего возраста.

Почечный чай, или ортосифон тычиночный (*Orthosiphon stamineus*), обладает мочегонным эффектом, оказывает антиспастическое действие на мускулатуру верхних мочевых путей. Повышает клубочковую фильтрацию, улучшает функцию почечных канальцев, отщелачивает мочу, что особенно важно при уратном и смешанном камнеобразовании.

Марена красильная (*Rubia tinctorum*) обладает способностью «разрыхлять» структуру мочевых камней, особенно содержащих фосфорнокислые соли магния и кальция. Стимулирует диурез, оказывает противомикробное и противовоспалительное действие. Нормализует тонус и усиливает сокращение верхних мочевых путей, что способс-



Профессор
В.И. Руденко

твует миграции камней. Кроме того, марена красильная отличается адаптогенным, стимулирующим и иммуномодулирующим действием.

Солодка голая (*Glycyrrhiza glabra*) способна оказывать антимикробный эффект по отношению к грамотрицательной и грамположительной флоре. Она характеризуется выраженным противовоспалительным действием, заключающимся в купировании воспалительных реакций, вызванных гистамином, серотонином и брадикинином, а также имеет тонизирующие и противоаллергические свойства.

Горянка (*Epimedium*) улучшает функциональное состояние почек, расширяет капилляры и улучшает микроциркуляцию в печени и почках. Отличается антиоксидантным и противовирусным действием, обладает общеукрепляющими и тонизирующими свойствами. Ресвератрол – известное природное биологически активное вещество из группы полифенолов. Первоначально было выделено из винограда темных сортов и виноградных косточек. Антиоксидантные свойства ресвератрола по своей эффективности превосходят «золотой стандарт» антиоксидантов – токоферол (витамин Е). Ресвератрол обладает противомикробным, противовирусным и противовоспалительным свойством.

Гинкго билоба (*Ginkgo biloba*) оказывает антиоксидантное, сосудорасширяющее, противоишемическое,



противоотечное, антиагрегантное, диуретическое, нейропротективное действие. Регулирует тонус сосудов, нормализует метаболические процессы, почечный и мозговой кровоток. Обладает мочегонным эффектом за счет нормализации кровотока и способности увеличивать скорость клубочковой фильтрации, а также нефропротективным действием за счет уменьшения протеинурии.

Родиола розовая (*Rhodiola rosea*) известна как «золотой корень». Наибольшее распространение приобрела как средство, повышающее защитные функции организма, оказывающее положительное влияние на регуляцию обмена веществ.

Все вышеперечисленные компоненты объединены в фитокомплекс НефраДоз, который в начале 2013 г. вышел на рынок стран СНГ, в 2015 г. был зарегистрирован Таможенным союзом ЕАЭС.

Эффективность и безопасность НефраДоза в лечении пациентов с мочекаменной болезнью были доказаны рядом исследований. В открытом сравнительном исследовании Г.В. Тер-Аванесова (2010) приняли участие 69 больных мочекаменной болезнью в возрасте 34–56 лет. Пациенты первой группы (n = 45) принимали препарат НефраДоз по две капсулы два раза в день во время еды в течение восьми недель. Пациентам второй группы (n = 24) проводилась стандартная дието- и фитотерапия.

Исследование продемонстрировало преимущество терапии препаратом НефраДоз, применение которого способствовало значимому повышению суточного диуреза, снижению концентрации мочевой кислоты, протеинурии, лейкоцитурии, уменьшению солевого осадка, тенденции к снижению клиренса мочевины и креатинина, уменьшению рецидивов камнеобразования. Так, например, в первой группе на фоне терапии препаратом НефраДоз рецидив камнеобразования отмечался в четыре раза реже, чем в контрольной группе – 8,8 и 33,3% соответственно.

В многоцентровом открытом исследовании, координатором которого стал профессор А.А. Камалов, приняли участие 114 пациентов из десяти российских урологических центров. Всем пациентам в послеоперационном периоде после дистанционной ударно-волновой литотрипсии назначалась терапия препаратом НефраДоз по две капсулы два раза в день утром и вечером во время еды. Препарат НефраДоз снижал плотность мочи на 24,7% за счет диуретического эффекта, причем в комбинации с литолитической и кинетической терапией на 42,1%. Уменьшал бактериурию на 23,3% (в комбинации – на 42,7%). Снижал лейкоцитурию на 18,1% (в комбинации – на 27,8%), концентрацию уратов – на 58,2% (в комбинации – на 57%), оксалатов мочи – на 64,2% (в комбинации – на 60%), фосфатов в комбинации с литолитической и кинетической терапией – на 87,8%. Все результаты были статистически достоверны. Таким образом, исследование показало, что НефраДоз обладает диуретическим, литокинетическим, противовоспалительным свойством и может с успехом применяться в реабилитации после дистанционной литотрипсии.

Еще одно исследование по оценке эффективности НефраДоза проводилось на базе отделения рентген-ударно-волновой дистанционной литотрипсии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. 30 пациентов после дистанционной ударно-волновой литотрипсии были распределены на две группы, сопоставимые по возрасту, локализации и размеру мочевого камня. Пациентам группы А (n = 20) назначалась терапия препаратом НефраДоз, пациентам группы Б (n = 10) – спазмолитики. Клиническая эффективность препарата НефраДоз оценивалась по частоте возникновения почечной колики после дистанционной ударно-волновой литотрипсии, срокам и проценту отхождения фрагментов камней, а также индивидуальной переносимости препарата. Для оценки выраженности

боли использовалась десятибалльная визуальная аналоговая шкала. Препарат НефраДоз продемонстрировал преимущество в сравнении со спазмолитическими препаратами по снижению частоты почечной колики и срокам отхождения фрагментов камней. Так, у пациентов на фоне приема препарата НефраДоз в 1,3 раза реже отмечались приступы почечной колики в раннем послеоперационном периоде. В группе А выраженность боли в среднем оценивалась в 5 баллов, колика имела место у 25% пациентов, а в группе Б выраженность боли в среднем составила 7 баллов, колика отмечалась у 40% пациентов. На фоне приема препарата НефраДоз в группе А в первые пять дней отход фрагментов камней регистрировался у 60% пациентов, в группе Б – у 50%, в последующие 6–14 дней отход фрагментов камней в группе А имел место в 90% случаев, в группе Б – в 70% случаев. Таким образом, препарат НефраДоз в большей степени способствовал отхождению фрагментов после дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Длительный прием препарата при проведении литокинетической терапии и метафилактики камнеобразования не сопровождался развитием побочных эффектов. Резюмируя вышесказанное, профессор В.И. Руденко отметил, что препарат НефраДоз:

- улучшает метаболические процессы;
- оказывает антиоксидантное, противовоспалительное, диуретическое действие;
- способствует самостоятельному отхождению мелких (4–6 мм) конкрементов;
- повышает процент отхождения фрагментов камней после дистанционной ударно-волновой литотрипсии на фоне снижения интенсивности боли;
- профилактирует рецидивное камнеобразование;
- обладает хорошей индивидуальной переносимостью при длительном приеме.

Чтобы посадить дерево
и вырастить сына,
необходимо



ЗДОРОВОЕ СЕМЬЯ



Сбалансированный комплекс для улучшения мужской фертильности

Позволяет нормализовать
параметры спермограммы ^{1,2}

Рекомендован для подготовки
к процедурам ВРТ (ЭКО, ИКСИ) ²

Доказанная эффективность в рамках
многоцентрового исследования ¹

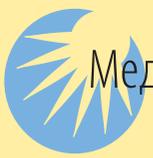


1 - Многоцентровое открытое исследование эффективности и безопасности многокомпонентного комплекса «АндроДоз», капсулы, у пациентов с патоспермией, 2013 г

2 - «Применение препарата АндроДоз у мужчин с нарушением фертильности», д.м.н., проф. Неймарк А.И. / Андрология и генитальная хирургия – 2013 - №4 – С. 49-52

Производитель –
ООО «Витамер»,
маркетинг и дистрибуция –
ООО «ШТАДА Маркетинг»

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ



Профессор
А.А. Хрянин

Профессор Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н. Алексей Хрянин рассмотрел такую важную проблему, как низкая приверженность лечению российских пациентов. Статистические данные 2015 г. демонстрируют, что 51% россиян лечатся самостоятельно, обращаясь к врачу в самом крайнем случае. 20–30% выписанных врачом препаратов никогда не принимаются пациентами. 50% препаратов, назначенных для лечения хронических заболеваний, принимаются пациентами с нарушениями режима приема (дозы, кратности, продолжительности). Самая низкая приверженность чаще встречается в лечении асимптоматических заболеваний. Факторов, влияющих на комплаенс (добровольное следование па-

Врач и пациент: как достичь согласия и единства мнения

циентом предписанному режиму лечения), много. Среди них можно выделить и психологические особенности больного, и клинические особенности заболевания. Однако, по мнению профессора А.А. Хрянина, существенно осложняет ситуацию недостаточная компетентность врачей. Часто врачи не знают или игнорируют данные клинической физиологии и стандарты лечения, иммунологии, общей патологии. Используют методы лечения, не прошедшие апробацию, или проводят излишние обследования. Бесконтрольно назначают препараты «для поддержания иммунитета, печени, кишечника» и т.д. Между тем, по образному выражению профессора А.А. Хрянина, «организм – не мусорная корзина». При назначении препаратов необходимо следовать рекомендациям российских и международных профессиональных сообществ, учитывать данные клинических исследований. В этом отношении можно с уверенностью сказать, что эффективность и безопасность тех лекарственных средств, которые обсуждались на симпозиуме, подтверждена клиническими исследованиями в соответствии с принципами доказательной медицины. Например, доказана эффективность препарата НейроДоз, который содержит сбалансированную комбинацию

веществ, способных подавлять нейросенсорные факторы развития преждевременной эякуляции, в лечении преждевременной эякуляции и увеличении продолжительности полового акта. Не случайно в 2014 г. уникальный аминокислотный комплекс НейроДоз был включен в методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы по лечению раннего семяизвержения. Основная причина низкой приверженности лечению, по мнению профессора А.А. Хрянина, заключается в том, что пациенты не всегда уверены в эффективности назначаемого лекарственного средства, в обоснованности его применения. Если врач будет следовать рекомендациям, принимать во внимание результаты клинических исследований, он сможет обосновать назначаемое лечение. Приверженность пациента терапии зависит именно от эффективной коммуникации «врач – пациент». Высокая приверженность означает высокую вероятность достижения терапевтического эффекта, отсутствие или редкую частоту возникновения рецидивов. «Медицина будущего основывается на взаимопонимании врача и пациента. Постарайтесь прийти к согласию с пациентом!» – призвал коллег профессор А.А. Хрянин, завершая выступление.

Заключение

Современные подходы к ведению урологических больных диктуют потребность в назначении лекарственных средств, отвечающих оптимальному соотношению «эффективность – безопасность». Именно такую возможность практикующему специалисту предоставляет линейка препаратов компании «Штада».

Был продемонстрирован потенциал комплекса ПростаДоз в достижении целей химиопрофилактики заболеваний предстательной железы. Представлены результаты исследований, подтвердивших эффективность и хороший профиль безопасности препаратов Витапрост и Витапрост форте при абактериальном и бактериальном простатите, доброкачест-

венной гиперплазии предстательной железы, постоперационных состояниях. Эксперты отмечали необходимость приема антиоксидантного комплекса АндроДоз при нарушенной фертильности у мужчин, растительного препарата НефраДоз при мочекаменной болезни и аминокислотного комплекса НейроДоз при раннем семяизвержении. 🌐

• **конференции** • **выставки** • **семинары** •

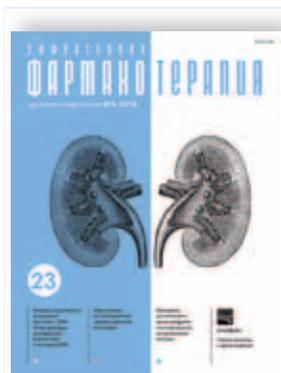
Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для **ВРАЧЕЙ** различных специальностей, **ПРОВИЗОРОВ** и **ФАРМАЦЕВТОВ**. Мы работаем **ПО ВСЕЙ РОССИИ!**

- Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •
- Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •
- Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

Организация профессиональных медицинских форумов для врачей, провизоров и фармацевтов.
Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!

(495) 234 07 34

www.medforum-agency.ru



Журналы для врачей различных специальностей

- Вестник семейной медицины
- Эффективная фармакотерапия
 - Акушерство и гинекология
 - Аллергология и иммунология
 - Гастроэнтерология
 - Дерматовенерология и дерматокосметология
 - Кардиология и ангиология
 - Неврология и психиатрия
 - Онкология и гематология
 - Педиатрия
 - Пульмонология и оториноларингология
 - Ревматология, травматология и ортопедия
 - Урология и нефрология
 - Эндокринология



Журнал для провизоров и фармацевтов



Журнал для организаторов здравоохранения



XV РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС "ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ"

с международным участием

25–27 октября 2016 года, Москва,

гостиничный комплекс "КОСМОС"
проспект Мира, 150

www.congress2016.pedklin.ru

ОРГАНИЗАТОРЫ:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. Н.И. ПИРОГОВА

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ

ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ

ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ

СОЮЗ ДЕТСКИХ АЛЛЕРГОЛОГОВ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2,

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии
им. академика Ю.Е. Вельтищева

Оргкомитет конгресса "Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии"

Тел.: +7 (499) 487-05-69, моб. +7 (926) 525-16-82

Факс: +7 (495) 484-58-02

E-mail: congress@pedklin.ru

ВКЛЮЧИ ЗЕЛЕНый!



ДЛЯ БЫСТРОГО ОБЛЕГЧЕНИЯ ДИЗУРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ^{2,3}:

- Тамсулозин от Берлин-Хеми/А. Менарини
- Европейское качество по доступной цене!⁴
- Упаковки по 30 и 100 капсул = 30 или 100 дней непрерывной терапии
- 1 капсула в сутки²

 **БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

1. Распоряжение правительства РФ от 30.12.2014 N 2782-р. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Профлосин® от 15.11.2013
3. Akin Y et al. // International Urology and Nephrology, 2013 Vol. 45, Issue 1, pp 45-51. 4. <http://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx> (дата обращения 30.07.2015)

Профлосин®, МНН: тамсулозин; **Лекарственная форма:** капсулы кишечнорастворимые пролонгированного действия; **Показания к применению:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (лечение дизурических расстройств). Противопоказания: гиперчувствительность к тамсулозину или другим компонентам препарата; ортостатическая гипотензия (в т.ч. в анамнезе); тяжелая печеночная недостаточность. **Способ применения:** Внутрь, по 1 капсуле 1 раз в сутки после завтрака или первого приема пищи. Капсулу следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. Капсулу нельзя делить на части или разламывать, так как это может повлиять на скорость высвобождения действующего вещества. Длительность применения не ограничена. **Побочное действие:** Возможные побочные эффекты при применении препарата приведены ниже по нисходящей частоте возникновения: часто (< 1/10, > 1/100), нечасто (< 1/100, > 1/1000), редко (< 1/1000, > 1/10000), очень редко (< 1/10000), включая отдельные сообщения. Нарушения со стороны нервной системы: часто – головокружение; нечасто – головная боль; редко – обморочные состояния. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: нечасто – тахикардия, ортостатическая гипотензия. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: нечасто – запор, диарея, тошнота, рвота. Нарушения со стороны репродуктивной системы: нечасто – нарушение эякуляции; очень редко – приапизм. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: нечасто – сыпь, кожный зуд, крапивница; редко – ангионевротический отек. Прочие: в отдельных случаях – развитие синдрома атоничной радужки (синдром узкого зрачка) во время операции по удалению катаракты, астеня, ринит. Условие отпуска из аптек: по рецепту.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123317, Москва, Пресненская набережная, д. 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru>
Информация для специалистов здравоохранения. Подробная информация о препарате содержится в инструкции по применению от 15.11.13. RU_PROF_02_Print утверждено 13.10.2015

Простамол® Уно

пальмы ползучей плодов экстракт

1

КАПСУЛА в день¹

2

ПОКАЗАНИЯ

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы¹
- хронический простатит^{1*}

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ
ТЕРАПИИ

НЕ ОГРАНИЧЕНА¹



Одобрено
Российским обществом
урологов²

**Патогенетическое
действие¹**

* для устранения дизурических симптомов при хроническом простатите
1. Инструкция по медицинскому применению препарата Простамол® Уно от 16.06.2014
2. data on file

Простамол® Уно; МНН Пальмы ползучей плодов экстракт; Лекарственная форма: капсулы; Показания к применению: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (I и II стадии); Устранение дизурических симптомов (расстройство мочеиспускания, ночная поллакиурия, болевой синдром и др.) при хроническом простатите. Противопоказания: Индивидуальная непереносимость компонентов препарата. Способ применения: Препарат Простамол® Уно применяют по 1 капсуле (320 мг) 1 раз в сутки в одно и тоже время, после еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости. Длительность курса лечения не ограничена по времени. Рекомендуемая продолжительность курса терапии – не менее трех месяцев. Побочное действие: Возможны аллергические реакции на компоненты препарата. В редких случаях - дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, изжога (при приеме натощак). Условие отпуска из аптек: без рецепта.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01; <http://www.berlin-chemie.ru>
Информация для специалистов здравоохранения. Подробная информация о препарате содержится в инструкции по применению от 16.06.14.RU_PROS_05_2015_Print утверждено 13.10.2015



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**