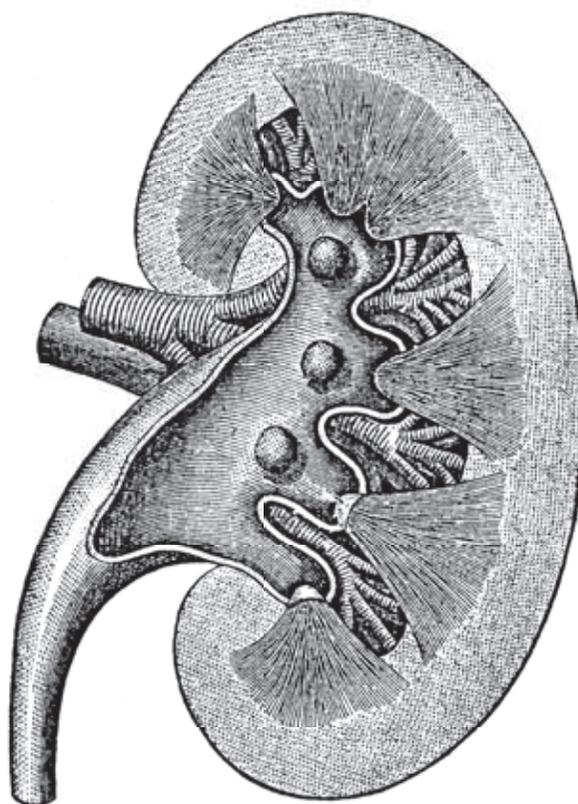
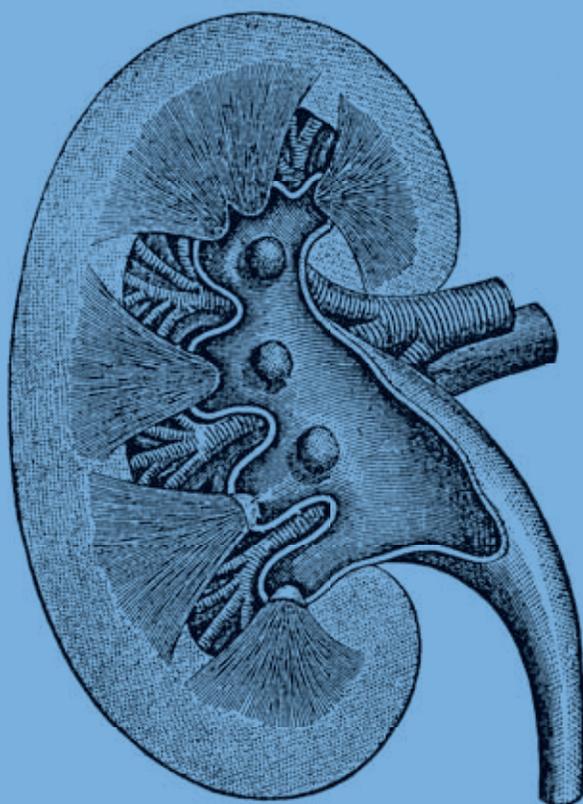


Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я
Ф А Р М А К О

Т Е Р А П И Я

№ **10** **ТОМ 15**
2019



УРОЛОГИЯ
И НЕФРОЛОГИЯ

СПЕЦВЫПУСК
«Вклад алтайской урологии
в научную школу АГМУ»



umedp.ru

Свежие выпуски и архив журнала



XIX 19–21
СЕНТЯБРЯ
2019

КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

РОСТОВ-НА-ДОНУ



ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

- ◆ Междисциплинарная урология
- ◆ Новые технологии в урологии
- ◆ Инновации в диагностике и лечении онкоурологических заболеваний
- ◆ Достижения лекарственной терапии в урологии
- ◆ Инновации в реконструктивной и пластической хирургии
- ◆ Визуализация в урологии
- ◆ Робот-ассистированная хирургия в урологии
- ◆ Клеточные технологии в урологии
- ◆ Диагностика и лечение МКБ
- ◆ Основные пути развития современной урологии

КОНТАКТЫ

По всем вопросам, касающимся подачи и содержания тезисов, вы можете обращаться к главному ученому секретарю РОУ, главному урологу Москвы, профессору

Дмитрию Юрьевичу Пушкарю
Телефон: +7 (499) 760-75-89
E-mail: congressrou-2019@mail.ru

По вопросам участия вы можете обращаться:

Шишкова Яна
Телефон: +7 (495) 646-01-55, доб. 210
E-mail: congress_rou@ctogroup.ru

Организаторы



Российское общество урологов



Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова



Ростовский государственный медицинский университет

При поддержке



Министерство здравоохранения РФ



Министерство здравоохранения Ростовской области



European Association of Urology



24-25/05/2019, УФА

Конгресс-холл «Торатау»
ул. Заки Валиди, д. 2

ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС УРОЛОГОВ

с международным участием

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Мочекаменная болезнь
- Неотложная урология
- Интернациональная сессия: One belt and one road
- Андрология
- Онкоурология
- Фокальная терапия рака предстательной железы
- Нейроурология и ядерная медицина
- Детская урология
- Синдром хронической тазовой боли
- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы
- Современные методы лечения
- Клеточные технологии в урологии
- Онкоимунология
- Урогинекология
- Биопсия предстательной железы от рандомной к таргетной (с симуляционным курсом «Fusion-биопсия предстательной железы»)
- Репродуктивная урология
- Роботическая хирургия
- Пересадка почки. Гемодиализ
- Инфекционно-воспалительные заболевания МПС
- Уретральная хирургия

Организаторы



При поддержке



Технический организатор



Шишкова Яна
Тел. +7 (495) 646-01-55, доб. 210
По вопросам участия
E-mail: registration@eurasiacongressufa.ru

По вопросу приема тезисов
E-mail: thesis@eurasiacongressufa.ru

Павлов Валентин Николаевич
По научной программе
E-mail: programme@eurasiacongressufa.ru



Реклама

eurasiacongressufa.ru



www.medcongress.pro

Российский
национальный
медицинский конгресс

Биеннале искусства медицины

Мнения
и доказательства

11–13 сентября
2019



Санкт-Петербург



Эффективная фармакотерапия. 2019.
Том 15. № 10.
Урология и нефрология

ISSN 2307-3586

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

Руководитель проекта
«Урология и нефрология»
М. ТИШИН
(m.tishin@medforum-agency.ru)

Effective Pharmacotherapy. 2019.
Volume 15. Issue 10.
Urology and Nephrology

ISSN 2307-3586

© Medforum Medical Information Agency
1/3 Timiryazevskaya Street Moscow, 127422 Russian Federation
Phone: 7-495-2340734
www.medforum-agency.ru

Advertising Manager
“Urology and Nephrology”
M. TISHIN
(m.tishin@medforum-agency.ru)

Редакционная коллегия

Ю.Г. АЛЯЕВ (*главный редактор*),
член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
И.С. БАЗИН (*ответственный секретарь*),
д.м.н. (Москва)
Ф.Т. АГЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Б. БЕЛЯЕВА, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.С. БОРДИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.М. ВОРОБЬЕВА, *д.м.н. (Москва)*
О.В. ВОРОБЬЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
М.А. ГОМБЕРГ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.А. ГОРБУНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. ГОРЕЛОВ, *член-корр. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Л.В. ДЕМИДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.А. ЗАЙЦЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.В. ЗАХАРОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.Н. ЗАХАРОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Е. КАРАТЕЕВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.В. КАРАУЛОВ, *академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Ю.А. КАРПОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Е.П. КАРПОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.В. КОВАЛЬЧУК, *профессор, д.м.н. (Москва)*
В.С. КОЗЛОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.М. КОРСУНСКАЯ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Г.Г. КРИВОБОРОДОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
И.В. КУЗНЕЦОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.М. ЛЕСНЯК, *профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)*
И.А. ЛОСКУТОВ, *д.м.н. (Москва)*
Л.В. ЛУСС, *академик РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.Ю. МАЙЧУК, *д.м.н. (Москва)*
А.Б. МАЛАХОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
С.Ю. МАРЦЕВИЧ, *член-корр. РАЕН, профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Н. МИНУШКИН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.М. МКРТУМЯН, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Д.В. НЕБИЕРИДЗЕ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.М. НЕНАШЕВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
А.Ю. ОВЧИННИКОВ, *профессор, д.м.н. (Москва)*
О.Ш. ОЙНОТКИНОВА, *профессор, д.м.н. (Москва)*
Н.А. ПЕТУНИНА, *профессор, д.м.н. (Москва)*

Editorial Board

Yury G. ALYAEV (*Editor-in-Chief*),
Prof., MD, PhD (Moscow)
Igor S. BAZIN (*Executive Editor*),
MD, PhD (Moscow)
Fail T. AGEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina B. BELYAYEVA, *Prof., MD, PhD (St. Petersburg)*
Mikhail R. BOGOMILSKY, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Dmitry S. BORDIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Natalya M. VOROBYOVA, *MD, PhD (Moscow)*
Olga V. VOROBYOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Mikhail A. GOMBERG, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vera A. GORBUNOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr V. GORELOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Lev V. DEMIDOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Andrey A. ZAYTSEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vladimir V. ZAKHAROV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina N. ZAKHAROVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Dmitry Ye. KARATEYEV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr V. KARAULOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yury A. KARPOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Yelena P. KARPOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vitaly V. KOVALCHUK, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Vladimir S. KOZLOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina M. KORSUNSKAYA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Grigory G. KRIVOBORODOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Irina V. KUZNETSOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga M. LESNYAK, *Prof. MD, PhD (St. Petersburg)*
Igor A. LOSKUTOV, *MD, PhD (Moscow)*
Lyudmila V. LUSS, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Dmitry Yu. MAYCHUK, *MD, PhD (Moscow)*
Aleksandr B. MALAKHOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Sergey Yu. MARTSEVICH, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Oleg N. MINUSHKIN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Ashot M. MKRTUMYAN, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
David V. NEBIERIDZE, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Natalya M. NENASHEVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Andrey Yu. OVCHINNIKOV, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Olga Sh. OYNOTKINOVA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*
Nina A. PETUNINA, *Prof., MD, PhD (Moscow)*

Редакционная коллегия

В.И. ПОПАДЮК, профессор, д.м.н. (Москва)
В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)
О.А. ПУСТОТИНА, профессор, д.м.н. (Москва)
В.И. РУДЕНКО, профессор, д.м.н. (Москва)
С.В. РЯЗАНЦЕВ, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
С.В. СААКЯН, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.А. САБЕЛЬНИКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
М.С. САВЕНКОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ, профессор, д.м.н. (Москва)
О.М. СМIRНОВА, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.С. СНАРСКАЯ, профессор, д.м.н. (Москва)
Н.А. ТАТАРОВА, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
В.Ф. УЧАЙКИН, академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Е.И. ШМЕЛЕВ, профессор, д.м.н. (Москва)

Редакционный совет

Акушерство и гинекология

В.О. АНДРЕЕВА, И.А. АПОЛИХИНА, В.Е. БАЛАН,
О.А. ГРОМОВА, Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, С.А. ЛЕВАКОВ,
Л.Е. МУРАШКО, Т.А. ОБОСКАЛОВА, Т.В. ОВСЯННИКОВА,
С.И. РОГОВСКАЯ, О.А. САПРЫКИНА, В.Н. СЕРОВ,
И.С. СИДОРОВА, Е.В. УВАРОВА

Аллергология и иммунология

Н.Г. АСТАФЬЕВА, О.С. БОДНЯ, Л.А. ГОРЯЧКИНА,
А.В. ЕМЕЛЬЯНОВ, Н.И. ИЛЫНА, О.М. КУРБАЧЕВА,
В.А. РЕВЯКИНА, О.И. СИДОРОВИЧ, Е.П. ТЕРЕХОВА,
Д.С. ФОМИНА

Гастроэнтерология

М.Д. АРДАТСКАЯ, И.Г. БАКУЛИН, С.В. БЕЛМЕР, И.А. БОРИСОВ,
Е.И. БРЕХОВ, Е.В. ВИННИЦКАЯ, А.В. КАЛИНИН,
Е.А. КОРНИЕНКО, Л.Н. КОСТЮЧЕНКО, Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ,
М.А. ЛИВЗАН, И.Д. ЛОРАНСКАЯ, В.А. МАКСИМОВ

Дерматовенерология и дерматокосметология

А.Г. ГАДЖИГОРОЕВА, В.И. КИСИНА, С.В. КЛЮЧАРЕВА,
Н.Г. КОЧЕРГИН, Е.В. ЛИПОВА, С.А. МАСЮКОВА,
А.В. МОЛОЧКОВ, В.А. МОЛОЧКОВ, Ю.Н. ПЕРЛАМУТРОВ,
И.Б. ТРОФИМОВА, А.А. ХАЛДИН, А.Н. ХЛЕБНИКОВА,
А.А. ХРЯНИН, Н.И. ЧЕРНОВА

Кардиология и ангиология

Г.А. БАРЫШНИКОВА, М.Г. БУБНОВА, Ж.Д. КОБАЛАВА,
М.Ю. СИТНИКОВА, М.Д. СМIRНОВА, О.Н. ТКАЧЕВА

Неврология и психиатрия

Неврология

Е.С. АКАРАЧКОВА, А.Н. БАРИНОВ, Н.В. ВАХНИНА,
В.Л. ГОЛУБЕВ, О.С. ДАВЫДОВ, А.Б. ДАНИЛОВ, Г.Е. ИВАНОВА,
Н.Е. ИВАНОВА, А.И. ИСАЙКИН, П.Р. КАМЧАТНОВ,
С.В. КОТОВ, О.В. КОТОВА, М.Л. КУКУШКИН, О.С. ЛЕВИН,
А.Б. ЛОКШИНА, А.В. НАУМОВ, А.Б. ОБУХОВА,
М.Г. ПОЛУЭКТОВ, И.С. ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ, А.А. СКОРОМЕЦ,
И.А. СТРОКОВ, Г.Р. ТАБЕЕВА, Н.А. ШАМАЛОВ,
В.А. ШИРОКОВ, В.И. ШМЫРЕВ, Н.Н. ЯХНО

Психиатрия

А.Е. БОБРОВ, Н.Н. ИВАНЕЦ, С.В. ИВАНОВ, Г.И. КОПЕЙКО,
В.Н. КРАСНОВ, С.Н. МОСОЛОВ, Н.Г. НЕЗНАНОВ,
Ю.В. ПОПОВ, А.Б. СМУЛЕВИЧ

Editorial Board

Valentin I. POPADYUK, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vera N. PRILEPSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Olga A. PUSTOTINA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Vadim I. RUDENKO, Prof., MD, PhD (Moscow)
Sergey V. RYAZANTSEV, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Svetlana V. SAAKYAN, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yelena A. SABELNIKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Marina S. SAVENKOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Aleksandr I. SINOPALNIKOV, Prof., MD, PhD (Moscow)
Olga M. SMIRNOVA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yelena S. SNARSKAYA, Prof., MD, PhD (Moscow)
Nina A. TATAROVA, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Vasily F. UCHAYKIN, Prof., MD, PhD (Moscow)
Yevgeny I. SHMELYOV, Prof., MD, PhD (Moscow)

Editorial Council

Obstetrics and Gynecology

V.O. ANDREYEVA, I.A. APOLIKHINA, V.Ye. BALAN,
O.A. GROMOVA, Yu.E. DOBROKHOTOVA, S.A. LEVAKOV,
L.Ye. MURASHKO, T.A. OBOSKALOVA, T.V. OVSYANNIKOVA,
S.I. ROGOVSKAYA, O.A. SAPRYKINA, V.N. SEROV,
I.S. SIDOROVA, Ye.V. UVAROVA

Allergology and Immunology

N.G. ASTAFYEVA, O.S. BODNYA, L.A. GORYACHKINA,
A.V. YEMELYANOV, N.I. ILYINA, O.M. KURBACHYOVA,
V.A. REVYAKINA, O.I. SIDOROVICH, Ye.P. TEREKHOVA,
D.S. FOMINA

Gastroenterology

M.D. ARDATSKAYA, I.G. BAKULIN, S.V. BELMER, I.A. BORISOV,
Ye.I. BREKHOV, Ye.V. VINNITSKAYA, A.V. KALININ,
Ye.A. KORNIYENKO, L.N. KOSTYUCHENKO, Yu.A. KUCHERYAVY,
M.A. LIVZAN, I.D. LORANSKAYA, V.A. MAKSIMOV

Dermatovenereology and Dermatocosmetology

A.G. GADZHIGOROYEVA, V.I. KISINA, S.V. KLYUCHAREVA,
N.G. KOCHERGIN, Ye.V. LIPOVA, S.A. MASYUKOVA,
A.V. MOLOCHKOV, V.A. MOLOCHKOV, Yu.N. PERLAMUTROV,
I.B. TROFIMOVA, A.A. KHALDIN, A.N. KHLEBNIKOVA,
A.A. KHRYANIN, N.I. CHERNOVA

Cardiology and Angiology

G.A. BARYSHNIKOVA, M.G. BUBNOVA, Zh.D. KOBALAVA,
M.Yu. SITNIKOVA, M.D. SMIRNOVA, O.N. TKACHEVA

Neurology and Psychiatry

Neurology

Ye.S. AKARACHKOVA, A.N. BARINOV, N.V. VAKHNINA,
V.L. GOLUBEV, O.S. DAVYDOV, A.B. DANILOV, G.Ye. IVANOVA,
N.Ye. IVANOVA, A.I. ISAYKIN, P.R. KAMCHATNOV,
S.V. KOTOV, O.V. KOTOVA, M.L. KUKUSHKIN, O.S. LEVIN,
A.B. LOKSHINA, A.V. NAUMOV, A.B. OBUKHOVA,
M.G. POLUEKTOV, I.S. PREOBRAZHENSKAYA, A.A. SKOROMETS,
I.A. STROKOV, G.R. TABEYEVA, N.A. SHAMALOV,
V.A. SHIROKOV, V.I. SHMYREV, N.N. YAKHNO

Psychiatry

A.Ye. BOBROV, N.N. IVANETS, S.V. IVANOV, G.I. KOPEYKO,
V.N. KRASNOV, S.N. MOSOLOV, N.G. NEZANNOV,
Yu.V. POPOV, A.B. SMULEVICH

Онкология, гематология и радиология

Б.Я. АЛЕКСЕЕВ, Е.В. АРТАМОНОВА, Н.С. БЕСОВА,
М.Б. БЫЧКОВ, А.М. ГАРИН, С.Л. ГУТОРОВ, И.Л. ДАВЫДКИН,
А.А. МЕЩЕРЯКОВ, И.Г. РУСАКОВ, В.Ф. СЕМИГЛАЗОВ,
А.Г. ТУРКИНА

Офтальмология

О.А. КИСЕЛЕВА

Педиатрия

И.В. БЕРЕЖНАЯ, Н.А. ГЕППЕ, Ю.А. ДМИТРИЕВА,
О.В. ЗАЙЦЕВА, В.А. РЕВЯКИНА, Д.А. ТУЛУПОВ

Пульмонология и оториноларингология

А.А. ВИЗЕЛЬ, Н.П. КНЯЖЕСКАЯ, С.В. КОЗЛОВ,
Е.В. ПЕРЕДКОВА, Е.Л. САВЛЕВИЧ,
О.И. СИМОНОВА

Ревматология, травматология и ортопедия

Л.И. АЛЕКСЕЕВА, Л.П. АНАНЬЕВА, Р.М. БАЛАБАНОВА,
Б.С. БЕЛОВ, В.И. ВАСИЛЬЕВ, Л.Н. ДЕНИСОВ, И.С. ДЫДЫКИНА,
Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, И.А. ЗБОРОВСКАЯ, Е.Г. ЗОТКИН,
А.Е. КАРАТЕЕВ, Н.В. ТОРОПЦОВА, Н.В. ЧИЧАСОВА,
Н.В. ЯРЫГИН

Урология и нефрология

А.Б. БАТЬКО, А.З. ВИНАРОВ, С.И. ГАМИДОВ, О.Н. КОТЕНКОВ,
К.Л. ЛОКШИН, А.Г. МАРТОВ, А.Ю. ПОПОВА, И.А. ТЮЗИКОВ,
Е.М. ШИЛОВ

Эндокринология

М.Б. АНЦИФЕРОВ, И.А. БОНДАРЬ, Г.Р. ГАЛСТЯН, С.В. ДОГАДИН,
В.С. ЗАДИОНЧЕНКО, Е.Л. НАСОНОВ, А.А. НЕЛАЕВА,
В.А. ПЕТЕРКОВА, В.А. ТЕРЕЩЕНКО, Ю.Ш. ХАЛИМОВ,
М.В. ШЕСТАКОВА

Эпидемиология и инфекции

Н.Н. БРИКО, Л.Н. МАЗАНКОВА, Е.В. МЕЛЕХИНА,
А.А. НОВОКШОНОВ, Т.В. РУЖЕНЦОВА, Н.В. СКРИПЧЕНКО,
А.В. СУНДУКОВ, Д.В. УСЕНКО, Ф.С. ХАРЛАМОВА

Редакция

Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС

Выпускающие редакторы А. КЯЖИНА, Н. ФРОЛОВА

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнеры Т. АФОНЬКИН, Н. НИКАШИН

Фото съемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Oncology, Hematology and Radiology

B.Ya. ALEXEYEV, Ye.V. ARTAMONOVA, N.S. BESOVA,
M.B. BYCHKOV, A.M. GARIN, S.L. GUTOROV, I.L. DAVYDKIN,
A.A. MESHCHERYAKOV, I.G. RUSAKOV, V.F. SEMIGLAZOV,
A.G. TURKINA

Ophthalmology

O.A. KISELYOVA

Pediatrics

I.V. BEREZHNYAYA, N.A. GEPPE, Yu.A. DMITRIYEVA,
O.V. ZAYTSEVA, V.A. REVYAKINA, D.A. TULUPOV

Pulmonology and Otorhinolaryngology

A.A. VIZEL, N.P. KNYAZHESKAYA, S.V. KOZLOV,
Ye.V. PEREDKOVA, Ye.L. SAVLEVICH,
O.I. SIMONOVA

Rheumatology, Traumatology and Orthopaedics

L.I. ALEKSEYEVA, L.P. ANANYEVA, R.M. BALABANOVA,
B.S. BELOV, V.I. VASILYEV, L.N. DENISOV, I.S. DYDYKINA,
N.V. ZAGORODNY, I.A. ZBOROVSKAYA, Ye.G. ZOTKIN,
A.Ye. KARATEYEV, N.V. TOROPTSOVA, N.V. CHICHASOVA,
N.V. YARYGIN

Urology and Nephrology

A.B. BATKO, A.Z. VINAROV, S.I. GAMIDOV, O.N. KOTENKOV,
K.L. LOKSHIN, A.G. MARTOV, A.Yu. POPOVA, I.A. TYUZIKOV,
Ye.M. SHILOV

Endocrinology

M.B. ANTSIFEROV, I.A. BONDAR, G.R. GALSTYAN, S.V. DOGADIN,
V.S. ZADIONCHENKO, Ye.L. NASONOV, A.A. NELAYEVA,
V.A. PETERKOVA, V.A. TERESHCHENKO, Yu.Sh. KHALIMOV,
M.V. SHESTAKOVA

Epidemiology and Infections

N.N. BRIKO, L.N. MAZANKOVA, Ye.V. MELEKHINA,
A.A. NOVOKSHONOV, T.V. RUZHENTSOVA, N.V. SKRIPCHENKO,
A.V. SUNDUKOV, D.V. USENKO, F.S. KHARLAMOVA

Editorial Staff

Editor-in-Chief T. CHEMERIS

Commissioning Editors A. KYAZHINA, N. FROLOVA

Journalists A. GORCHAKOVA, S. YEVSTAFYEVA

Corrector Ye. SAMOYLOVA

Art Designers T. AFONKIN, N. NIKASHIN

Photography I. LUKYANENKO

Тираж 8500 экз. Выходит 5 раз в год. Свидетельство о регистрации
СМИ ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005.

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 перечень
рецензируемых научных изданий ВАК и индексируется в системе РИНЦ.

Print run of 8500 copies. Published 5 times a year.
Registration certificate of mass media ПИ № ФС77-23066 of 27.09.2005.

Free subscription to the journal electronic version
on the website www.umedp.ru.

The Editorials is not responsible for the content of advertising materials.
Any reproduction of materials and their fragments is possible only
with the written permission of the journal. The Editorials' opinion
may not coincide with the opinion of the authors.

Authors submitted articles for the publication should be acquainted
with the instructions for authors and the public copyright agreement.
The information is available on the website www.umedp.ru.

'Effective Pharmacotherapy' Journal is included in the list of reviewed
scientific publications of VAK and is indexed in the RSCI system.

Содержание

Люди. События. Даты

Профессор А.И. НЕЙМАРК: «В Алтайском крае работают профессионалы своего дела, способные решать самые сложные проблемы современной урологии» 8

Клинические исследования

А.И. НЕЙМАРК, Б.А. НЕЙМАРК, Н.А. НОЗДРАЧЕВ
Применение препаратов Витапрост форте (ректальные суппозитории) и Витапрост (таблетки) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы 10

А.И. НЕЙМАРК, М.В. РАЗДОРСКАЯ, П.А. ОБЕРЕМОК
Опыт использования Лонгидазы в комплексном лечении женщин с хроническим циститом 14

А.В. ДАВЫДОВ, А.И. НЕЙМАРК
Оценка эффективности применения фитопрепарата Канефрон Н в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом 20

Ю.Г. ЧЕРНОВА, А.И. НЕЙМАРК, А.П. МОМОТ
Эндотелиопротективное действие Криопреципитата при лечении гнойного пиелонефрита 24

Я.В. ЯКОВЕЦ
Хронический абактериальный простатит и патоспермия: механизмы взаимосвязи и возможности иммуномодулирующей коррекции 30

Клиническая практика

Ю.С. КОВАЛЁВА
Генитальные дерматозы неинфекционной этиологии у мужчин 34

Contents

People. Events. Dates

Professor A.I. NEYMARK: "In the Altai Region the Professionals Work, Who Able to Solve the Most Complex Problems of Modern Urology" 8

Clinical Studies

A.I. NEYMARK, B.A. NEYMARK, N.A. NOZDRACHEV
Use of Vitaprost Forte (Rectal Suppositories) and Vitaprost (Tablets) in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia 10

A.I. NEYMARK, M.V. RAZDORSKAYA, P.A. OBEREMOK
Use of Longidaze in the Complex Treatment of Women with Chronic Cystitis 14

A.V. DAVYDOV, A.I. NEYMARK
Evaluation of the Effectiveness of the Herbal Remedies Canephron N Application in the Complex Treatment of Patients with Chronic Cystitis 20

Yu.G. CHERNOVA, A.I. NEYMARK, A.P. MOMOT
Endotheliotective Effect of Cryoprecipitate in the Treatment of Purulent Pyelonephritis 24

Ya.V. YAKOVETS
Chronic Abacterial Prostatitis and Pathospermia: Mechanisms of Interrelation and Possibilities of Immunomodulatory Correction 30

Clinical Practice

Yu.S. KOVALYOVA
Genital Dermatoses of Non-Infectious Etiology in Men 34

11-13 СЕНТЯБРЯ 2019

МОСКВА | ВДНХ | ПАВИЛЬОН 75



РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

5 ЛЕТ ЕДИНСТВА ЛАБОРАТОРНОГО СООБЩЕСТВА РОССИИ

- **9000 СЛУШАТЕЛЕЙ**
- **450 ДОКЛАДЧИКОВ** российских и иностранных
- **160 КОМПАНИЙ-УЧАСТНИКОВ** – ведущих российских и зарубежных производителей и поставщиков лабораторного оборудования и расходных материалов
- **120 МЕРОПРИЯТИЙ** – научные секции, панельные дискуссии, круглые столы, мастер-классы, сателлитные симпозиумы, интерактивные семинары, менторские сессии

ПЛЕНАРНАЯ ЛЕКЦИЯ

- Ключевые вызовы и направления развития системы здравоохранения России

ТРАДИЦИОННЫЕ ФОРУМЫ

- Персонализированная медицина
- Клиническая хромато-масс-спектрометрия
- Молекулярная диагностика
- Клиническая цитология
- Клиническая гемостазиология
- Форум по обращению медицинских изделий
- Экономика и организация лабораторной службы

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ

- По онкологии, кардиологии, эндокринологии, инфекционным заболеваниям и другим дисциплинам

НОВЫЕ ТЕМАТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ

- Лабораторная диагностика нарушения функций ЦНС
- Проблемы метаболического синдрома
- Лабораторная диагностика в педиатрии



V МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА «ЛАБОРАТОРНЫЙ ГОРОД»

- Постерная зона
- Галерея art lab – специальные арт-зоны (музей, художественные выставки)
- Фотовыставка «Лабораторный город и его жители»
- Музыка и искусство



СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ

- День СНГ
- Премия в области лабораторной медицины им. В.В. Миньшикова



Реклама

ОРГКОМИТЕТ:
АССОЦИАЦИЯ «ФЛМ»



+7 (499) 348-21-06
congress@fedlab.ru
www.congress.fedlab.ru





Профессор А.И. НЕЙМАРК: «В Алтайском крае работают профессионалы своего дела, способные решать самые сложные проблемы современной урологии»

Непрерывная учебно-методическая и научная работа кафедры урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии Алтайского государственного медицинского университета, налаженная система подготовки и переподготовки кадров, специализированные отделения в больницах, оснащенные современным оборудованием, новейшие разработки в лечении урологических заболеваний, активно применяющиеся в клинической практике, – все это позволяет алтайской урологической службе по праву считаться одной из передовых в нашей стране. О том, как этого удалось достичь, – в беседе с заведующим кафедрой урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии Алтайского государственного медицинского университета, главным урологом Сибирского федерального округа и Алтайского края, д.м.н., профессором Александром Израилевичем НЕЙМАРКОМ.



– В октябре 2019 г. отметит 65-летие Алтайский государственный медицинский университет. Что он значит для вас?

– Вся моя жизнь связана с университетом. Переступив его порог 16-летним юношей в далеком 1963 г., я последовательно прошел все этапы: студенчество, клиническую ординатуру по урологии, потом работал ассистентом, доцентом и сейчас заведу кафедрой. Университет сыграл огромную роль в становлении меня как врача-уролога, ученого и педагога, и всем, чего я достиг, я обязан родному вузу.

– В 1991 г. в университете была открыта кафедра урологии и нефрологии...

– Открытие кафедры – важный этап в становлении и организации урологической помощи жителям Алтайского края. Долгое время кафедра была единственной по нашей специальности на территории от Урала до Дальнего Востока. Она стала центром по подготовке кадров врачей-урологов, причем в этом немаловажную роль сыграло открытие аспирантуры и докторантуры. За прошедшие годы на кафедре выполнен большой объем научных исследований – защищено 13 докторских и 67 кандидатских диссертаций. Опубликовано свыше 900 печатных работ, издано 35 монографий, получено 24 патента на изобретения. По итогам деятельности коллектив кафедры

в 2005 г. стал лауреатом премии имени Н.А. Лопаткина.

В 2016 г. в результате реорганизации и слияния некоторых кафедр была создана кафедра специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии. В 2018 г. кафедра была переименована и стала называться кафедрой урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии.

– С самого начала сотрудники кафедры принимали активное участие во внедрении в Алтайском крае современных технологий. Каковы результаты этой работы?

– С 1990 г. начала применяться дистанционная литотрипсия, когда в городской больнице № 11 был установлен литотриптор



Актуальное интервью

Sonolith 3000. Эта установка была первой в Сибири и одной из первых за Уралом. В настоящее время в крае функционирует шесть литотрипторов. Метод стал доступным, уже накоплен большой опыт амбулаторной литотрипсии, которая в настоящее время дополняется контактной литотрипсией.

Для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы помимо трансуретральной резекции используется суперселективная эмболизация артерий предстательной железы, что позволяет помогать пациентам при объеме простаты больше 100 см³. Многие сделано для внедрения в диагностический процесс современной оптической аппаратуры. В крае широко применяются фиброцистоскопия и уретеропиелоскопия, уродинамические исследования. Доступны для больных ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томографии. Мы одни из первых в стране (вслед за Научно-исследовательским институтом урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина) стали широко использовать методы эфферентной терапии в лечении урологических больных: плазмаферез, лазеротерапию, энтеросорбцию, ультрафиолетовое облучение крови, озонотерапию. По итогам работы в этом направлении в 2001 г. кафедрой получена премия Алтайского края по науке и технике.

– Какие научные направления сейчас разрабатываются сотрудниками кафедры?

– Одно из приоритетных направлений в деятельности кафедры – вопросы андрологии. Благодаря совместной работе сотрудников кафедры, ведущих врачей нашего края и поддержке регионального здравоохранения в 2018 г. была запущена программа «Мужское здоровье». Главная задача программы – повысить укомплектованность медучреждений урологами и урологами-андрологами,

улучшить выявляемость онкологических заболеваний у мужчин, снизить заболеваемость мужским бесплодием.

В скором времени сотрудники кафедры примут участие в клиническом этапе исследования препарата для лечения мочекаменной болезни. Препарат был создан на основе наших совместных разработок с профессором Е.Б. Берхиным, сделанных в 1980-х гг. Экспериментальные исследования уже подтвердили эффективность препарата в растворении камней.

Последние годы успешно развивается такое научное направление, как реабилитация с использованием природных ресурсов Алтайского края, в частности минеральных вод, грязевых аппликаций, глинолечения. Изучаются возможности использования природных ресурсов курорта Белокуриха в лечении и реабилитации больных мочекаменной болезнью, пиелонефритом, простатитом.

– Урологическая служба Алтайского края по праву считается одной из передовых в стране. Какие задачи сейчас стоят перед ней и есть ли проблемы, которые требуют скорейшего решения?

– Система по оказанию урологической помощи населению учитывает большую протяженность края. Для того чтобы сделать специализированную помощь доступной, была организована сеть межрайонных урологических отделений, которые функционируют во всех городах Алтайского края. Ведущие центры по оказанию урологической помощи расположены в Барнауле.

Главная цель, стоящая перед урологической службой, – улучшение качества оказания урологической помощи. Для этого необходимо внедрить новые современные технологии, требующие соответствующего оборудования. Важная задача, нуждающаяся в скорейшем решении, – переоснащение отделений.

Система по оказанию урологической помощи населению учитывает большую протяженность Алтайского края. Для того чтобы сделать специализированную помощь доступной, была организована сеть межрайонных урологических отделений, которые функционируют во всех городах нашего края. Ведущие центры по оказанию урологической помощи расположены в Барнауле

– Вы говорили, что сложившаяся система подготовки кадров в крае не допускает дефицита урологов. Как этого удалось добиться?

– У нас разработана система подготовки врачей-урологов. Все начинается со студенческого научного кружка при нашей кафедре, где собираются наиболее талантливые и увлеченные будущей профессией люди. Некоторые из них получают рекомендации в клиническую ординатуру. При этом подготовка в ординатуре носит целевой характер с учетом потребности того или иного региона. Кто-то поступает в дальнейшем в аспирантуру, защищает диссертацию и возвращается в систему здравоохранения. Такая система позволяет готовить грамотных специалистов. В настоящее время 33 врача, работающих в практическом здравоохранении, имеют ученую степень кандидата медицинских наук и четыре – доктора медицинских наук. Это настоящие профессионалы своего дела, способные решать самые сложные проблемы современной урологии. Кроме того, с 1996 г. кафедра активно участвует в постдипломной подготовке врачей и профессиональной переподготовке специалистов, которая ведется по специальностям «урология», «детская урология, андрология» и «нефрология». ☺



Применение препаратов Витапрост форте (ректальные суппозитории) и Витапрост (таблетки) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

А.И. Неймарк, д.м.н., проф., Б.А. Неймарк, д.м.н., проф.,
Н.А. Ноздрачев, к.м.н.

Адрес для переписки: Борис Александрович Неймарк, neimark.b@mail.ru

Для цитирования: Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Ноздрачев Н.А. Применение препаратов Витапрост форте (ректальные суппозитории) и Витапрост (таблетки) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 10. С. 10–13.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-10-10-13

Представлены результаты исследования, показавшего высокую эффективность и безопасность комбинированной терапии препаратом Витапрост форте в форме ректальных суппозиторий в течение 30 дней с последующим приемом препарата Витапрост в таблетках в течение 90 дней у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и умеренной инфравезикальной обструкцией. Отмечалось как субъективное, так и объективное улучшение состояния пациентов: существенно снижалась выраженность клинических проявлений инфравезикальной обструкции, умеренно уменьшался объем предстательной железы, повышалось качество жизни.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, инфравезикальная обструкция, экстракт предстательной железы

Введение

Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), одного из самых распространенных урологических заболеваний, представляет собой важную задачу современной урологии в связи с нерешенностью многих вопросов, которые нуждаются в дальнейшем изучении [1–5]. Пациентам с ДГПЖ назначаются разные группы лекарственных средств, но у одних препаратов недостаточно исследованы механизмы действия, а у других – отсутствуют конкретные

показания к применению. Кроме того, нет единых критериев эффективности медикаментозного лечения ДГПЖ и рекомендаций по его длительности.

В последние годы при заболеваниях предстательной железы стали использовать препараты биологического происхождения, выделенные из предстательной железы крупного рогатого скота. Доказано, что эти препараты оказывают органотропное действие, то есть влияют на процессы дифференцировки в популяции клеток, из которых они выделе-

ны [6]. Кроме того, они обладают противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом, влияют на показатели гемостаза, усиливают синтез антигистаминных и антисеротониновых антител, улучшают микроциркуляцию в пораженном органе. Биорегуляторные пептиды назначают и при хроническом простатите [6–9], и при ДГПЖ [10–12].

В настоящее время препарат Витапрост выпускается как в форме ректальных суппозиторий в дозировках по 50 и 100 мг, так и в таблетированной форме в дозировке 100 мг, что позволяет врачу варьировать режим приема препарата.

Ранее нами проводилось исследование, подтвердившее эффективность препарата Витапрост форте в форме ректальных суппозиторий 100 мг при ДГПЖ [17]. После отмены препарата в отдаленном периоде симптомы заболевания возобновились. С учетом полученного опыта было принято решение оценить возможность применения препарата Витапрост в таблетированной форме для поддержания клинического результата, достигнутого при использова-



нии ректальных суппозиторий Витапрост форте.

Цель исследования

При планировании исследования были поставлены основная, первичные и вторичная цели.

Основной целью стала оценка эффективности и безопасности сочетания лекарственных препаратов Витапрост форте 100 мг в форме ректальных суппозиторий и Витапрост 100 мг в форме таблеток в лечении пациентов с ДГПЖ.

Первичными целями исследования были:

- оценка динамики симптомов ДГПЖ по Международной шкале оценки тяжести симптомов заболеваний предстательной железы (International Prostate Symptom Score – IPSS) на фоне терапии препаратами Витапрост форте 100 мг (суппозитории ректальные) и Витапрост 100 мг (таблетки);
- определение степени выраженности инфравезикальной обструкции, обусловленной ДГПЖ, по данным трансректального ультразвукового исследования, урофлоуметрии, определения объема остаточной мочи на фоне терапии Витапростом форте 100 мг (суппозитории ректальные) и Витапростом 100 мг (таблетки).

Вторичная цель – оценка переносимости комбинированной терапии препаратами Витапрост форте 100 мг (суппозитории ректальные) и Витапрост 100 мг (таблетки) на основе анализа зарегистрированных нежелательных явлений и изменений лабораторных показателей клинического, биохимического анализов крови и клинического анализа мочи.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 60 больных, соответствовавших критериям включения, – мужчины с диагнозом ДГПЖ, находившиеся на амбулаторном лечении и наблюдении, с умеренно выраженной инфравезикальной обструкцией (максимальная объ-

емная скорость мочеиспускания 5,0–15,0 мл/с), подписавшие информированное согласие.

В исследование не включались пациенты, которые на момент первого визита:

- нуждались в оперативном вмешательстве или применении любого другого вида лечения ДГПЖ (помимо оговоренного ниже) с целью предотвращения прогрессирования заболевания и нанесения вреда здоровью пациента;
- имели диагностированные заболевания мочеполовой системы, в том числе почек, мочевого пузыря, простаты (кроме ДГПЖ и простатита), уретры, которые могли стать причиной нарушения мочеиспускания;
- имели выраженные нарушения функции печени и/или почек и/или других жизненно важных органов, сопровождающиеся декомпенсацией их функций;
- были не способны адекватно отвечать на вопросы исследователя, заполнять необходимые документы и применять исследуемые препараты;
- участвовали в исследовании какого-либо другого лекарственного препарата и/или метода лечения.

Методом типологического отбора пациентов разделили на две равные группы (по 30 человек), сопоставимые по возрасту и клиническим проявлениям. Средний возраст первой группы составил $58,07 \pm 3,35$ года, второй – $59,34 \pm 2,83$ года. У 10 (33,3%) пациентов первой группы и 11 (36,6) второй группы были обнаружены сопутствующие патологии, среди которых преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь первой-второй стадии).

По результатам проведенных исследований, состояние пациентов, включенных в исследование, оценивалось следующим образом:

- суммарный балл по IPSS в среднем составил $15,67 \pm 1,34$ (от 6 до 25 баллов);

- индекс оценки качества жизни в среднем равнялся $4,06 \pm 0,3$ балла;

- среднее значение максимальной скорости потока мочи, по данным урофлоуметрии, составило $9,94 \pm 0,72$ мл/с (от 6 до 13 мл/с);

- количество остаточной мочи в мочевом пузыре в среднем составило $27,07 \pm 5,79$ мл (от 0 до 65 мл);

- объем предстательной железы в среднем составил $51,55 \pm 4,79$ см³ (от 25,6 до 76,5 см³);

- уровень простатического специфического антигена в среднем составил $1,23 \pm 0,33$ нг/мл (от 0,1 до 3,6 нг/мл).

Пациентам первой группы был назначен Витапрост форте суппозитории ректальные 100 мг по одному суппозиторию один раз в сутки в течение 30 дней. Пациенты второй группы получали Витапрост форте суппозитории ректальные 100 мг по одному суппозиторию один раз в сутки в течение 30 дней, затем Витапрост таблетки по одной таблетке два раза в сутки в течение 90 дней.

Дизайн исследования подразумевал четыре визита, в ходе которых проводились сбор анамнеза, физикальное обследование, анкетирование посредством IPSS, лабораторное (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, определение уровня простатического специфического антигена в сыворотке крови) и инструментальное (трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы и семенных пузырьков, урофлоуметрия, определение объема остаточной мочи) исследование.

При первом посещении после установления диагноза все пациенты получили Витапрост форте 100 мг (суппозитории ректальные) на 30 дней. Через 30 дней после первого визита состоялся второй визит, и пациенты второй группы получили препарат Витапрост 100 мг (таблетки) на

Урология



Результаты лечения больных ДГПЖ

Критерий	Исходно (первый визит)		Через 30 дней (второй визит)		Через 60 дней (третий визит)		Через 120 дней (четвертый визит)	
	первая группа	вторая группа	первая группа	вторая группа	первая группа	вторая группа	первая группа	вторая группа
IPSS, суммарный балл	15,67 ± 1,34	14,87 ± 1,27	12,40 ± 0,93 ¹	12,90 ± 0,84 ¹	11,20 ± 0,97 ¹	9,30 ± 0,3 ¹	11,13 ± 0,97 ¹	07,23 ± 0,25 ^{1,2}
Индекс качества жизни, балл	4,07 ± 0,28	4,12 ± 0,31	3,20 ± 0,28 ¹	3,10 ± 0,17 ¹	2,53 ± 0,29 ¹	2,12 ± 0,24 ¹	2,40 ± 0,25 ¹	1,20 ± 0,37 ^{1,2}
Максимальная скорость потока мочи, мл/с	9,94 ± 0,73	9,87 ± 0,68	12,81 ± 0,77 ¹	11,92 ± 0,56 ¹	–	–	13,09 ± 0,78 ¹	15,10 ± 0,24 ^{1,2}
Количество остаточной мочи, мл	27,07 ± 5,79	25,06 ± 6,28	10,67 ± 5,30 ¹	10,25 ± 4,70 ¹	–	–	10,43 ± 5,20 ¹	5,23 ± 4,20 ^{1,2}
Объем предстательной железы, см ³	51,55 ± 4,79	53,49 ± 5,24	48,75 ± 4,65	49,24 ± 3,52	–	–	48,89 ± 4,69	41,24 ± 3,24 ^{1,2}
Уровень простатического специфического антигена, нг/мл	1,23 ± 0,33	1,07 ± 0,27	–	–	–	–	–	–

¹ Статистически значимая разница с показателем до лечения (p < 0,05).

² Статистически значимая разница между группами (p < 0,05).

90 дней лечения (180 таблеток). Через 60 дней от начала применения препарата (третий визит) выполнялась оценка эффективности проведенного лечения. Через 120 дней от начала лечения (четвертый визит) оценивались отдаленные результаты проведенного лечения больных ДГПЖ.

Результаты

Все 60 пациентов с ДГПЖ, получавшие Витапрост Форте в течение 30 дней, к моменту завершения лечения отметили положительный эффект. В таблице приведены результаты лечения больных ДГПЖ по критериям, рекомендованным Международным консультативным комитетом по ДГПЖ [13]. Исходно обе группы были сопоставимы по клиническим характеристикам, что выразилось в увеличенном объеме предстательной железы, сниженной максимальной скорости потока мочи, высоком суммарном балле по IPSS и ухудшении качества жизни. Через 30 дней лечения (этап применения ректальных суппозиторий) состояние пациентов обеих групп улучшилось, что проявилось умеренным уменьшением объема предстательной железы, улучшением показателей пассажа мочи (максимальной объемной скорости, объема остаточной мочи) и повышением качества жизни.

В отдаленном периоде (через 120 дней наблюдения) отмечено различие в основных оцениваемых параметрах между группами. У пациентов первой группы, получавших только ректальные суппозитории в течение 30 дней, результаты сохранялись на достигнутом уровне. У пациентов второй группы, получавших Витапрост форте в форме ректальных суппозиторий в течение 30 дней и далее Витапрост в форме таблеток в течение 60 дней, наблюдалось прогрессивное улучшение основных параметров, достоверно отличавшееся от показателей первой группы. Ни у одного из 60 больных ДГПЖ в процессе лечения не зарегистрировано нежелательных явлений, что свидетельствовало о хорошей переносимости и безопасности препаратов Витапрост форте и Витапрост.

Обсуждение результатов

Проведенное клиническое исследование показало, что применение препарата Витапрост форте в форме ректальных суппозиторий в течение 30 дней в качестве монотерапии положительно влияло как на субъективные, так и на объективные симптомы ДГПЖ. Препарат существенно снижал выраженность клинических проявлений заболевания и инфравезикальной обструкции (по данным урофлоуметрии, определения объема остаточной

мочи), умеренно уменьшал объем предстательной железы и улучшал качество жизни пациентов. Следует отметить, что у 75–95% больных ДГПЖ имеет место сопутствующий хронический простатит [14–16], который усугубляет клиническое течение основного заболевания. Использование препарата Витапрост форте в форме ректальных суппозиторий способствовало снижению активности сопутствующего воспалительного процесса в предстательной железе [7, 8]. Последующий прием препарата Витапрост в таблетках позволил добиться в отдаленном периоде улучшения достигнутых результатов, достоверно отличавшихся от группы сравнения. Положительная динамика в клиническом течении ДГПЖ на фоне приема препарата Витапрост обусловлена его специфическим прямым и непрямым органо-тропным действием [6], этиопатогенетическим механизмом его действия и ослаблением пролиферативной активности клеток предстательной железы [11], усилением синтеза антигистаминовых и антисеротониновых антител [6], уменьшением отека и снижением активности воспалительного процесса в предстательной железе за счет улучшения в ней микроциркуляции [7, 8]. Комбинированное лечение ДГПЖ препаратом Витапрост форте в форме ректальных суп-



позиторийев с последующим назначением препарата Витапрост в таблетках позволяет добиться более выраженных клинических результатов и замедлить прогрессию заболевания.

С учетом того что в ходе лечения не зарегистрировано каких-либо побочных эффектов, а также статистически достоверных из-

менений клинико-лабораторных показателей в обеих группах, можно констатировать хорошую переносимость Витапроста и в форме ректальных суппозиторийев, и в форме таблеток.

Заключение

Полученные в ходе настоящего исследования результаты поз-

воляют рекомендовать следующую схему лечения: Витапрост форте в форме ректальных суппозиторийев в течение 30 дней с дальнейшим применением Витапроста в таблетках в течение 90 дней у пациентов любого возраста с ДГПЖ и умеренно выраженной инфравезикальной обструкцией. ☺

Литература

1. Рациональная фармакотерапия в урологии / под ред. Н.А. Лопаткина, Т.С. Перепановой. М.: Литтерра, 2012.
2. Emberton M., Andriole G., de la Rosette I. et al. Benign prostatic hyperplasia: a progressive disease of the ageing male // Urology. 2003. Vol. 61. № 2. P. 267–273.
3. Schroder F., Altwein I. Development of benign prostatic hyperplasia // Benign prostatic hyperplasia. A diagnosis and treatment primer / ed. by I. Altwein. Oxford, 1992. P. 31–50.
4. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Лукьянов А.Э. Медикаментозное лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. СПб.: Издательство СПбГМУ, 2000.
5. Souverein P., Erken I., de la Rosette I. et al. Drug treatment of benign prostatic hyperplasia and hospital admission for BPH-related surgery // Eur. Urol. 2003. Vol. 43. № 5. P. 528–534.
6. Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Хавинсон В.Х. Применение простатилена при лечении больных хроническим простатитом // Урология и нефрология. 1991. № 6. С. 40–43.
7. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Лотцан-Медведев А.К. Оценка эффективности Витапроста у больных хроническим абактериальным простатитом // Урология. 2006. № 2. С. 71–75.
8. Ткачук В.Н. Хронический простатит. М.: Медицина для всех, 2006.
9. Аль-Шукри С.Х., Горбачев А.Г., Ткачук В.Н. Наш опыт применения простатилена в урологии // Урология. 2003. № 6. С. 32–36.
10. Аль-Шукри С.Х., Горбачев А.Г., Боровец С.Ю. и др. Лечение больных аденомой предстательной железы простатиленом // Урология. 2006. № 6. С. 22–25.
11. Камалов А.А., Ефремов Е.А., Дорофеев С.Д. и др. Витапрост-форте в лечении больных с аденомой предстательной железы // Урология. 2007. № 3. С. 39–47.
12. Камалов А.А., Дорофеев С.Д. Современные взгляды на проблему хронического простатита // РМЖ. 2003. Т. 11. № 4. С. 229–233.
13. De la Rosette I., Perachino M., Thomas D. et al. Рекомендации по диагностике и лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы / пер. Н.А. Лопаткина, О.И. Аполихина, А.В. Сивкова и др. // Урология. 2003. № 5. Приложение. С. 7–71.
14. Учваткин Г.В. Трансуретральная резекция простаты у больных с доброкачественной гиперплазией простаты в сочетании с хроническим простатитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003.
15. Кудрявцев Ю.В., Романова Л.М. Морфологические изменения в ткани предстательной железы при доброкачественной гиперплазии // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / под ред. Н.А. Лопаткина. М., 1999. С. 37–45.
16. Теодорович О.В., Забродина Н.Б. Анализ результатов оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в зависимости от патоморфологического исследования простаты // Материалы X Российского съезда урологов. М., 2002. С. 189–190.
17. Неймарк Б.А., Неймарк А.И., Ноздрачев Н.А. Витапрост Форте для лечения больных аденомой предстательной железы // Урология. 2013. № 1. С. 54–56.

Use of Vitaprost Forte (Rectal Suppositories) and Vitaprost (Tablets) in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia

A.I. Neymark, DM, PhD, Prof., B.A. Neymark, DM, PhD, Prof., N.A. Nozdrachev, PhD

Altay Medical State University, Barnaul

Contact person: Boris Aleksandrovich Neymark, neimark.b@mail.ru

Provided the results of a study that showed high efficacy and safety of combination therapy with Vitaprost Forte in the form of rectal suppositories for 30 days followed by taking Vitaprost in tablets for 90 days in patients with benign prostatic hyperplasia of all age groups with moderate infravesical obstruction. There was a noticeable improvement in both subjective and objective symptoms of benign prostatic hyperplasia, namely: significantly reduced the severity of clinical manifestations of the infravesical obstruction disease, moderately decreased prostate volume and improved quality of patients' life.

Key words: benign prostatic hyperplasia, infravesical obstruction, prostate extract

Урология



¹ Алтайский
государственный
медицинский
университет,
Барнаул

² Отделенческая
клиническая больница
на станции Барнаул
ОАО «РЖД»

Опыт использования Лонгидазы в комплексном лечении женщин с хроническим циститом

А.И. Неймарк, д.м.н., проф.¹, М.В. Раздорская, д.м.н.², П.А. Оберемок¹

Адрес для переписки: Павел Анатольевич Оберемок, pasha22ru@mail.ru

Для цитирования: Неймарк А.И., Раздорская М.В., Оберемок П.А. Опыт использования Лонгидазы в комплексном лечении женщин с хроническим циститом // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 10. С. 14–19.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-10-14-19

Представлены результаты исследования влияния препарата Лонгидаза на микроциркуляцию мочевого пузыря в комплексном лечении женщин с хроническим циститом. Применение препарата Лонгидаза способствовало регрессу иммуновоспалительного процесса, увеличению эластичности детрузора и лучшему проникновению антибактериальных препаратов в подслизистый слой, что вело к снижению выраженности боли, удлинению интервала между мочеиспусканиями и увеличению эффективного объема мочевого пузыря. Последнее особенно важно при интерстициальном цистите. Положительный эффект использования Лонгидазы подтверждался улучшением цистоскопической картины и микроциркуляторных процессов в стенке мочевого пузыря. На фоне терапии препаратом Лонгидаза не отмечено местных и общих побочных, а также аллергических реакций.

Ключевые слова: хронический цистит, Лонгидаза, микроциркуляция

Введение

Расстройства мочеиспускания в большинстве случаев связаны с хроническими рецидивирующими воспалительными процессами, изменением гормонального фона, нарушениями иннервации, которые, как правило, сопровождаются расстройствами микроциркуляции в стенке мочевого пузыря и прилежащих органов [1, 2].

Согласно статистическим данным, в России ежегодно регистрируется 26–36 млн случаев заболевания острым циститом [3, 4]. Установлено, что у 50% женщин после эпизода цистита в течение года развивается

рецидив, у 27% молодых женщин он возникает в течение шести месяцев, причем в 50% случаев рецидивы наблюдаются более трех раз в год [3, 5, 6]. Таким образом, хронический цистит у женщин является распространенным заболеванием и отличается длительным упорным течением.

Несмотря на пристальный интерес урологов, проблема лечения хронического цистита по-прежнему далека от окончательного решения [7]. Недостаточная эффективность терапии и частое рецидивирование заболевания обусловлены отсутствием рационального подхода

к проведению лечебных мероприятий [8–10]. Сложность заключается в полиэтиологичной природе цистита и множестве факторов, поддерживающих течение патологического процесса в стенке мочевого пузыря [11–14]. Нарушения уродинамики нижних мочевых путей, микроциркуляции в слизистой мочевого пузыря и наличие бактериального агента во многом способствуют развитию и поддержанию воспалительного процесса в мочевом пузыре [1, 4, 15]. Снижение интенсивности кровотока ведет к гипоксии и нарушению метаболического гомеостаза в тканях, что играет не последнюю роль в патогенезе данного состояния. Вопросы коррекции клинических проявлений нарушений мочеиспускания у женщин до сих пор недостаточно изучены, поэтому терапия таких нарушений малоэффективна. Последние годы достигнуты существенные достижения в фармакотерапии заболеваний мочеполового тракта. В клиническую практику внедряются новые препараты для лечения воспалительных заболеваний органов малого таза. В настоящее время при заболеваниях, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани, а также с целью влияния на иммуновоспалительный процесс активно применяются препараты, содержащие фермент гиалуронидазу пролонгированного действия [16]. Одно из таких



средств – отечественный препарат Лонгидаза, конъюгат гиалуронидазы с активированным производным N-оксида поли-1,4-этиленпиперазина. Гиалуронидаза, воздействуя на гиалуроновую кислоту как субстрат соединительной ткани, увеличивает проницаемость тканевых барьеров, уменьшает их отечность, способствует рассасыванию воспалительного экссудата, повышает эластичность склеротической ткани. Это приводит к повышению эластичности детрузора, уменьшению болевого синдрома, увеличению объема мочевого пузыря, что прежде всего необходимо для лечения интерстициального цистита. Предположительно активация органного кровообращения существенно улучшает энергетический метаболизм и адаптационные свойства детрузора, что вносит вклад в регрессию клинических симптомов на фоне лечения и указывает на необходимость дальнейшего изучения влияния Лонгидазы на сосудистую систему мочевого пузыря.

В настоящее время вопросам микроциркуляции и возможностям определения микроциркуляторных расстройств в клинической практике придается большое значение [2, 4, 15]. По мнению многих отечественных и зарубежных авторов, изучение регионарной микроциркуляции заслуживает особого внимания в связи с ее участием в процессах репарации, морфологического и функционального восстановления ткани и органа после различных альтераций и лечебных воздействий. Выявление патологии микроциркуляции русла важно для диагностики, оценки тяжести течения патологических процессов в организме, контроля над лечением и прогнозирования его эффективности. Лазерная доплеровская флоуметрия – современный метод оценки состояния микроциркуляции, основанный на изменении частотных характеристик лазерного луча, зондирующего ткани, при его отражении от движущихся компонентов крови, в первую очередь эритроцитов [4].

Цель исследования

Оценить влияние препарата Лонгидаза на микроциркуляцию мочевого пузыря в рамках комплексного лечения женщин с хроническим циститом.

Материал и методы

Исследование проводилось на клинической базе кафедры урологии и андрологии Алтайского государственного медицинского университета в условиях урологического отделения отделенческой клинической больницы на станции Барнаул ОАО «РЖД».

Обследованы 40 женщин с хроническим циститом в возрасте от 20 до 58 лет (средний возраст $35 \pm 2,7$ года). Пациентки разделены на основную и контрольную группы по 20 человек. Пациенткам контрольной группы проводилось комплексное консервативное лечение, которое включало в себя Супракс/Супракс Солютаб 400 мг в течение шести-семи дней, Фурамаг 50 мг три раза в день и растительные препараты на протяжении десяти дней. Пациенткам основной группы назначена такая же комплексная консервативная терапия и Лонгидаза ректально один раз в три дня (20 суппозитория в курс).

Ранее многие пациентки неоднократно получали лечение как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Длительность хронического цистита составила от десяти месяцев до десяти лет (табл. 1). Диагностика заболевания проводилась на основании совокупности анамнестических и объективных клинических данных, лабораторно-инструментальных методов обследования. При первом обращении на каждую пациентку заводилась специальная карта, в которой отмечались особенности анамнеза жизни и заболевания, данные дополнительных методов обследования. При сборе жалоб уделяли внимание интенсивности и выраженности болевого синдрома, частоте мочеиспускания, чувству неполного опорожнения мочевого пузыря. Анамнез заболевания включал длительность заболевания, пред-

Таблица 1. Длительность заболевания у пациенток с хроническим циститом, абс.

Длительность	Контрольная группа (n = 20)	Основная группа (n = 20)
До пяти лет	11	8
До десяти лет	9	12

шествующие возникновению заболевания факторы, виды проводимого ранее лечения и их эффективность, длительность безрецидивного периода. Тщательно отмечался гинекологический статус. Устанавливались очаги хронической инфекции как возможного источника инфицирования мочевого пузыря нисходящим путем. Всем женщинам до и после курса терапии выполнялись следующие исследования: клинический анализ крови по общепринятой методике, общий анализ мочи для выявления лейкоцитурии, бактериурии, гематурии, бактериологический посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Биохимический анализ крови включал определение мочевины и креатинина.

До начала и через месяц после окончания лечения пациентки основной и контрольной групп вели дневник мочеиспусканий и объема выделяемой мочи исходно и после лечения судили о динамике дизурических расстройств.

Неотъемлемой частью обследования была цистоскопия для определения состояния слизистой мочевого пузыря. Эндоскопическое исследование выполняли всем пациенткам эндоскопом фирмы Storz. При осмотре слизистой мочевого пузыря обращали внимание на зоны гиперемии, кровоизлияний, наличие эрозивных и язвенных дефектов, состояние слизистой в зоне треугольника Льега и шейки мочевого пузыря, выраженность сосудистого рисунка, трабекулярность, наличие остаточной мочи.

Для исследования системы микроциркуляции слизистой стенки мочевого пузыря у женщин с расстройствами мочеиспускания применялась лазерная доплеровская флоуметрия при помощи лазерно-

Урология



го анализатора микроциркуляции крови ЛАКК-02 (НПП «ЛАЗМА», Россия). Он состоял из двух излучателей для зондирования ткани в видимой красной области спектра излучения и инфракрасной области, фотоприемного устройства и световодных зондов-датчиков, которые включали в себя три световода, заключенных в общий светонепроницаемый жгут. Регистрация кровотока слизистой мочевого пузыря подразумевает инвазивное исследование микроциркуляции крови, поэтому для лазерной доплеровской флоуметрии выбирались точки, имеющие четкую локализацию и хорошее кровоснабжение. Проводился расчет параметров базального кровотока. Первоначально рассчитывались средние значения изменения перфузии: среднеарифметическое значение показателя микроциркуляции (M), среднеквадратическое отклонение (σ) и коэффициент вариации (Kv). Далее проводился анализ осцилляций кровотока. На втором этапе анализировался амплитудно-частотный спектр колебаний перфузии. Тонус сосудов и состояние функционирования определенных механизмов контроля перфузии оценивались по величинам ампли-

туд колебаний кровотока в конкретных частотных диапазонах. После обследования пациентки получали лечение по вышеприведенной схеме. Через месяц они были повторно обследованы для оценки эффективности лечения, которая определялась по результатам контрольного бактериологического посева мочи, купированию воспалительного процесса в соответствии с данными общего анализа мочи, исчезновению клинических симптомов. Изменения слизистой мочевого пузыря оценивались по результатам повторной цистоскопии. Сравнительный анализ количественных переменных, характеризующих клинико-лабораторное и функциональное состояние мочевыделительной системы, проводился методом описательной статистики с использованием непараметрических критериев Вилкоксона и Манна – Уитни. Обработка и графическое представление данных выполнялись с помощью компьютерных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 2003.

Результаты

Наиболее распространенными жалобами пациенток были боли в про-

екции мочевого пузыря, частое мочеиспускание малыми порциями, чувство дискомфорта в уретре, болезненное или с чувством дискомфорта мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (табл. 2). Выраженность дизурических расстройств также отражалась пациентками в дневниках мочеиспускания, которые они вели на протяжении суток до и через месяц после окончания курса лечения (табл. 3). По результатам беседы и заполнения дневников мочеиспускания оказалось, что пациентки основной группы чаще отмечали снижение интенсивности клиники заболевания и выраженности дизурических расстройств. Показатели клинического анализа крови и азотовыделительной функции почек у пациенток обеих групп находились в пределах нормы.

По результатам общего анализа мочи, имели место лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия. Содержание лейкоцитов более 10 в поле зрения наблюдалось у 11 (27,5%) больных. У четырех (10%) пациенток обнаруживались эритроциты. При микроскопии бактериурия была выявлена в 16 (40%) случаях. У остальных пациенток показатели общего анализа мочи были в норме.

Всем пациенткам выполнялось бактериологическое исследование мочи с определением вида микроорганизма и микробного числа мочи. В 24 (60%) случаях моча была стерильной. У остальных пациенток выявлялись *Escherichia coli*, *Enterococcus* spp., *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus* (рисунок).

По данным исследований, проведенных в нашей клинике, при хроническом цистите возбудитель инфекции проникает в стенку мочевого пузыря, причем в моче при посеве не обнаруживается, что является признаком интерстициального цистита [17]. В этой связи всем пациенткам даже при стерильных посевах мочи проводилась антибиотикотерапия.

При анализе эндоскопической картины часто отмечались участки диффузной гиперемии, имелись разрастания слизистой

Таблица 2. Жалобы пациенток основной и контрольной групп до и после лечения, абс. (%)

Симптом	До лечения (n = 40)	После лечения	
		контрольная группа (n = 20)	основная группа (n = 20)
Поллакиурия	36 (90,0)	6 (10,0)	3 (7,5)
Боль в надлобковой области	32 (80,0)	7 (17,5)	2 (5,0)
Жжение в уретре	18 (45,0)	1 (2,5)	0 (0)
Резь при мочеиспускании	29 (72,5)	0 (0)	0 (0)
Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	21 (52,5)	2 (5,0)	0 (0)
Боль в поясничной области	2 (5,0)	4 (10,0)	2 (5,0)
Повышение температуры тела	3 (7,5)	1 (2,5)	0 (0)

Таблица 3. Данные дневников мочеиспускания пациенток основной и контрольной групп до и после лечения, абс. (%)

Количество микций за сутки	Контрольная группа (n = 20)		Основная группа (n = 20)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
До 6	–	17 (85)	–	19 (95)
До 10	7 (35)	3 (15)	5 (25)	1 (5)
До 15	9 (45)	–	10 (50)	–
Более 20	4 (20)	–	5 (25)	–



мочевого пузыря (табл. 4). В основном изменения затрагивали область мочепузырного треугольника и шейки мочевого пузыря. Покровный эпителий в пораженных участках терял блеск, приобретал темно-красный цвет, становился отечным, легко кровоточил. Таким образом, цистоскопическая картина у пациенток основной группы после лечения в большей степени соответствовала норме. Уменьшались гиперемия, петехиальные кровоизлияния, буллезный отек, что свидетельствует о противовоспалительном действии препарата Лонгидаза.

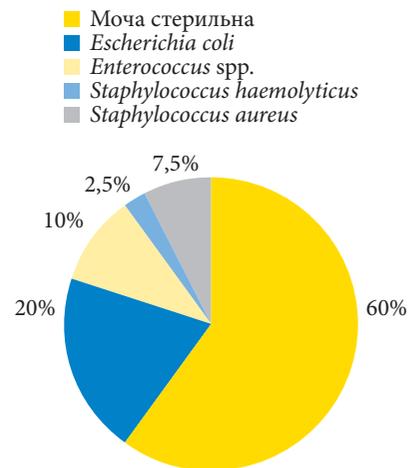
В обеих группах не обнаружено изменений показателей клинического и биохимического анализов крови. Согласно результатам бактериологического посева мочи, только у одной (5%) пациентки контрольной группы микрофлора была представлена *Staphylococcus epidermidis*. Остальные пробы мочи были стерильными.

По результатам цистоскопии, через месяц после курса лечения в контрольной группе в отличие от основной отмечены выраженные изменения слизистой оболочки в лучшую сторону (уменьшение гиперемии, петехиальных кровоизлияний, буллезного отека), что свидетельствует о противовоспалительном действии препарата Лонгидаза.

При оценке состояния микроциркуляции методом лазерной доплеров-

ской флоуметрии у всех пациенток с хроническим циститом зарегистрировано изменение показателей базального кровотока, ритма и амплитудно-частотного спектра колебаний кровотока (табл. 5 и 6).

В микроциркуляторном русле слизистой оболочки стенки мочевого пузыря у здоровых женщин (данные взяты из ранее опубликованных нами работ [18]) преобладали медленные ритмы с частотой 1–10 колебаний в минуту с наибольшим внутрисосудистым сопротивлением при этих ритмах и активном механизме микроциркуляции. У пациенток с хроническим циститом по сравнению со здоровыми женщинами результаты лазерной доплеровской



Результаты бактериологического исследования мочи пациенток основной и контрольной групп

Таблица 4. Данные цистоскопического исследования пациенток основной и контрольной групп до и после лечения, абс. (%)

Критерий	Контрольная группа (n = 20)		Основная группа (n = 20)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Гиперемия шейки мочевого пузыря	17 (85)	8 (40)	18 (90)	6 (30)
Ворсинчатые разрастания в зоне треугольника Льево	9 (45)	3 (15)	8 (40)	1 (5)
Фолликулярные разрастания	11 (55)	2 (10)	7 (35)	1 (5)
Белесоватые разрастания в области шейки мочевого пузыря	–	–	2 (10)	–
Трабекулярная исчерченность слизистой мочевого пузыря	1 (5)	–	–	–
Петехиальные кровоизлияния	3 (15)	–	1 (5)	–
Буллезный отек слизистой	5 (25)	1 (5)	3 (55)	–

Таблица 5. Показатели базального кровотока слизистой оболочки стенки мочевого пузыря у здоровых женщин, пациенток основной и контрольной групп до и после лечения

Показатель	Здоровые женщины (n = 10)	Контрольная группа (n = 20)		Основная группа (n = 20)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Средний поток крови, пф. ед.	41,90 ± 1,40	38,50 ± 1,30*	38,80 ± 1,10*	38,70 ± 1,40*	40,20 ± 1,20**
Среднее квадратичное отклонение, пф. ед.	5,34 ± 0,90	4,45 ± 0,81	4,57 ± 0,63	4,50 ± 0,90	4,70 ± 0,79
Коэффициент вариации, %	11,30 ± 0,70	8,90 ± 0,50*	9,10 ± 0,60*	8,80 ± 0,60*	10,90 ± 0,70**
Миогенный тонус, отн. ед.	0,86 ± 0,11	0,72 ± 0,07	0,75 ± 0,08	0,75 ± 0,08	0,79 ± 0,06
Нейрогенный тонус, отн. ед.	0,81 ± 0,06	0,71 ± 0,05	0,74 ± 0,06	0,74 ± 0,04	0,75 ± 0,05
Показатель шунтирования, у.е.	1,19 ± 0,06	1,03 ± 0,05*	1,06 ± 0,05*	1,01 ± 0,07*	1,15 ± 0,06**
Индекс эффективности микроциркуляции, у.е.	1,29 ± 0,08	1,05 ± 0,11*	1,06 ± 0,08*	1,03 ± 0,10*	1,24 ± 0,09**

* Различия между показателями клинических групп с группой здоровых женщин достоверны (p < 0,05).

** Различия между показателями в сравниваемых группах достоверны (p < 0,05).



Таблица 6. Амплитудно-частотный спектр осцилляций кровотока слизистой оболочки стенки мочевого пузыря у здоровых женщин и пациенток основной и контрольной групп до и после лечения

Показатель	Здоровые женщины (n = 10)	Контрольная группа (n = 20)		Основная группа (n = 20)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
<i>F_{max}</i> , нф. ед.					
LF	4,30 ± 0,14	3,92 ± 0,15*	4,00 ± 0,13*	4,02 ± 0,11*	4,11 ± 0,15
HF	20,92 ± 0,71	23,94 ± 0,83*	22,34 ± 0,67*	23,41 ± 0,75*	21,07 ± 0,58**
CF	86,80 ± 0,27	83,44 ± 0,32*	84,59 ± 0,29*	82,29 ± 0,47*	85,91 ± 0,33**
<i>A_{max}</i> , нф. ед.					
LF	3,22 ± 0,41	2,83 ± 0,43	2,89 ± 0,27*	2,89 ± 0,34	3,16 ± 0,27*
HF	3,64 ± 0,34	4,72 ± 0,11*	4,43 ± 0,15*	4,65 ± 0,27*	3,75 ± 0,32**
CF	0,33 ± 0,11	0,21 ± 0,14	0,26 ± 0,06	0,23 ± 0,13	0,31 ± 0,16**
<i>A_{max}/3σ×100%</i>					
LF	38,43 ± 0,61	35,21 ± 0,45*	36,45 ± 0,34*	36,20 ± 0,61*	37,22 ± 0,57*
HF	20,83 ± 0,67	23,33 ± 0,58*	22,74 ± 0,43	23,29 ± 0,64*	20,75 ± 0,43**
CF	9,51 ± 0,25	7,95 ± 0,28*	8,15 ± 0,32*	8,01 ± 0,26*	9,56 ± 0,29**
<i>A_{max}/M×100%</i>					
LF	4,30 ± 0,08	4,04 ± 0,05*	4,15 ± 0,07*	3,81 ± 0,17*	3,94 ± 0,06**
HF	3,16 ± 0,08	4,83 ± 0,11*	3,71 ± 0,13*	4,90 ± 0,07*	3,21 ± 0,11**
CF	1,12 ± 0,78	0,92 ± 0,63	0,97 ± 0,56*	0,95 ± 0,77*	1,07 ± 0,73**

* Различия между показателями исследуемых групп и группы здоровых женщин достоверны (p < 0,05).

** Различия между показателями в сравниваемых группах достоверны (p < 0,05).

флоуметрии свидетельствовали о внутрисосудистых нарушениях микроциркуляции в мочевом пузыре. Они проявлялись замедлением среднего потока крови и статистически значимых колебаний скорости эритроцитов, а также снижением коэффициента вариации. Отмечались достоверное уменьшение нейрогенного тонуса в прекапилляре, повышение показателей миогенного тонуса, показателя шунтирования и снижение индекса эффективности микроциркуляции. Наблюдалось ухудшение тканевой перфузии по сравнению со здоровыми женщинами. Это свидетельствует об имеющемся нарушении микроциркуляции в тканях мочевого пузыря на фоне расстройств мочеиспускания в результате замедления скорости кровотока, связанной со снижением притока артериальной крови, а также нарушении венозного оттока и создает условия для развития внутрисосудистых реологических нарушений в стенке мочевого пузыря. Зарегистрированы уменьше-

ние показателей модуляций кровотока и коэффициента вариации, снижение миогенного и нейрогенного тонуса, повышение показателя шунтирования и умеренное снижение индекса эффективности микроциркуляции. В слизистой оболочке стенки мочевого пузыря отмечались статистически достоверное снижение амплитуды пульсовых и медленных колебаний, повышение амплитуды быстрых колебаний, значительное повышение активного механизма микроциркуляции и снижение показателей пассивного механизма регуляции и сосудистого напряжения у пациенток основной группы (табл. 6). При анализе амплитудно-частотного спектра определялось значительное уменьшение застоя крови в веноулярном звене, которое выражалось уменьшением вклада HF-колебаний. Амплитуда CF-колебаний также уменьшалась. На протяжении исследования у пациенток основной и контрольной групп на фоне лечения переносимости препаратов или побочных явлений не отмечено.

При оценке отдаленных результатов в течение месяца после проведенного лечения у двух (10%) пациенток контрольной группы и одной (5%) пациентки основной группы возник кратковременный эпизод обострения цистита, который был купирован приемом уросептиков.

Обсуждение результатов

У всех пациенток снизилась выраженность клинических проявлений заболевания, купировались дизурические явления. По результатам бактериологического исследования, на фоне консервативного лечения отмечался стойкий противомикробный эффект в обеих группах. Согласно анализу результатов цистоскопических исследований, лечение антибиотиками и уросептиками способствовало регрессу эндоскопической картины при хроническом цистите у женщин обеих групп. Однако у пациенток, получавших Лонгидазу, цистоскопическая картина была ближе к нормальной.

Исследование кровообращения капиллярного сосудистого русла посредством лазерной доплеровской флоуметрии позволило изучить изменения микроциркуляции в слизистой стенке мочевого пузыря пациенток с хроническим циститом до и после лечения. После лечения отмечалось увеличение нейрогенного тонуса в прекапилляре, показателя шунтирования и индекса эффективности микроциркуляции, а также показателя микроциркуляции и коэффициента вариации, что свидетельствует об улучшении микроциркуляции. Улучшение микроциркуляции наблюдалось у пациенток, в комплексное лечение которых входил препарат Лонгидаза. Более высокая эффективность проведенного лечения с применением Лонгидазы связана с повышением проницаемости стенки мочевого пузыря и улучшением доступа антибиотиков к очагам воспаления, расположенным в подслизистом слое.

Выводы

Препарат Лонгидаза способствовал регрессу иммуновоспалительного



процесса, увеличению эластичности детрузора и лучшему проникновению антибактериальных препаратов в подслизистый слой, что привело к снижению выраженности боли, удлинению интервала

между мочеиспусканиями и увеличению эффективного объема мочевого пузыря у пациенток с хроническим циститом. Положительный эффект использования Лонгидазы подтверждался улучшением цис-

тоскопической картины и микроциркуляторных процессов в стенке мочевого пузыря. При применении препарата Лонгидаза не отмечено местных и общих побочных, а также аллергических реакций. ☀

Литература

1. Гаджиева З.К. Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009.
2. Еселевский Ю.М., Хайрлиев Г.З. Способ определения скрытого нарушения кровообращения мочевого пузыря у женщин // Урология и нефрология. 1994. № 4. С. 14–17.
3. Зайцев А.В. Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин: дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999.
4. Козлов В.И., Кореи Л.В., Соколов В.Г. Лазерная доплеровская флуометрия и анализ коллективных процессов в системе микроциркуляции // Физиология человека. 1998. Т. 24. № 6. С. 112–121.
5. Кузнецова Н.Н., Хоменко Н.П., Красильников Г.П., Хорюшавина Н.А. Системный подход к диагностике и лечению хронических циститов // Актуальные вопросы урологии и андрологии: сборник научных трудов, посвященный 100-летию кафедры СПбМАПО. СПб., 2001. С. 188–190.
6. Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В., Бреусов А.А. Результаты длительного применения растительно-витаминного комплекса в комплексной терапии перименопаузальных женщин, больных хроническим циститом // Медицинский совет. 2016. № 9. С. 102–105.
7. Лоран О.Б. Хронический цистит у женщин // Врач. 1996. № 8. С. 6–9.
8. Перепанова Т.С., Кудрявцев Ю.В., Хазан П.Д., Разумов С.В. Неосложненная инфекция мочевых путей // Врачебное сословие. 2004. № 1–2. С. 51–54.
9. Синякова Л.А., Косова И.В. Антибактериальная терапия острых циститов // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13. № 7. С. 478–481.
10. Страчунский Л.С., Рафальский В.В., Сехин С.В., Абрарова Э.Р. Практические подходы к выбору антибиотиков при неосложненных инфекциях мочевыводящих путей // Урология. 2000. № 2. С. 8–15.
11. Кульчавеня Е.В., Шевченко С.Ю., Чередниченко А.Г. Диагностика и лечение цистита: вопросов больше, чем ответов? // Урология. 2016. № 5. С. 37–42.
12. Левин Е.И. Цистит у женщин: диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1991.
13. Лопаткин Н.А., Деревянко И.В., Страчунский Л.С. и др. Антибактериальная терапия неосложненного острого цистита и пиелонефрита у взрослых: пособие для врачей // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2000. Т. 2. № 1. С. 69–76.
14. Скрыбин Г.Н., Александров В.П., Кореньков Д.Г., Назаров Т.Н. Циститы: учебное пособие. СПб., 2006.
15. Мацаев А.Б. Нарушение микроциркуляции и методы ее коррекции при хроническом цистите у женщин: дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
16. Кульчавеня Е.В., Швецова О.П., Бреусов А.А. Обоснование назначения и эффективность препарата Лонгидаза у больных хроническим простатитом // Урология. 2018. № 4. С. 64–71.
17. Береговая О.В. Алгоритм проведения рациональных лечебно-профилактических мероприятий при хроническом цистите у женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2005.
18. Сизов К.А., Лушикова А.К., Неймарк А.И., Раздорская М.В. Нарушения микроциркуляции в стенке мочевого пузыря у женщин с расстройствами мочеиспускания // Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая практика – в эпицентре женского здоровья». М., 2012. С. 338–341.

Use of Longidaze in the Complex Treatment of Women with Chronic Cystitis

A.I. Neymark, DM, PhD, Prof.¹, M.V. Razdorskaya, DM, PhD², P.A. Oberemok¹

¹ Altay State Medical University, Barnaul

² Divisional Clinical Hospital at Barnaul Station of JSC 'Russian Railways'

Contact person: Pavel Anatolyevich Oberemok, pasha22ru@mail.ru

The results of the study of Longidaze effect on the bladder microcirculation in the complex treatment of women with chronic cystitis are provided. The drug Longidaze contributed to the regression of the immuno-inflammatory process, increased elasticity of detrusor and better penetration of antibacterial drugs into the submucosal layer, which led to the decrease in the severity of pain, lengthening the interval between urination and the increase in the bladder effective volume. The positive effect of Longidaze use was confirmed by the improvement of the cystoscopic situation and microcirculatory processes in the bladder wall. When using Longidaze drug there were no noticed local and general adverse and allergic reactions.

Key words: chronic cystitis, Longidaze, microcirculation

Урология



Оценка эффективности применения фитопрепарата Канефрон Н в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом

А.В. Давыдов, д.м.н., проф., А.И. Неймарк, д.м.н., проф.

Адрес для переписки: Андрей Викторович Давыдов, andre1763@mail.ru

Для цитирования: Давыдов А.В., Неймарк А.И. Оценка эффективности применения фитопрепарата Канефрон Н в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 10. С. 20–23.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-10-20-23

Актуальность. С появлением стандартизованных фитопрепаратов открылись новые возможности, которые позволят повысить эффективность терапии хронических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.

Цель исследования: изучить эффективность применения фитопрепарата Канефрон Н в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом.

Материал и методы. Проанализированы данные обследования и лечения 43 женщин в возрасте от 24 до 67 лет (средний возраст $45,4 \pm 11,3$ года), страдающих хроническим рецидивирующим циститом (длительность заболевания от семи месяцев до 14 лет). Пациентки группы сравнения ($n = 21$, средний возраст $44,7 \pm 10,3$ года) получали фуразидина калиевую соль с карбонатом магния (Фурамаг) по 100 мг три раза в день в течение десяти дней. Пациентки основной группы ($n = 22$, средний возраст $46,2 \pm 12,4$ года) принимали фуразидина калиевую соль с карбонатом магния (Фурамаг) по описанной выше схеме в сочетании с препаратом Канефрон Н по два драже три раза в сутки в течение 30 дней.

Результаты. Комплексная терапия с применением препарата Канефрон Н способствовала уменьшению выраженности клинических проявлений хронического цистита, приводила к эрадикации патогенных микроорганизмов, нормализовала уродинамику и микроциркуляцию слизистой мочевого пузыря.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать включать фитопрепарат Канефрон Н в комплексное лечение пациенток с хроническим циститом для нормализации показателей уродинамики и микроциркуляции слизистой мочевого пузыря, элиминации возбудителей хронического цистита и повышения эффективности лечения.

Ключевые слова: хронический цистит, фитотерапия, Канефрон Н



Введение

Хроническое воспаление мочевого пузыря занимает важное место в структуре урологической заболеваемости, а проблема диагностики и лечения хронического цистита по-прежнему актуальна [1]. Так, до 60–70% обращений к урологу связано с острым или рецидивирующим циститом [2, 3]. В течение жизни острый цистит переносят 20–25% женщин (чаще всего цистит развивается в возрасте 25–30 лет и старше 55 лет), в каждом третьем случае в течение года возникает рецидив, а в 10% случаев заболевание переходит в хроническую рецидивирующую форму.

Ведущую роль при возникновении хронического цистита у женщин играют анатомо-топографические особенности их мочеполовой системы, присоединение гинекологических заболеваний, а также гормональный статус [4, 5].

В комплексное и патогенетическое лечение хронического цистита входят антибактериальные, противовирусные, противовоспалительные препараты, также проводится терапия, направленная на устранение органических и функциональных нарушений уродинамики [6]. Наряду с успехами, достигнутыми в области лекарственной терапии хронического цистита, эффективность демонстрируют и немедикаментозные методы лечения [7].

Цель исследования

Изучить эффективность применения фитопрепарата Канефрон Н в комплексном лечении пациенток с хроническим циститом.

Материал и методы

В основу работы положены результаты анализа данных обследования и лечения 43 женщин в возрасте от 24 до 67 лет (средний возраст $45,4 \pm 11,3$ года), страдающих хроническим рецидивирующим циститом (длительность заболевания от семи месяцев до 14 лет).

Критерий включения в исследование – диагноз хронического цистита. В исследование не включались женщины с хроническими

Канефрон Н – растительный лекарственный препарат на основе травы золототысячника, корня любистока лекарственного и листьев розмарина, предназначенный для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей. Все растения, входящие в состав Канефрона Н, содержат вещества с широким спектром противомикробного действия

воспалительными заболеваниями репродуктивной системы, хроническим пиелонефритом, доброкачественными и злокачественными образованиями мочевого пузыря, врожденными аномалиями развития мочевого пузыря, мочеполовым туберкулезом.

Всем пациенткам выполнялись следующие методы обследования: клинико-лабораторное исследование мочи и мочевого осадка, бактериологическое исследование мочи, цистоскопия. Уродинамическое исследование (урофлоуметрию) проводили на аппарате Delphis IP (Laborie, США), лазерную доплеровскую флоуметрию мочевого пузыря – на аппарате ЛАКК-02 (НИИП «Лазма», Москва) с помощью программного обеспечения LDF 1.18.

Все пациентки, включенные в исследование, методом типологического отбора были рандомизированы на две группы, сопоставимые по возрасту, клиническим проявлениям и тяжести заболевания. Группа сравнения ($n=21$, средний возраст $44,7 \pm 10,3$ года) получала фуразидина калиевую соль с карбонатом магния (Фурамаг) по 100 мг три раза в день в течение десяти дней. Основная группа ($n=22$, средний возраст $46,2 \pm 12,4$ года) получала фуразидина калиевую соль с карбонатом магния (Фурамаг) по описанной выше схеме, а также дополнительно препарат Канефрон Н по два драже три раза в сутки в течение 30 дней. Группу контроля составили 17 пациенток с отсутствием соматических заболеваний и хронического цистита.

Канефрон Н – растительный лекарственный препарат на основе травы золототысячника, корня любистока лекарственного и листьев розмарина, предназначенный для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей. Все растения, входящие в состав Канефрона Н, содержат вещества (фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла и др.) с широким спектром противомикробного действия. При приеме вместе с антибиотиками Канефрон Н усиливает их действие, что повышает эффективность терапии инфекций мочевых путей. Кроме того, препарат оказывает мочегонное, противовоспалительное и противомикробное действие, препятствует адгезии кишечной палочки к уретелии [8, 9].

Контрольное обследование проводилось через 30 дней после окончания курса комплексной терапии. Статистический анализ данных выполнен с использованием программ Statistica 6.0, Microsoft Excel 2007. Соответствие нормальному распределению оценивали с помощью критерия Шапиро – Уилка. Фактические данные представлены в виде среднего \pm ошибка среднего ($M \pm m$). Сравнения независимых выборок проводили с применением U-критерия Манна – Уитни, а выборок до и после лечения – критерия Вилкоксона. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05. При сравнении качественных признаков в связанных выборках использовали Q-критерий Кохрена.

Урология



Таблица 1. Динамика показателей урофлоуметрии в сравниваемых группах

Показатель	Контрольная группа	Группа сравнения		Основная группа	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Максимальная скорость потока мочи, мл/с	3,66 ± 0,52	6,11 ± 0,76	4,83 ± 0,52	5,96 ± 0,23	3,72 ± 0,22*
Средняя объемная скорость потока мочи, мл/с	14,68 ± 1,09	7,45 ± 1,31	11,34 ± 1,02	8,12 ± 1,24	14,97 ± 1,43*

* Разница достоверна по сравнению с данными после лечения группы сравнения, $p < 0,05$.

Таблица 2. Динамика показателей микроциркуляции в сравниваемых группах

Показатель	Контрольная группа	Группа сравнения		Основная группа	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Показатель микроциркуляции, пф. ед.	28,50 ± 0,80	21,50 ± 0,81	25,63 ± 0,92	20,65 ± 0,34	27,24 ± 0,76*
Среднее квадратическое отклонение, пф. ед.	7,31 ± 0,28	5,62 ± 0,11	6,21 ± 0,54	5,87 ± 0,23	6,98 ± 0,12*
Индекс эффективности микроциркуляции, у.е.	1,36 ± 0,10	0,65 ± 0,03	0,94 ± 0,87	0,71 ± 0,02	1,32 ± 0,45*

* Разница достоверна по сравнению с данными после лечения группы сравнения, $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ частоты встречаемости жалоб у пациенток с хроническим циститом до лечения показал, что 40 (93,0%) женщин страдали от боли в надлобковой области, 41 (95,3%) – от учащенного мочеиспускания, 39 (90,7%) – от дизурии, 37 (86,0%) пациенток – от тянущей боли внизу живота независимо от менструального цикла и физической нагрузки. После лечения в группе сравнения боли внизу живота были купированы у 16 (76,2%) пациенток. Учащенное мочеиспускание сохранялось у четырех (19,0%) женщин, а дискомфорт над лоном при мочеиспускании – у трех (14,2%). В основной группе постоянные тянущие боли внизу живота отмечали только две (9,1%) женщины, учащенное мочеиспускание – две (9,1%), дизурию – одна (4,5%) пациентка.

До лечения у 43 (100%) пациенток в общем анализе мочи наблюдалась лейкоцитурия в среднем $14,8 \pm 2,28$ в п/зр. После лечения количество пациенток с лейкоцитурией снизилось в обеих группах, но более значимо в основной группе – до 13,6% (в группе сравнения – до 33,3%).

По данным бактериологического исследования мочи до лечения у 15 (71,4%) пациенток группы сравнения и 17 (77,3%) пациенток основной группы высевался тот или иной возбудитель в титре от 10^4 КОЕ/мл и выше. При этом в большинстве случаев (76%) определялась *Escherichia coli*, в 11,3% – *Enterococcus* spp., в 9,2% – *Klebsiella* spp., в 3,5% – *Proteus* spp. По результатам бактериологического исследования мочи, после проведенной терапии патогенные микроорганизмы не выявлялись у 21 (95,5%) женщины основной группы, в то время как в группе сравнения – у 15 (71,4%) женщин. Такой результат, по-видимому, достигнут благодаря тому, что

биофлавоноиды, содержащиеся в препарате Канефрон Н, тормозят бактериальную гиалуронидазу и тем самым ограничивают распространение бактерий в тканях, а диуретический эффект препятствует адгезии микроорганизмов. При цистоскопии у 39 (90,7%) женщин наблюдались изменения слизистой мочевого пузыря: у 21 (48,8%) гиперемия шейки мочевого пузыря, у 12 (27,9%) отечность слизистой мочевого пузыря, у шести (13,9%) петехиальные кровоизлияния. Проведение контрольной цистоскопии выявило наличие очагов гиперемии и отека у шести (28,6%) пациенток группы сравнения и двух (9,1%) пациенток основной группы.

Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать включать фитопрепарат Канефрон Н в комплексное лечение пациенток с хроническим циститом с целью нормализации показателей уродинамики и микроциркуляции слизистой мочевого пузыря, элиминации возбудителей хронического цистита и повышения эффективности лечения



При исследовании уродинамики у пациенток обеих групп до лечения при достаточном объеме выделяемой мочи отмечались увеличение максимальной скорости потока мочи и снижение средней объемной скорости потока мочи (табл. 1). После проведенной терапии наблюдались снижение максимальной скорости потока мочи в основной группе на 37,5%, в группе сравнения на 20,95% и увеличение средней объемной скорости потока мочи

на 84,4 и 52,2% соответственно ($p < 0,05$).

При лазерной доплеровской флоуметрии мочевого пузыря у пациенток обеих групп до лечения регистрировалось снижение среднего потока крови на 25,9%, индекса эффективности микроциркуляции – на 50%. На фоне лечения показатели базального кровотока максимально возросли в основной группе, что проявилось в статистически значимом увеличении и нормализации показателей перфузии

и индекса эффективности микроциркуляции (табл. 2).

Заключение

Полученные результаты позволяют рекомендовать включать фитопрепарат Канефрон Н в комплексное лечение пациенток с хроническим циститом с целью нормализации показателей уродинамики и микроциркуляции слизистой мочевого пузыря, элиминации возбудителей хронического цистита и повышения эффективности лечения. 🌱

Литература

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Бишлиев Д.А. и др. Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации, по данным официальной статистики // Экспериментальная и клиническая урология. 2010. № 1. С. 4–11.
2. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В. Роль урогенитальных инфекций в этиологии цистита и необструктивного пиелонефрита у женщин (часть 1) // Урология. 2005. № 2. С. 74–79.
3. Naber K.G., Cho Y.H., Matsumoto T., Schaeffer A.J. et al. Immunoactive prophylaxis of recurrent urinary tract infections: a meta-analysis // Int. J. Antimicrob. Agents. 2009. Vol. 33. № 2. P. 111–114.
4. Назарова Л.С. Циститы. М.: Крон-Пресс, 2000.
5. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В. и др. Ошибки в диагностике и лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей у женщин: пособие для врачей. М., 2010.
6. Piedrola Angulo G. Bacterial adherence in pathogenesis of urinary tract infectious // An. R. Acad. Nac. Med. (Madr.). 2003. Vol. 120. № 3. P. 409–425.
7. Лопаткин Н.А., Аполихин О.И., Пушкарь Д.Ю. и др. Российские национальные рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». М., 2014.
8. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Растительный препарат Канефрон Н в лечении и профилактике инфекций мочевых путей // Врачебное сословие. 2005. № 4–5. С. 44–46.
9. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Григорян В.А. и др. Применение растительного препарата Канефрон Н у больных с хроническим циститом и мочекаменной болезнью // Урология. 2005. № 4. С. 29–33.

Evaluation of the Effectiveness of the Herbal Remedies Canephron N Application in the Complex Treatment of Patients with Chronic Cystitis

A.V. Davydov, DM, PhD, Prof., A.I. Neymark, DM, PhD, Prof.

Altay State Medical University, Barnaul

Contact person: Andrey Viktorovich Davydov, andre1763@mail.ru

Relevance. With the appearance of standardized herbal remedies new opportunities open up, that will improve the effectiveness of treatment of the urinary tract chronic inflammatory diseases.

Purpose: to study the efficacy of herbal remedies Canephron N in the complex treatment of patients with chronic cystitis.

Materials and methods. The data of examination and treatment of 43 women aged from 24 to 67 years (average age 45.4 ± 11.3 years) suffering from chronic recurrent cystitis (disease duration from 7 months to 14 years) were analyzed. Patient of the comparison group ($n = 21$, average age of 44.7 ± 10.3 years) received furazidin potassium salt with magnesium carbonate (Furamag) 100 mg three times a day for ten days. Patients of the main group ($n = 22$, average age of 46.2 ± 12.4 years) received furazidin potassium salt with magnesium carbonate (Furamag) according to the scheme described above in conjunction with Canephron N in the amount of two pills three times a day for 30 days.

Results. Complex therapy with the use of the drug Canephron N helped to decrease the severity of clinical manifestations of chronic cystitis, led to the microflora eradication, normalized urodynamics and microcirculation of the bladder mucosa.

Summary. The results obtained allow us to recommend the inclusion of the herbal remedies Canephron N in the complex treatment of patients with chronic cystitis with the aim to normalize urodynamics and microcirculation of the bladder mucosa, to eliminate chronic cystitis pathogens and increase the effectiveness of treatment.

Key words: chronic cystitis, phytotherapy, Canephron N

Урология



¹ Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

² Алтайский филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии», Барнаул

Эндотелиопротективное действие Криопреципитата при лечении гнойного пиелонефрита

Ю.Г. Чернова¹, А.И. Неймарк, д.м.н., проф.¹, А.П. Момот, д.м.н., проф.²

Адрес для переписки: Юлия Геннадьевна Чернова, yulya.samchuk14@mail.ru

Для цитирования: Чернова Ю.Г., Неймарк А.И., Момот А.П. Эндотелиопротективное действие Криопреципитата при лечении гнойного пиелонефрита // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 10. С. 24–29.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-10-24-29

Цель исследования: изучить эндотелиопротективные свойства Криопреципитата в рамках комплексной терапии гнойного пиелонефрита.

Материал и методы. С 2017 по 2018 г. на базе кафедры урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии Алтайского государственного медицинского университета в городской больнице № 11 Барнаула проведено проспективное контролируемое рандомизированное когортное исследование с участием 30 больных в возрасте от 20 до 45 лет с диагнозом «острый гнойный пиелонефрит». Все пациенты получали стандартную консервативную терапию. Лечение больных первой группы (n = 15) предусматривало дополнительное проведение трансфузионной терапии Криопреципитатом, произведенным Алтайским краевым центром крови (Барнаул). Пациентам второй группы (n = 15) на третьи-четвертые сутки после госпитализации проводилось оперативное вмешательство в объеме декапсуляции пораженной почки, предусматривающее вскрытие гнойного очага. Наряду с комплексным обследованием определялось содержание классических маркеров дисфункции эндотелия в плазме крови: эндотелина 1 (с использованием реактивов Endothelin (1–21), Biomedica) и фактора Виллебранда (с использованием реагента VWF:Ag, Siemens).

Результаты. Уровни эндотелина 1 и фактора Виллебранда у больных при поступлении в стационар превышали соответствующие значения практически здоровых людей (по медиане в 3,1–3,3 и 3,5–3,6 раза соответственно). Вне зависимости от проводимого лечения наблюдалось повышение концентрации эндотелина 1. В частности, после шести-семи дней терапии как в первой, так и во второй группе содержание эндотелина 1 превысило исходные значения (при поступлении в стационар) в 1,8–2,0 раза. Фактор Виллебранда в первой группе (введение Криопреципитата) уменьшился в 3,3 раза, тогда как во второй группе (хирургическое вмешательство) – только в 2,2 раза (полученные значения высоко достоверны, $p < 0,002$). Эти данные свидетельствуют о том, что применение Криопреципитата, несмотря на высокое содержание в составе фактора Виллебранда, снижает уровень этого маркера в крови и, следовательно, оказывает эндотелиопротективное действие.

Выводы. Применение Криопреципитата в составе консервативной терапии гнойного пиелонефрита оказывает эндотелиопротективное действие на сосуды, способствуя ограничению воспалительного процесса и его регрессии.

Ключевые слова: гнойный пиелонефрит, повреждение эндотелия, эндотелин 1, фактор Виллебранда, Криопреципитат



Введение

Эндотелий кровеносных сосудов выполняет множество задач. Среди них регуляция транспорта биологически активных веществ, обеспечение барьерной и секреторной функций, участие в фагоцитозе, контроль диффузии воды, электролитов, продуктов метаболизма, адгезии и агрегации тромбоцитов. Кроме того, эндотелиальные клетки отвечают за депонирование и экспрессию целого ряда факторов, регулирующих коагуляционные и фибринолитические реакции. Эндотелий также задействован в регуляции сосудистого тонуса, окислительного стресса, воспалительных реакциях. Он способен продуцировать микровезикулы, играющие важную роль в инициации гемокоагуляции [1].

Выделяют такое понятие, как дисфункция эндотелия – ключевое звено в патогенезе многих заболеваний человека: инсульта, диабета первого и второго типа, острого коронарного синдрома, патологии периферических сосудов, роста опухолей и метастазов, хронической почечной недостаточности, ревматоидного артрита, вирусных инфекций и др. [3]. При эндотелиальной дисфункции возникает дисбаланс между продукцией вазодилатирующих, ангиопротективных, антипролиферативных факторов (оксида азота, простациклина, тканевого активатора плазминогена, натрийуретического пептида С-типа, эндотелиального гиперполяризующего фактора) и вазоконстрикторных, протромботических, пролиферативных факторов (эндотелина 1, супероксид-аниона, тромбоспандина А₂, ингибитора тканевого активатора плазминогена 1) [4]. Тромбин, интерлейкин 1, фактор некроза опухоли альфа, интерферон гамма, эндотоксин, гомоцистеин, окислители, а также гипоксия резко снижают антитромбогенные свойства (существующие в состоянии покоя) эндотелия сосудов.

При воспалительных процессах происходит активация полиморфноядерных лейкоцитов, которая

Эндотелиальные механизмы играют важную роль в развитии и прогрессировании хронического гломерулонефрита. И это объяснимо, если учесть, что около 30% всей эндотелиальной выстилки сосудов организма локализуется в почках (включая их микрососудистое русло и более крупные почечные сосуды)

является фактором риска повреждения эндотелия и формирования органной дисфункции. Активированные нейтрофилы способны нарушать функционирование микроциркуляторного русла за счет повышения проницаемости эндотелия, адгезии лейкоцитов к эндотелию, образования в капиллярах «пробок», высвобождения вазоактивных продуктов, деформации и компрессии капилляров вследствие интерстициального отека, вызванного активными формами кислорода. Кроме снижения тканевой перфузии, активация лейкоцитов приводит к повреждению эндотелия через высвобождение цитотоксических медиаторов, активных форм кислорода, лизосомальных ферментов, протанноидов [5].

С учетом результатов многочисленных экспериментальных и клинических работ, не вызывает сомнения важная роль эндотелиальных механизмов в развитии и прогрессировании хронического гломерулонефрита. И это объяснимо, если учесть, что около 30% всей эндотелиальной выстилки сосудов организма локализуется в почках (включая их микрососудистое русло и более крупные почечные сосуды) [2].

Установлено, что адгезия и миграция лейкоцитов положительно коррелируют с продолжительностью ишемии [6]. При этом ускоряется локальный тромбоз, связанный с экспрессией тканевого фактора лейкоцитарного происхождения, создаются условия для формирования микроагрегатов лейкоцитов [7]. Вышеописанные процессы приводят к функцио-

нальной недостаточности эндотелия сосудов почек, которую относят к критическим факторам развития системной воспалительной реакции [8]. В доступной литературе не обнаружено способов восстановления поврежденного эндотелия кровеносных сосудов почек при остром воспалительном процессе. В этой связи большой интерес вызвал Криопреципитат, получаемый из плазмы крови человека. Криопреципитат считается устаревшим в гематологической практике, в частности при гемофилии А, обусловленной врожденным дефицитом фактора свертывания крови VIII [9], но входит в протоколы по лечению массивных кровотечений, связанных с гипофибриногенемией (менее 1,0 г/л) [10].

Предполагается, что Криопреципитат может использоваться в терапии ряда заболеваний, в том числе связанных с инфекцией и воспалением [11]. Как известно, Криопреципитат обогащен высокоадгезивными белками: фибриногеном, фибронектином, фибринстабилизирующим фактором (фактором XIII), антигемофильным глобулином (фактором VIII) и фактором Виллебранда. В состав препарата входит и антитромбин III [12]. Согласно имеющимся данным, Криопреципитат способствует усилению гемостатических, регенераторных, противовоспалительных и иммуномодулирующих реакций в тканях [13]. Есть данные, что использование препарата позволяет активировать неоангиогенез [14], снизить интенсивность воспалительной реакции и макрофагальную защиту [15].

урология



Криопреципитат способствует усилению гемостатических, регенераторных, противовоспалительных и иммуномодулирующих реакций в тканях. По некоторым данным, использование препарата позволяет активировать неоангиогенез, снизить интенсивность воспалительной реакции и макрофагальную защиту

Цель исследования

Изучить эндотелиопротективные свойства Криопреципитата в рамках комплексной терапии гнойно-го пиелонефрита.

Материал и методы

В период с 2017 по 2018 г. на базе кафедры урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии Алтайского государственного медицинского университета в городской больнице № 11 (Барнаул) проведено проспективное контролируемое рандомизированное когортное исследование с участием 30 больных (шести мужчин, 24 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет с диагнозом «острый гнойный пиелонефрит». Работа одобрена локальным этическим комитетом Алтайского государственного медицинского университета (протокол № 14 от 18.11.2016), все участники подписали информированное согласие.

Критерии включения в исследование:

- пациенты обоего пола в возрасте от 20 до 45 лет;
- отсутствие гнойно-воспалительных процессов вне почечной локализации;
- отсутствие заболеваний крови и сердечно-сосудистой системы;
- признаки гнойного процесса в почках (карбункул почки, апостематозный пиелонефрит).

Критерии исключения:

- беременность;
- ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С, иные иммунодефицитные и вирусные заболевания;
- вторичный пиелонефрит;
- абсцесс почки.

В рамках исследования все пациенты с гнойным пиелонефритом получали стандартное консервативное лечение – комплексную консервативную антибактериальную, дезинтоксикационную и противовоспалительную терапию. Использовались антибактериальные препараты широкого спектра действия: цефалоспорины третьего и четвертого поколения, фторхинолоны, аминогликозиды – как в монотерапии, так и в комбинации в зависимости от тяжести состояния пациента. Антибактериальную терапию продолжали в среднем в течение трех-четырех дней после нормализации температуры тела.

Рандомизация взятых в исследование пациентов осуществлялась с использованием генератора случайных чисел в программе Microsoft Excel. В результате больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу и этнической принадлежности.

Больным первой группы (n = 15) проводилась трансфузионная терапия Криопреципитатом, произведенным Алтайским краевым центром крови (Барнаул). Криопреципитат вводился внутривенно от трех до пяти доз в сутки в течение трех – пяти дней. Больным второй группы (n = 15) на третьи-четвертые сутки после поступления в стационар выполнялось оперативное вмешательство в объеме декапсуляции пораженной почки, предусматривающее вскрытие гнойного очага.

При поступлении в стационар и на шестые-седьмые сутки лече-

ния оценивали тяжесть состояния, учитывая:

- время возникновения и выраженность клинических проявлений, длительность заболевания (в том числе время от повышения температуры тела и появления боли в поясничной области до госпитализации), эпизоды нарушения сознания;
- интенсивность боли в покое и при пальпации почек (динамика жалоб на боль в поясничной области оценивалась по 10-балльной Вербальной шкале оценки боли [16]), колебания температуры тела, артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, коморбидность и предшествующие заболевания;
- данные функциональных методов обследования (ультразвукового исследования с доплерографией, обзорной и внутривенной урографии, мультиспиральной компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии почек);
- наличие синдрома системного воспалительного ответа по ранее предложенным критериям [17];
- оценку органной недостаточности у пациентов с септическим процессом по упрощенной Шкале оценки органной недостаточности в динамике (Quick Sequential Organ Failure Assessment – qSOFA) [18].

Наряду с этим определялось содержание классических маркеров дисфункции эндотелия в плазме крови: эндотелина 1 (с использованием реактивов Endothelin (1–21), Biomedica) и фактора Виллебранда (с использованием реагента VWF:Ag, Siemens). В первом случае применялся фотометр для микропланшет Bio-Rad 680 (Bio-Rad), во втором – автоматический коагулометр Sysmex CA-1500 (Sysmex). Для получения допустимых значений изучаемых маркеров эндотелиопатии соответствующие исследования (по эндотелину 1 и фактору Виллебранда) проведены у десяти практически здоровых доноров 20–35 лет.



Взятие венозной крови осуществлялось из локтевой вены в пробирки Vacuette с буферным раствором цитрата натрия в соотношении 9:1 (9NC Coagulation sodium citrate 3,2%). Кровь центрифугировали при 1400 g в течение 15 минут при комнатной температуре. Перед проведением иммуноферментных анализов плазму хранили при температуре -40 °C в низкотемпературном холодильнике MDF-192 (Sanuo) от суток до месяца. Данные расчета достоверности различия показателей до и после лечения статистически обрабатывались с помощью критериев Вилкоксона, Фишера. Сравнение между группами проводилось с помощью непараметрического метода U-теста Манна – Уитни. Критический уровень значимости различий (p) определен как $p < 0,05$.

Результаты

При оценке тяжести состояния у всех без исключения пациентов, включенных в исследование, был выявлен синдром системного воспалительного ответа. По шкале qSOFA 2 балла набрали два пациента первой группы и один пациент второй группы, 1 балл – по два пациента в каждой группе (признаки нарушения сознания во всех случаях отсутствовали). На шестые-седьмые сутки лечения в обеих группах признаков данного синдрома не обнаружено, состояние пациентов нормализовалось (0 баллов по шкале qSOFA). По итогам предварительного этапа, у десяти практически здоровых доноров устанавливалось содержание двух исследуемых в данной работе маркеров дисфункции эндотелия. Медиана уровня эндотелина 1 составила 0,29 фмоль/мл (95% ДИ 0,21–0,38), а содержания фактора Виллебранда – 96,9% (95% ДИ 92,8–101,0). Результаты оценки содержания и динамики изменения уровня данных маркеров эндотелиопатии в группах представлены в табл. 1. Значения медиан уровней эндотелина 1 и фактора Виллебранда у больных при поступлении в стационар превышали соответствующую

Таблица 1. Динамика содержания маркеров дисфункции эндотелия у больных гнойным пиелонефритом

Срок обследования	Первая группа	Вторая группа	Достоверность различий между группами
Эндотелин 1, фмоль/л¹			
При поступлении	0,90 ² (0,50–1,28)	0,96 ² (0,21–1,51)	$p > 0,05$
Через шесть-семь дней	1,79 ² (1,23–2,87)	1,69 ² (1,16–2,22)	$p > 0,05$
Достоверность различий в группе	$p = 0,001$	$p = 0,04$	
Фактор Виллебранда, %¹			
При поступлении	345,4 ² (315,5–375,3)	341,5 ² (317,3–365,8)	$p > 0,05$
Через шесть-семь дней	106,3 (101,1–111,5)	158,1 ² (130,0–186,3)	$p = 0,002$
Достоверность различий в группе	$p < 0,001$	$p < 0,001$	

¹ Данные представлены в виде медианы (95% ДИ).

² Различия достоверны по сравнению с данными, полученными у практически здоровых людей ($p < 0,01$).

Таблица 2. Динамика клинико-лабораторных показателей у больных гнойным пиелонефритом

Срок обследования	Первая группа	Вторая группа	Достоверность различий между группами
Оценка боли в поясничной области, баллы¹			
При поступлении	8,0 (7,08–8,92)	8,0 (6,76–8,80)	$p = 0,791$
Через шесть-семь дней	2,0 (0,41–2,26)	4,0 (3,20–5,24)	$p = 0,004$
Достоверность различий в группе	$p = 0,007$	$p = 0,012$	
Дизурия, %			
При поступлении	93,3	100,0	$p = 0,050$
Через шесть-семь дней	13,3	60,0	$p = 0,011$
Достоверность различий в группе	$p < 0,001$	$p = 0,017$	
Число лейкоцитов в крови, $\times 10^9/\text{л}^1$			
При поступлении	15,8 (15,12–16,39)	14,3 (13,00–15,58)	$p = 0,122$
Через шесть-семь дней	9,7 (9,20–10,36)	12,5 (11,35–13,74)	$p = 0,002$
Достоверность различий в группе	$p = 0,007$	$p = 0,038$	
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч¹			
При поступлении	29,0 (24,63–33,37)	24,2 (21,70–26,75)	$p = 0,171$
Через шесть-семь дней	15,9 (13,94–17,83)	19,6 (17,17–21,84)	$p = 0,030$
Достоверность различий в группе	$p = 0,007$	$p = 0,007$	
Лейкоциты в моче, число в поле зрения¹			
При поступлении	134,9 (127,92–141,86)	138,9 (126,78–151,00)	$p = 0,723$
Через шесть-семь дней	80,4 (63,68–97,21)	135,0 (122,19–147,81)	$p < 0,001$
Достоверность различий в группе	$p = 0,007$	$p = 0,192$	

¹ Данные представлены в виде медианы (95% ДИ).



Положительный эффект от применения Криопреципитата при гнойном пиелонефрите по сравнению с оперативным лечением проявился в уменьшении болевого синдрома, ослаблении дизурических симптомов, снижении числа лейкоцитов в моче и скорости оседания эритроцитов, отражающей в числе прочего выраженность воспалительной реакции

щие значения практически здоровых людей в 3,1–3,3 и 3,5–3,6 раза соответственно. Эти данные свидетельствуют об интенсивном системном ответе эндотелия кровеносных сосудов на формирование патологического процесса, воспаления и инфекцию, связанные с развитием гнойного процесса в почках.

Была установлена разнонаправленная динамика рассматриваемых показателей. Так, наблюдалось стабильное увеличение уровня эндотелина I вне зависимости от проводимой терапии. В частности, после шести-семи дней лечения как в первой, так и во второй группе содержание эндотелина I превысило исходные (при поступлении в стационар) значения в 1,8–2,0 раза. Противоположная динамика наблюдалась в отношении уровня фактора Виллебранда. В первой группе (введение Криопреципитата) этот показатель снизился в 3,3 раза, а во второй группе (хирургическое вмешательство) – в 2,2 раза (полученные значения высоко достоверны, $p < 0,002$). Эти данные свидетельствуют о том, что применение Криопреципитата, несмотря на высокое содержание в составе

препарата фактора Виллебранда, снижает уровень этого маркера в крови и, следовательно, оказывает эндотелиопротективное действие. Динамика других клинико-лабораторных показателей у больных гнойным пиелонефритом в зависимости от проводимого лечения представлена в табл. 2. Положительный эффект от применения Криопреципитата в сравнении с оперативным лечением гнойного пиелонефрита проявился в уменьшении болевого синдрома, ослаблении дизурических симптомов, снижении числа лейкоцитов в моче и скорости оседания эритроцитов, отражающей в числе прочего выраженность воспалительной реакции. Наряду с этим у больных первой группы на шестые-седьмые сутки наблюдалась положительная динамика по данным ультразвукового исследования. Так, при поступлении у пациентов первой и второй групп отмечались признаки развития гнойного пиелонефрита и очаги гнойного процесса (карбункулы почки у пяти пациентов первой группы и шести больных второй группы, апостематозный пиелонефрит у шести и четырех пациентов соответственно). На шестые-седьмые сутки у пациен-

тов первой группы определялись только диффузно-неоднородные изменения паренхимы почек, что подтверждало регресс гнойного процесса в почках. Во второй группе на шестые-седьмые сутки ультразвуковое исследование не проводилось из-за операционной раны. Срок пребывания в стационаре также отличался: в первой группе он составил $10,8 \pm 1,6$ суток, во время как во второй группе – $12,3 \pm 1,2$ суток.

Обсуждение

Повреждение сосудистого эндотелия при сепсисе – краеугольный камень развития органной дисфункции, имеющей прямое отношение к исходам гнойного пиелонефрита. В настоящем исследовании прослежена динамика некоторых основных маркеров эндотелиопатии в ходе лечения гнойного пиелонефрита, в том числе с заменой оперативного вмешательства консервативной терапией, дополненным системным применением Криопреципитата, что привело к положительным результатам. Эти предварительные данные, полученные на небольшой когорте больных, требуют подтверждения в дальнейших исследованиях и потенциально могут послужить основой для изменения стандартов ведения пациентов с гнойным пиелонефритом.

Выводы

Применение Криопреципитата в составе консервативной терапии гнойного пиелонефрита оказывает эндотелиопротективное действие на кровеносные сосуды, способствуя ограничению воспалительного процесса и его регрессии. 🌐

Литература

1. Cahill P.A., Redmond E.M. Vascular endothelium – gatekeeper of vessel health // *Atherosclerosis*. 2016. Vol. 248. P. 97–109.
2. Бобкова И.Н., Чеботарева Н.В., Рамеев В.В. и др. Роль эндотелиальной дисфункции в прогрессировании хронического гломерулонефрита, современные возможности ее коррекции // *Терапевтический архив*. 2005. Т. 77. № 6. С. 92–96.
3. Rajendran P., Rengarajan T., Thangavel J. et al. The vascular endothelium and human diseases // *Int. J. Biol. Sci.* 2013. Vol. 9. № 10. P. 1057–1069.
4. Goncharov N.V., Nadeev A.D., Jenkins R.O., Avdonin P.V. Markers and biomarkers of endothelium: when something is rotten in the state // *Oxid. Med. Cell. Longev.* 2017. Vol. 2017. ID 9759735.
5. Mazzoni M.C., Schmid-Schönbein G.W. Mechanisms and consequences of cell activation in the microcirculation // *Cardiovasc. Res.* 1996. Vol. 32. № 4. P. 709–719.



6. Kurose I., Anderson D.C., Miyasaka M. et al. Molecular determinants of reperfusion-induced leukocyte adhesion and vascular protein leakage // *Circ. Res.* Vol. 74. № 2. P. 336–343.
7. Mehta J., Dinerman J., Mehta P. et al. Neutrophil function in ischemic heart disease // *Circulation.* 1989. Vol. 79. № 3. P. 549–556.
8. Афанасьева А.Н., Одинцова И.Н., Удут В.В. Синдромы эндогенной интоксикации и системного воспалительного ответа: общность и различия // *Анестезиология и реаниматология.* 2007. № 4. С. 67–71.
9. Matsunaga S., Takai Y., Seki H. Fibrinogen for the management of critical obstetric hemorrhage // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2019. Vol. 45. № 1. P. 13–21.
10. Rossaint R., Bouillon B., Cerny V. et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition // *Crit. Care.* 2016. Vol. 20. ID 100.
11. Стрижаков А.Н., Чурганова А.А., Буданов П.В., Дементьев А.А. Перспективы применения фибринового Криопреципитата в репродуктивной медицине // *Трудный пациент.* 2015. Т. 13. № 1–2. С. 32–35.
12. Wong H., Curry N. Cryoprecipitate transfusion: current perspectives // *Int. J. Clin. Transfus. Med.* 2016. Vol. 2016. № 4. P. 89–97.
13. Лубянский В.Г., Момот А.П., Жариков А.Н. Трансфузионная гемокоррекция на этапах хирургического лечения больных с послеоперационным распространенным перитонитом // *Анналы хирургии.* 2011. № 6. С. 50–56.
14. Чурганова А.А., Буданов П.В., Стрижаков А.Н. Опыт и перспективы применения фибринового криопреципитата в акушерстве, гинекологии и перинатологии // *Здоровье и образование в XXI веке.* 2013. Т. 15. № 1-4. С. 115–116.
15. Стрижаков А.Н., Пауков В.С., Чурганова А.А. и др. Новый метод повышения качества рубца на матке после кесарева сечения // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2013. Т. 12. № 1. С. 9–15.
16. Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E., Zimmerman L. Similarities in pain descriptions of four different ethnic culture groups // *J. Pain Symptom Manage.* 1990. Vol. 5. № 2. P. 94–100.
17. Karlsson S., Varpula M., Ruokonen E. et al. Incidence, treatment, and outcome of severe sepsis in ICU-treated adults in Finland: the Finnsepsis study // *Intensive Care Med.* 2007. Vol. 33. № 3. P. 435–443.
18. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Азрба С.Б., Гайдукевич Е.К. Комбинированная система прогнозирования исхода перитонита // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2017. № 9. С. 33–37.

Endothelioprotective Effect of Cryoprecipitate in the Treatment of Purulent Pyelonephritis

Yu.G. Chernova¹, A.I. Neymark, DM, PhD, Prof.¹, A.P. Momot, DM, PhD, Prof.²

¹ Altay State Medical University, Barnaul

² Altay Branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Hematology", Barnaul

Contact person: Yuliya Gennadyevna Chernova, yulya.samchuk14@mail.ru

Purpose: to investigate endothelioprotective activity of Cryoprecipitate in the framework of complex therapy of purulent pyelonephritis.

Material and methods. From 2017 to 2018, it was conducted a prospective controlled randomized cohort study involving 30 patients aged 20 to 45 years with a diagnosis of acute purulent pyelonephritis at the Department of Urology and Andrology of the Altay State Medical University with courses of specialized surgery – City Hospital № 11 (Barnaul). All patients received standard conservative therapy. The treatment of patients of the first group (n = 15) provided additional transfusion therapy with Cryoprecipitate produced by the Altay Regional Blood Center (Barnaul). Patients of the second group (n = 15) on the third-fourth day after hospitalization underwent surgical treatment of decapsulation of the affected kidney, with the opening of the purulent focus. Along with the complex examination, the content of classical markers of endothelial dysfunction in blood plasma – endothelin 1 (using reagents Endothelin (1–21), Biomedica) and von Willebrand factor (using reagent VWF:Ag, Siemens) was determined.

Results. Levels of endothelin 1 and von Willebrand factor in patients on admission to the hospital exceeded the corresponding values of healthy people (by median in 3.1–3.3 and 3.5–3.6 times respectively). The treatment revealed an increase in the level of endothelin 1, regardless of the therapeutic intervention characteristics. In particular, after six to seven days of therapy in both the first and the second group, the content of endothelin 1 exceeded the initial values (when admitted to hospital) in 1.8–2.0 times. Von Willebrand factor in the first group (Cryoprecipitate) decreased in 3.3 times, while in the second group (surgery) only in 2.2 times (the values obtained are highly reliable, $p < 0.002$). These data indicate that the use of Cryoprecipitate, despite the high content in the composition of von Willebrand factor, reduces the level of this marker in the blood and therefore provide endothelioprotective effect.

Conclusions. The use of Cryoprecipitate in the composition of conservative treatment of purulent pyelonephritis has endothelioprotective effect on the blood vessels, helping to limit the inflammatory process and its regression.

Key words: purulent pyelonephritis, damage to the endothelium, endothelin 1, von Willebrand factor, Cryoprecipitate

Урология



Хронический абактериальный простатит и патоспермия: механизмы взаимосвязи и возможности иммуномодулирующей коррекции

Я.В. Яковец, к.м.н.

Адрес для переписки: Ярослава Валерьевна Яковец, yuakovets@mail.ru

Для цитирования: Яковец Я.В. Хронический абактериальный простатит и патоспермия: механизмы взаимосвязи и возможности иммуномодулирующей коррекции // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 10. С. 30–32.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-10-30-32

Хронические воспалительные заболевания мужских половых органов занимают одно из первых мест в общей урологической заболеваемости. Для них характерно длительное, рецидивирующее течение, приводящее к снижению фертильности, а в 40–50% случаев – к бесплодию.

Пациентам с хроническим простатитом и патоспермией на фоне перенесенной или хронически текущей микоплазменной инфекции была проведена комплексная терапия, включающая иммуномодулирующий препарат амнодигидрофталазиндион натрия (Галавит) (десять внутримышечных инъекций с дальнейшим введением десяти ректальных суппозиториев). Результаты лечения показали не только устойчивую ремиссию, подтвержденную данными трансректального ультразвукового исследования предстательной железы, бактериологическими исследованиями, но и улучшение фертильности по Шкале оценки мужской копулятивной функции Лорана – Сегала и качества жизни, а также нормализацию спермограммы. В течение года после лечения в 100% случаев у супружеских пар наступила беременность. Результаты исследования обосновывают включение иммуномодуляторов в комплексную терапию пациентов с хроническим простатитом и сопровождающей этот процесс патоспермией, поскольку такое лечение позволяет скорректировать выявленные изменения для достижения длительной и стойкой ремиссии хронического простатита, нормализации спермограммы и восстановления репродуктивного потенциала.

Ключевые слова: хронический простатит, фертильность, бесплодие, иммуномодулирующая терапия, амнодигидрофталазиндион натрия, Галавит

Введение

Хронические воспалительные заболевания мужских половых органов (как бактериальные, так и абактериальные) представляют собой актуальную проблему для практической медицины ввиду того, что занимают одно из первых мест по распространенности среди урологических заболеваний [1, 2]. Для них харак-

терно длительное, рецидивирующее течение, приводящее к снижению работоспособности, а в 40–50% случаев – к бесплодию [3–5].

Из-за отсутствия явных микробиологических причин для возникновения хронического абактериального простатита проводился поиск иных механизмов патогенеза воспаления предстательной железы и сопровож-

дающей этот процесс патоспермии [2, 6, 7]. Среди главных причин изменений в спермограмме при хроническом простатите обычно называют аутоиммунный ответ в виде прямого цитотоксического влияния эффекторных иммунокомпетентных клеток на сперматозоиды и сперматогенный эпителий или косвенного воздействия антиспермальных антител, а также усиление апоптоза сперматозоидов под воздействием провоспалительных цитокинов и активных форм кислорода [7, 8]. В этом процессе немаловажную роль играют система комплемента и некоторые виды интерлейкинов [8]. Функция последних угнетается и у пациентов с отягощенным фоном по внутриклеточным инфекциям в анамнезе [2, 6, 9]. Это связано с тем, что микоплазменная инфекция запускает механизм формирования мембранозного гломерулонефрита, при котором также наблюдается несостоятельность системы комплемента и функции интерлейкинов. В этой ситуации возникают две важные проблемы. Первая – прием антибиотиков и химиотерапевтических средств может сопровождаться развитием аллергических реакций, дисбактериоза, гепатотоксичности, иммуносупрессивного действия (если инфекции вызваны внутриклеточными возбудителями (хламидиями, микоплазмами), находящимися на одной из стадий репродукции) [10]. Развивающийся после курса антибиотикотерапии синдром иммунологической недостаточности может приводить к персистенции возбудителя, рецидивам заболевания, реинфекции [11]. Вторая проблема – отсутствие лечения ведет к полной разбалансировке



и в конечном итоге несостоятельности Т-клеточного звена иммунитета [12, 13]. В этой связи изучение иммунного статуса и разработка способов фармакологической коррекции с использованием различных групп препаратов у больных хроническим простатитом оправданны.

Материал и методы

Пролечено 58 пациентов с абактериальным хроническим простатитом, разделенных на две группы. У больных первой группы (n=28) в анамнезе и по результатам обследования отсутствовали признаки внутриклеточной микоплазменной инфекции. У больных второй группы (n=30) имелись либо признаки микоплазменной инфекции, либо указания на выявленную и пролеченную, но рецидивировавшую инфекцию. Более детальное обследование (в частности, кардиологическое) выявило признаки гипертензии нефротического синдрома, что характерно для скрыто- и вялотекущего мембранозного гломерулонефрита. Контрольную группу составили 18 мужчин с нормозооспермией и без признаков хронического простатита. В исследование не включались пациенты с признаками бактериальных процессов в предстательной железе, аспермией и тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Всем пациентам проведено комплексное обследование, включая тестирование по Шкале оценки мужской копулятивной функции Лорана – Сегала, бактериологическое (с использованием методов полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа) и ультразвуковое исследование, анализ спермограммы. Кроме того, определялась функциональная активность системы комплемента, оценивалась фагоцитарная активность нейтрофилов (тест восстановления нитросинего тетразолия – НСТ-тест), исследовались уровень и функции интерлейкинов 2, 6 и 10. В соответствии с клиническими рекомендациями и результатами антибиотикограмм пациентам назначена антибактериальная терапия. Затем в качестве преграavidарной подготовки проведена восстановительная терапия в виде коррекции иммунологических нарушений аминоксидрофталазинди-

оном натрия (препаратом Галавит) по 100 мг 1 р/сут ежедневно пять внутримышечных инъекций, далее по 100 мг 1 р/сут пять инъекций через день и далее по 100 мг в виде ректальных суппозитория в течение десяти дней.

Результаты и их обсуждение

Активных жалоб пациенты на момент обращения не предъявляли, общеклиническое обследование изменений не выявило. По данным микроскопического исследования в секрете предстательной железы, содержимом уретры и эякулята повышенного содержания лейкоцитов не обнаружено. При проведении бактериологического исследования в секрете предстательной железы, содержимом уретры и эякулята рост условно патогенных возбудителей не зафиксирован. Спермограмма показала снижение количества сперматозоидов типа А и повышение количества патологических форм. При проведении трансректального ультразвукового исследования предстательной железы выявлены признаки петрификатов и кисты, что свидетельствует о вялотекущем хроническом воспалительном процессе, который, не проявляясь клинически, приводит к ухудшению качества жизни и нарушению репродуктивной функции второго типа, в данном случае неразвивающейся беременности у партнерши. На основании полученных данных у всех пациентов (100%) были диагностированы «хронический простатит» (N41.1) и «мужское бесплодие» (N46). После проведенного лечения у пациентов первой группы данные по шкале Лорана – Сегала недостоверно отличались от таковых в контрольной группе, а качество жизни достигло показателей контрольной группы. При проведении трансректального ультразвукового исследования предстательной железы наблюдалась нормализация размеров и эхографической структуры ткани. До уровня контрольной группы восстановились показатели НСТ-теста, уровень комплемента и активность интерлейкинов 2, 6 и 10. Кроме того, у пациентов регистрировались положительные изменения в спермограмме. Через три месяца при сохранении всех перечисленных показателей в нормальных пределах у пациентов первой группы

отмечена нормозооспермия, которая сохранялась на протяжении шести месяцев. Поскольку партнерши пациентов были предварительно проконсультированы гинекологом и также прошли необходимую преграavidарную подготовку, то в течение следующего года беременность наступила у 100% пар (у девяти (32,14%) мужчин с другими партнершами, которые также включались в исследование). Пациентам второй группы после проведения первого курса антибактериальной терапии микоплазменной инфекции в соответствии с национальными стандартами был назначен курс лечения иммуномодулятором аминоксидрофталазиндионом натрия (Галавит). В результате лечения данные по шкале Лорана – Сегала и качество жизни достоверно отличались от таковых в контрольной группе, хотя были выражены в меньшей степени. В связи с этим пациентам с 30-недельным перерывом был проведен повторный курс лечения аминоксидрофталазиндионом натрия (препарат Галавит). В конечном итоге была достигнута полная нормализация данных по шкале Лорана – Сегала, а при трансректальном ультразвуковом исследовании предстательной железы – нормализация размера и эхографической структуры ткани. Только после второго курса иммуномодулятора до контрольных величин восстановились показатели НСТ-теста, уровень комплемента и активность интерлейкинов 2, 6 и 10. У пациентов также регистрировались положительные изменения спермограммы. Через три месяца при сохранении всех перечисленных параметров в нормальных пределах у пациентов второй группы нормализовались показатели спермограммы. Нормозооспермия сохранялась на протяжении шести месяцев. Поскольку супруги этих пациентов были предварительно проконсультированы гинекологом и прошли необходимую преграavidарную подготовку, то в течение следующего года беременность наступила у 100% пар (в этой группе у одного (3,3%) пациента изменилась партнерша, которая включалась в исследование после соответствующего обследования). Таким образом, у пациентов с хроническим простатитом даже на ста-

урология



дии формирования абактериального простатита выявляются признаки угнетения фагоцитарной активности нейтрофилов. Нейтрофилы способны к фагоцитозу, они также регулируют активность базофилов и тучных клеток, вовлекая их в воспалительную реакцию. От функциональной активности нейтрофилов во многом зависит течение и исход воспалительного процесса. Система комплемента в качестве защитной системы организма также имеет определенное преимущество перед цитотоксическими клетками. Обнаруженные изменения сис-

темы комплемента при хроническом простатите (активация комплемента при супрессии функции нейтрофилов) свидетельствуют о дезадаптации механизмов поддержания иммунного гомеостаза. Хронический простатит был причиной нарушения фертильности у мужчин в форме патоспермии и бесплодия. Проведенное комплексное лечение хронического простатита с применением иммунокоррекции предоставило возможность не только достичь ремиссии хронической инфекции, но и улучшить показатели спермограммы, что способствовало

в дальнейшем наступлению беременности у партнерш пациентов.

Заключение

Выявленные иммунологические нарушения при абактериальном хроническом простатите, связанном с перенесенной или хронически текущей микоплазменной инфекцией и патоспермией, позволяют патогенетически обосновать необходимость включения в комплексную терапию таких пациентов иммуномодулирующих средств, в частности аминодигидрофталазиндиона натрия (Галавита). 🌐

Литература

1. Бухарин О.В., Вальшев А.В., Гильмутдинова Ф.Г. и др. Экология микроорганизмов человека. Екатеринбург: УрО РАН, 2006.
2. Гриценко В.А., Иванов Ю.Б. Роль персистентных свойств микроорганизмов в патогенезе эндогенных бактериальных инфекций // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2009. № 2. С. 35–39.
3. Гавришова Н.А., Антонова Т.В. Инфекционный процесс: клинические и патофизиологические аспекты: учебное пособие. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006.
4. Ришук С.В. Половые инфекции как основная причина ухудшения репродуктивного здоровья семейных пар // TERRA MEDICA. 2013. № 3. С. 5–11.
5. Ришук С.В., Костючек Д.Ф. Половые пары и половые инфекции. СПб.: Медицинская пресса, 2005.
6. Балабанов Д.Н. Антигенемия при урогенитальных микоплазменных инфекциях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
7. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Патолого-анатомическая диагностика: практическое руководство / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. М.: Литтерра, 2006.
8. Хаитов Р.М., Ярилин А.А., Пинегин Б.В. Иммунология: атлас. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
9. Прозоровский С.В., Раковская И.В., Вульфович Ю.В. Медицинская микоплазмология. М.: Медицина, 1995.
10. Brabin L. Interactions of the female hormonal environment, susceptibility to viral infections, and disease progression // AIDS Patient Care STDS. 2002. Vol. 16. № 5. P. 211–221.
11. Ришук С.В. Аберрантные формы хламидий как общебиологическая стратегия выживания вида. Особенности диагностики и лечения // TERRA MEDICA. 2013. № 2. С. 9–21.
12. Brown S.P., Le Chat L., De Paep M., Taddei F. Ecology of microbial invasions: amplification allows virus carriers to invade more rapidly when rare // Curr. Biol. 2006. Vol. 16. № 20. P. 2048–2052.
13. Wilson M. Microbial inhabitants of humans: their ecology and role in health and diseases. Cambridge University Press, 2005.

Chronic Abacterial Prostatitis and Pathospermia: Mechanisms of Interrelation and Possibilities of Immunomodulatory Correction

Ya.V. Yakovets, PhD

Altay Medical State University, Barnaul

Contact person: Yaroslava Valeryevna Yakovets, yyakovec@mail.ru

Chronic inflammatory diseases of the reproductive system of men are rated on the leading places in the general urological morbidity. They are characterized by a long, recurrent course, leading to a decrease in fertility, and in 40–50% of cases to infertility. Patients with chronic prostatitis and pathospermia on the background of suffered or chronic mycoplasmal infection was conducted comprehensive therapy including immunomodulatory drug aminodihydrophthalasindione sodium (Galavit) (10 intramuscular injections with the further application of 10 rectal suppositories). The results of treatment showed not only a stable remission, confirmed by the data of trans rectal ultrasound research of the prostate, bacteriological studies, but as well improved fertility according to the Loran – Segal Scale and the quality of life, as well as the normalization of the spermogram. Within a year after treatment, 100% of couples became pregnant. The results of the study justify the inclusion of immunomodulators in the complex therapy of patients with chronic prostatitis and accompanying pathospermia, as such treatment allows restoring reproductive potential.

Key words: chronic prostatitis, fertility, infertility, immunomodulatory therapy, aminodihydrophthalasindione sodium, Galavit

ПОМОЖЕТ ЗАКОНЧИТЬ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ



ГАЛАВИТ®

ИММУНОМОДУЛЯТОР С ДОКАЗАННЫМ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

ВОССТАНАВЛИВАЕТ МЕСТНЫЙ
И СИСТЕМНЫЙ ИММУНИТЕТ

ПОЗВОЛЯЕТ УСКОРИТЬ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ
И УВЕЛИЧИВАЕТ ПЕРИОД РЕМИССИИ^{1,2}

СНИЖАЕТ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ПОВТОРНЫХ ОБОСТРЕНИЙ^{1,2}

ПОВЫШАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ И СНИЖАЕТ
ЕЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ²



ВХОДИТ В **ТОП-3** НАЗНАЧАЕМЫХ
препаратов УРОЛОГАМИ³

Р N000088/02; Р N000088/03. ООО «Сэлвим». Информация предназначена для медицинских работников. Реклама

1. Шатохин, М.Н., Теодорович О.В., Чирков С.Н. Современные аспекты применения иммуномодуляторов в урологической практике / Эффективная фармакотерапия. Урология и нефрология. – 2013. – №1. – С. 38-42. 2. Жуков О.Б. Применение иммуномодуляторов при рецидивирующих бактериальных и вирусных инфекциях в урологии / О.Б. Жуков, М.В. Мезенцева, В.В. Евдокимов, В.Б. Стоянов, М.Б. Жуматаев // Вопросы урологии и андрологии. – 2017. – 5(4). – С. 5–15. 3. В группе иммуностимуляторы L03A. По данным Proxima Research, 2018 г.


СЭЛВИМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ



Генитальные дерматозы неинфекционной этиологии у мужчин

Ю.С. Ковалёва, д.м.н.

Адрес для переписки: Юлия Сергеевна Ковалёва, julia_jsk@mail.ru

Для цитирования: Ковалёва Ю.С. Генитальные дерматозы неинфекционной этиологии у мужчин // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 10. С. 34–39.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-10-34-39

Представлен обзор данных отечественной и зарубежной литературы по генитальным дерматозам неинфекционной этиологии у мужчин, дополненный собственными клиническими наблюдениями. Рассмотрены как часто встречающиеся дерматозы (аллергический дерматит, склерозирующий лишай, доброкачественные новообразования), так и более редкие формы (псориаз, пузырчатка, предраковые заболевания). Подробно описаны клинические симптомы заболеваний, подходы к дифференциальной диагностике, методы лечения, приведены примеры из практики.

Ключевые слова: генитальные дерматозы, мужские половые органы, клиническая практика

Введение

Генитальные высыпания – группа симптомов (признаков) заболеваний и состояний кожи, локализующихся в паховой и перианальной области, а также в области наружных половых органов, к которым относятся половой член и мошонка [1]. Жалобы на такие высыпания составляют от 5 до 15% всех первичных обращений мужчин к урологу или дерматовенерологу [2]. Ввиду клинических особенностей высыпаний на гениталиях и психологических аспектов диагностика генитальных дерматозов часто бывает затруднена. Кроме того, далеко не все дерматологи знакомы с проблемой генитальных дерматозов. Между тем изменения кожных покровов половых органов у мужчин могут быть и вариантом нормы, и манифестным проявлением венерических заболеваний, и исключительной локализацией хронического дерматоза, например псориаза или красного плоского лишая [2, 3]. Этиология и патогенез заболеваний генитальной области у мужчин во многом зависят от анатомо-физиоло-

гических особенностей данной зоны. Кожа в области половых органов отличается по структуре, уровню увлажненности, проницаемости и восприимчивости к воздействию влаги и трения, что создает предпосылки к развитию контактных дерматитов, присоединению вторичной пиококковой и микотической инфекции. Между крайней плотью и головкой полового члена образуется микросреда с высокой влажностью и щелочной реакцией, где постоянно присутствуют секрет желез и клетки эпидермиса. Кератиноциты с секретом сальных желез образуют смегму (препуциальный жир), которая, скапливаясь в препуциальном мешке, может стать подходящей средой для роста, развития и размножения патогенных микроорганизмов [1–3]. Область промежности богата эккринными и апокринными потовыми железами, сальными железами, обычно связанными с волосяным фолликулом (сально-волосяной аппарат), и поэтому различные варианты железистых кист наружных половых органов достаточно часто встречаются

у мужчин разных возрастов. Сальные железы, не связанные с волосяным фолликулом, локализируются в области ануса, а также венечной борозды (тизоновые железы). Кровеносная и лимфатическая сеть сосудов наружных половых органов хорошо развита, а потому при инфекциях (сифилисе, шанкриформной пиодермии и др.) или различных аллергических реакциях наблюдаются выраженный отек и яркая гиперемия.

Единой классификации дерматозов наружных половых органов не существует. Вся кожную патологию области гениталий у мужчин условно можно разделить на несколько групп:

- инфекционно-воспалительные заболевания (наиболее многочисленная группа);
- заболевания соединительной ткани;
- дерматологические болезни;
- онкологические заболевания;
- вирусные болезни.

Доброкачественные поражения

К вариантам нормы, не требующим медикаментозной терапии или хирургического вмешательства, относятся гиперплазия сальных желез, меланоцитарные невусы, ангиофибромы и ангиокератомы полового члена и мошонки [4].

Гиперплазия сальных желез

Гипертрофированные выступающие над поверхностью кожи сальные железы – частый и распространенный вариант нормы на коже скротального мешка и тела полового члена. Лечение не требуется, однако в некоторых случаях по эстетическим показаниям проводится их удаление хирургическим путем.



Жемчужные папулы полового члена (железы Тайсона)

Ангиофиброматозные образования, расположенные на головке и венчике полового члена. В литературе есть описания жемчужных папул и у мальчиков в возрасте 11 лет, и у мужчин в возрасте 50 лет и старше [2, 3]. Папулы, обычно гладкие, розовые, белые, прозрачные, могут частично или полностью окружать головку полового члена. Это доброкачественные образования, не склонные к малигнизации. После появления чаще всего сохраняются на протяжении всей жизни и с возрастом становятся менее заметными. Лечение не требуется. Если пациент хочет убрать косметический дефект, проводят удаление с помощью CO₂-лазера, криодеструкции, электродиссекции [4].

Меланоцитарные невусы

Меланоцитарные невусы наружных половых органов, меланоз и лентигоноз полового члена считаются доброкачественной гиперпигментацией невоспалительного генеза. Пенильная гиперпигментация может быть вариантом поствоспалительной гиперпигментации вследствие предшествующего заболевания или травмы (красного плоского лишая, баланопостита), и в данном случае лечение не требуется (рис. 1). Если очаги гиперпигментации достаточно крупные, с неравномерным контуром и имеют вариативную пигментацию, следует исключить акральную лентигонозную меланому [5].

Ангиокератомы

Единичные или множественные папулы голубого или лилового цвета размером от 2 до 5 мм чаще расположены на мошонке, теле или головке полового члена (рис. 2). После травмы ангиокератомы могут кровоточить. Лечение заключается в проведении электро- или лазеродеструкции [2, 3].

Эпидермоидные кисты

Множественные или единичные папулы на коже мошонки. При гистологическом исследовании соответствуют любым эпидермоидным кистам с выстилкой, выглядящей как нормальный эпидермис, и центром, заполненным кератином.

Аллергические заболевания

К наиболее распространенным аллергическим заболеваниям кожи с вовлечением кожи наружных половых органов относятся атопический дерматит, экзема, аллергический контактный и ирритантный дерматиты. Лечение предусматривает исключение провоцирующего фактора/агента, применение топических препаратов в зоне высыпаний: кортикостероидных эмульсий, спреев, препаратов с оксидом цинка, танином. Кроме того, при распространенных вариантах течения дерматоза проводится системная терапия.

Аллергический контактный дерматит

Анатомо-физиологические особенности генитальной области обуславливают ее высокую подверженность контактному аллергическому дерматиту. Он может быть вызван как непосредственным воздействием аллергена, так и лечением первичного дерматоза. Чаще всего триггерами выступают лекарственные препараты (ректальные свечи, мази, растворы для спринцевания), средства контрацепции, дезодоранты, секс-игрушки. Клиническая картина острого дерматита наружных половых органов яркая, с отечной воспалительной реакцией, везикулезной сыпью, мокнутием, образованием корок [4, 5].

Аллергический контактный баланопостит

Наиболее частая форма генитальной аллергии – аллергический контактный баланопостит. При воздействии аллергена на кожу мошонки, промежности бедер также могут появляться аллергические высыпания. Посткоитальная аллергия – еще одна разновидность острого контактного дерматита (рис. 3), где аллергическая реакция протекает по немедленному типу и обнаруживается гиперемией, жжением, зудом в течение нескольких минут или часов после полового акта как реакция на кислую среду влагалища. Нередки случаи отека крайней плоти, ведущего к фимозу.

Токсикодермия

Половые органы – типичное место локализации фиксированной лекарственной токсикодермии. При



Рис. 1. Поствоспалительная гиперпигментация



Рис. 2. Ангиокератомы полового члена и мошонки



Рис. 3. Аллергический контактный баланопостит (посткоитальный)

первичном контакте с лекарственным веществом высыпания появляются спустя семь – десять дней, в некоторых случаях – через один-два часа. Характерная особенность фиксированной токсикодермии – высыпания в одном и том же месте. Высыпания представляют собой отечное пятно малиново-синюшного цвета с пузырьком или эрозией в центре. Поствоспалительная пигментация после заболевания может сохраняться длительно (до шести месяцев) [3, 4].

Псориаз

По данным С.Н. Кочергина, локализация псориазических высыпаний на коже полового члена и мошонки встречается более чем у половины мужчин с вульгарным псориазом [7].

Урология



Рис. 4. Псориаз на головке полового члена



Рис. 5. Дебют псориаза у пациента в три года



Рис. 6. Красный плоский лишай



Рис. 7. Красный плоский лишай



Рис. 8. Склерозирующий лишай

В работах зарубежных исследователей указывается, что у 32–63% пациентов с псориазом поражения локализованы в аногенитальной области [8–11]. Спровоцировать появление псориаза в области наружных половых органов может механическая травма, повреждение слизистой и кожи (феномен Кебнера) [6].

Больные псориазом с вовлечением чувствительных областей (нижней части живота и половых органов) отмечают большее чувство стигматизации по сравнению с пациентами, имеющими видимые поражения кожи рук, головы, шеи и лица [16]. Локализация псориаза в области наружных половых органов особенно негативно влияет на сексуальные отношения, что отрицательно сказывается на психологическом состоянии пациентов и ухудшает их качество жизни [13]. Так, по мнению 35–50% пациентов, псориаз мешает их сексуальной жизни [12]. Кроме того, в ряде публикаций сообщается, что некоторые препараты, используемые в лечении псориаза, например метотрексат и этретинат, могут вызывать эректильную дисфункцию [12, 13]. Однако, несмотря на это, пациенты часто не сообщают о высыпаниях в области наружных половых органов при обращении за медицинской помощью [16].

Обычно диагноз псориаза устанавливается по клиническим данным (рис. 4). Первые поражения кожи наружных половых органов могут отмечаться с момента дебюта заболевания в любом возрасте (рис. 5). К возможным локализациям высыпаний относятся аногенитальная область, крестец, межъягодичная складка и реже мошонка [15]. У мужчин, подвергшихся циркумцизии, псориаз в области головки полового члена проявляется зудящими эритематозными пятнами или бляшками с серебристыми чешуйками [14–16]. У мужчин, которым циркумцизия не проводилась, шелушения может не быть. Отсутствие выраженного шелушения и инфильтрация бляшек могут стать причиной ошибочной диагностики [14]. В затруднительных случаях выполняют биопсию для исключения эритроплазии Кейра, саркомы Капоши [17, 18].

Местное лечение проводится смягчающими эмолянтами, топическими кортикостероидными препаратами, ингибиторами кальциневрина, также может назначаться системная терапия. Фототерапия псориаза наружных половых органов не рекомендуется из-за риска рака аногенитальной области [2–4, 15, 16].

Красный плоский лишай

Слизистая оболочка наружных половых органов – одна из типичных локализаций красного плоского лишая. Красный плоский лишай может локализоваться только в области полового члена, без вовлечения других кожных покровов и слизистой оболочки полости рта. Клинически представляет собой фиолетовые папулы и бляшки с «кружевными» чешуйками, с тенденцией к слиянию (рис. 6 и 7) [19]. В некоторых случаях встречается эрозивная форма [20]. После разрешения симптомов может длительно сохраняться поствоспалительная пигментация. Дифференциальную диагностику проводят с псориазом, неспецифическими баланопоститами, баланитом Зоона, в том числе предраковыми состояниями полового члена [21]. Лечение заключается в применении местных кортикостероидных мазей, в некоторых случаях показана системная терапия, при рецидивирующем течении – циркумцизия [3].

Склерозирующий лишай

Генитальный склерозирующий лишай (ксеротический облитерирующий баланит) представляет собой идиопатический воспалительный фиброзирующий дерматоз, локализующийся на половом члене [22]. Чаще дебютирует в молодом возрасте. Клинически заболевание может протекать или бессимптомно, или обнаруживаться зудом, жжением, трещинами и надрывом крайней плоти, диспареунией. При длительном рецидивирующем течении отмечают такие симптомы, как дизурия, фимоз, стеноз уретры, разрывы уздечки полового члена, рубцевание, постит, утрата нормальных структурных анатомических признаков (рис. 8 и 9). Самым



серьезным осложнением склерозирующего лишена наружных половых органов является плоскоклеточная карцинома [23]. Она развивается у 4–9,5% пациентов с латентным периодом до 30 лет [24].

Дифференциальную диагностику проводят с плоским лишаем, неспецифическим баланопоститом, рубцующим пемфигоидом [22–25].

При торпидном течении рекомендована циркумцизия. Наружно используют кортикостероидные кремы. Применяется и ферментная терапия (Лонгидаза, Ронидаза) [24].

Вегетирующая пузырьчатка

Вегетирующая пузырьчатка – локализованный вариант вульгарной пузырьчатки, характеризующийся развитием вегетаций в интертригинозных участках (паховых, межъягодичной складках, подмышечных впадинах) (рис. 10), а также на границе красной каймы губ.

После вскрытия пузырей на поверхности эрозий развиваются папилломатозные разрастания (вегетации), покрытые сероватым налетом. Сливаясь между собой, они образуют обширные вегетирующие поверхности. Просуществовав некоторое время, вегетации высыхают, уплощаются, а эрозии эпителизируются, оставляя на коже ярко выраженную пигментацию. Диагноз вегетирующей пузырьчатки устанавливается по характерной клинической картине, а также результатам патоморфологического и иммунохимического исследований. Дифференциальную диагностику проводят с широкими кондиломами и вторичным сифилисом. Лечение заключается в применении системных кортикостероидных препаратов, при наличии признаков вторичного инфицирования показано местное и/или пероральное использование антибактериальных препаратов [2–4].

Баланит Зоона

Хроническое ирритантное поражение слизистой оболочки – баланит Зоона не имеет характерных клинических симптомов. Воспаление по типу Зоона возникает как следствие других дерматозов, которые вызы-

вают заболевания крайней плоти (склерозирующего лишена, предраковых заболеваний) [4, 27]. Причиной воспаления могут быть явления дисурии на фоне гиперколонизации сапрофитирующей флорой области препуциального мешка [26].

Клинически при баланите Зоона наблюдаются четко очерченные влажные бляшки ярко-красного или коричневатого цвета, расположенные на головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти (рис. 11). На поверхности пятен могут быть темно-красные вкрапления («пятнышки кайенского перца») из-за отложения гемосидерина.

Дифференциальную диагностику проводят с псориазом, себорейным дерматитом, склерозирующим лишаем, простым герпесом, токсикодермией, и во всех случаях необходимо исключить эритроплазию Кейра и саркому Капоши [2–4].

Лечение баланита Зоона заключается в назначении комбинированных топических кортикостероидов (с антибактериальным и противогрибковым компонентом), местного применения такролимуса. Окончательно заболевание излечивается после циркумцизии [28].

Саркома Капоши

Саркома Капоши – мультифокальная системная опухоль эндотелиального происхождения, связанная с инфицированием вирусом простого герпеса 8-го типа. Встречается чаще у мужчин в соотношении 3:1, причем такой гендерный дисбаланс отмечен еще при первом описании этого заболевания [4]. Однако в некоторых регионах Африки, где распространена инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, соотношение мужчин и женщин с эпидемической саркомой Капоши приближается к 1:1 [29].

Саркома Капоши может выглядеть как тусклое красное пятно или бляшка на головке полового члена или препуциальном мешке. Типичное проявление – лиловые шелушащиеся пятна или бляшки, которые могут локализоваться в области промежности и мошонки, на теле полового члена. При СПИД-ассоциированной саркомой Капоши поражаются лицо, сли-



Рис. 9. Склерозирующий лишень



Рис. 10. Вегетирующая пузырьчатка



Рис. 11. Баланит Зоона



Рис. 12. Эритроплазия Кейра

зистые оболочки (чаще всего твердое небо) и верхние конечности [30]. Дифференциальная диагностика саркомы Капоши в области наружных половых органов проводится с мела-



номой, голубыми сосудистыми невурами, токсикодермией. Поражения при саркоме Капоши обычно регрессируют в течение года после начала высокоактивной антиретровирусной терапии [31]. При локализованных поражениях прибегают к хирургическому удалению, деструкции и лучевой терапии [31–33].

Эритроплазия Кейра

Эритроплазия Кейра (эпителиома бархатистая) – неинвазивный рак (рак *in situ*). Развивается из кератиноцитов. Характеризуется появлением на головке полового члена или внутреннем листке крайней плоти медленно растущей блестящей ярко-красной бляшки с четкими границами (рис. 12). Патологический процесс представлен резко отграниченным, плоским, слегка возвышающимся над уровнем кожи очагом поражения ярко-красного цвета размером до 5 см, имеющим гладкую, блестящую, влажную поверхность, при присоединении вторичной инфекции образуется бело-серый налет [31–33]. Это довольно редкое заболевание, которое чаще встречается у мужчин с неудаленной крайней плотью и ассоциируется с ВПЧ 16-го типа.

Гистологически эритроплазия Кейра имеет много общего с болезнью Боуэна, но ряд специфических особенностей позволяет рассматривать ее в качестве самостоятельной нозологической формы опухоли. Так, у эритроплазии Кейра тенденция к развитию плоскоклеточного рака кожи выражена больше, чем у болезни Боуэна.

При трансформации в плоскоклеточный рак (в 30% случаев) уси-

ливается инфильтрация, при этом образование изъязвляется и покрывается гнойно-геморрагическими корками, причем у 20% больных опухоль метастазирует [30, 34]. Появление папул или изъязвлений в очаге свидетельствует о малигнизации. Приблизительно в 20–40% случаев эритроплазия Кейра трансформируется в инвазивный рак с метастазами в регионарные лимфатические узлы [34].

В случае поражения крайней плоти проводится циркумцизия, при другой локализации применяется криодеструкция жидким азотом с экспозицией 30–40 секунд два раза в неделю, четыре-пять процедур на курс. Назначается также местное лечение 5%-ной 5-фторурациловой или 30%-ной проспидиновой мазями на протяжении трех недель. При инвазивной форме и поражении регионарных лимфатических узлов показаны их удаление и проведение близкофокусной рентгенотерапии [2–4, 32–34].

Карцинома полового члена *in situ*

При описании клинических ситуаций карцинома полового члена *in situ*, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра и бовеноидный папулез являются синонимами [2–4].

Для болезни Боуэна характерны красные шелушащиеся пятна и бляшки на кератинизированных участках полового члена. Заболевание чаще встречается у пожилых мужчин [4]. Дифференциальная диагностика проводится с псориазом, баланитом Зоона, склерозирующим лишаем, саркомой Капоши. Кроме того, следует исключать плоско-

клеточную карциному полового члена [30, 34].

Существуют различные подходы к лечению данного вида новообразования. На начальном этапе проводится циркумцизия. Пациенту рекомендуют пройти обследование на вирус папилломы человека и вирус иммунодефицита человека, а также инфекции, передаваемые половым путем. Хирургическое лечение заключается в проведении криодеструкции. Кроме того, наружно применяются подофиллин, имиквимод. Может использоваться лазерная или фотодинамическая терапия [4, 34].

Профилактика эритроплазии Кейра и болезни Боуэна заключается в своевременной терапии хронических воспалительных заболеваний полового члена, таких как склерозирующий лишай, красный плоский лишай, рецидивирующий неспецифический баланопостит, а также коррекции различных заболеваний крайней плоти.

Заключение

Практикующему врачу, к которому обращаются пациенты с жалобами на поражения кожи в области половых органов, необходимо не только обладать знанием и опытом в отношении дерматозов, например часто встречающихся и не представляющих сложности для диагностики дерматитов, токсикодермии, различных инфекционных поражений гениталий, склерозирующего лишая, но и иметь настороженность в отношении предраковых заболеваний полового члена, чтобы своевременно их диагностировать. 🌐

Литература

1. Рюмин Д.В. Болезни полового члена. Руководство для врачей. М.: Российская медицинская академия последипломного образования, 2010.
2. Pittelkow M.R., Daoud M.S. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. / ed. by K. Wolff, L. Goldsmith, S.I. Katz. New York: McGraw Hill, 2008. P. 244.
3. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. / под ред. К. Вольфа, Л.А. Голдсмита, С.И. Каца. М.: Издательство Панфилова; Бином. Лаборатория знаний, 2012. Т. 1. С. 716–737.
4. Мрочковски Т.Ф., Милликан Л.Э., Парии Л.Ч. Генитальные и перианальные заболевания. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
5. Breathnach A.S., Balus L., Amantea A. Penile lentiginosis. An ultrastructural study // Pigment Cell Res. 1992. Vol. 5. № 6. P. 404–413.
6. Colombo D., Perego R. Quality of life in psoriasis // Psoriasis. Types, causes and medication / ed. by H. Lima // www.intechopen.com/books/psoriasis-types-causes-and-medication.
7. Кочергин С.Н. Новые подходы к наружной терапии псориаза генитальной локализации у мужчин // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2016. Т. 19. № 2. С. 91–92.



8. Meeuwis K.A., de Hullu J.A., Massuger L.F. et al. Genital psoriasis: a systematic literature review on this hidden skin disease // *Acta Derm. Venereol.* 2011. Vol. 91. № 1. P. 5–11.
9. Czuczwar P., Stępiak A., Goren A. et al. Genital psoriasis: a hidden multidisciplinary problem – a review of literature // *Ginekol. Pol.* 2016. Vol. 87. № 10. P. 717–721.
10. Meeuwis K.A., van de Kerkhof P.C., Massuger L.F. et al. Patients' experience of psoriasis in the genital area // *Dermatology.* 2012. Vol. 224. № 3. P. 271–276.
11. Meeuwis K.A., de Hullu J.A., de Jager M.E. et al. Genital psoriasis: a questionnaire-based survey on a concealed skin disease in the Netherlands // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2010. Vol. 24. № 12. P. 1425–1430.
12. Meeuwis K.A., de Hullu J.A., van de Nieuwenhof H.P. et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis // *Br. J. Dermatol.* 2011. Vol. 164. № 6. P. 1247–1255.
13. Ryan C., Sadlier M., de Vol E. et al. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2015. Vol. 72. № 6. P. 978–983.
14. Andreassi L., Bilenchi R. Non-infectious inflammatory genital lesions // *Clin. Dermatol.* 2014. Vol. 32. № 2. P. 307–314.
15. Cather J.C., Ryan C., Meeuwis K. Patients' perspectives on the impact of genital psoriasis: a qualitative study // *Dermatol. Ther.* 2017. Vol. 7. № 4. P. 447–461.
16. Schmid-Ott G., Kuensebeck H.W., Jaeger B. et al. Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients // *Acta Derm. Venereol.* 1999. Vol. 79. № 6. P. 443–447.
17. Mallon E., Ross J.S., Hawkins D.A. et al. Biopsy of male genital dermatoses // *Genitourin. Med.* 1997. Vol. 73. № 5. ID 421.
18. Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. Руководство. М.: Медицина, 1986.
19. Karthikeyan K., Jeevankumar B., Thappa D.M. Bullous lichen planus of the glans penis // *Dermatol. Online J.* 2003. Vol. 9. № 5. ID 31.
20. Porter W.M., Dinneen M., Hawkins D.A., Bunker C.B. Erosive penile lichen planus responding to circumcision // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2001. Vol. 15. № 3. P. 266–268.
21. Hoshi A., Usui Y., Terachi T. Penile carcinoma originating from lichen planus on glans penis // *Urology.* 2008. Vol. 71. № 5. P. 816–817.
22. Mattioli G., Repetto P., Carlini C. et al. Lichen sclerosus et atrophicus in children with phimosis and hypospadias // *Pediatr. Surg. Int.* 2002. Vol. 18. № 4. P. 273–275.
23. English J.C. III, King D.H., Foley J.P. Penile shaft hypopigmentation: lichen sclerosus occurring after the initiation of alprostadil intracavernous injections for erectile dysfunction // *J. Am. Acad. Dermatol.* 1998. Vol. 39. № 5. Pt. 1. P. 801–803.
24. Bunker C.B., Edmonds E., Hawkins D. et al. Re: Lichen sclerosus: review of the literature and current recommendations for management: J.M. Pugliese, A.F. Morey and A.C. Peterson *J Urol* 2007; 178: 2268-2276 // *J. Urol.* 2009. Vol. 181. № 3. P. 1502–1503.
25. Edmonds E.V., Hunt S., Hawkins D. et al. Clinical parameters in male genital lichen sclerosus: a case series of 329 patients // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012. Vol. 26. № 6. P. 730–737.
26. Porter W.M., Hawkins D.A., Dinneen M., Bunker C.B. Zoon's balanitis and carcinoma of the penis // *Int. J. STD AIDS.* 2000. Vol. 11. № 7. P. 484–485.
27. Weyers W., Ende Y., Schalla W., Diaz-Cascajo C. Balanitis of zoon: a clinicopathologic study of 45 cases // *Am. J. Dermatopathol.* 2002. Vol. 24. № 6. P. 459–467.
28. Mallon E., Hawkins D., Dinneen M. et al. Circumcision and genital dermatoses // *Arch. Dermatol.* 2000. Vol. 136. № 3. P. 350–354.
29. Ibekwe P.U., Ogunbiyi O.A., Ogun G.A., George O.A. Kaposi sarcoma in HIV-infected women and men in Nigeria // *AIDS Patient Care STDs.* 2011. Vol. 25. № 11. P. 635–637.
30. Ламоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи. Атлас. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006.
31. Носатенко В., Гуцу Н., Носатенко А. Путеводитель в онкологическую дерматологию. Харьков, 2005.
32. Пальцев М.А., Потеекаев Н.Н., Казанцева И.А. и др. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас). М.: Медицина, 2004.
33. Micali G., Nasca M.R., Innocenzi D., Schwartz R.A. Penile cancer // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006. Vol. 54. № 3. P. 369–391.
34. Dillner J., von Krogh G., Horenblas S., Meijer C.J. Etiology of squamous cell carcinoma of the penis // *Scand. J. Urol. Nephrol. Suppl.* 2000. Vol. 205. P. 189–193.

Урология

Genital Dermatoses of Non-Infectious Etiology in Men

Yu.S. Kovalyova, DM, PhD

Altay Medical State University, Barnaul

Contact person: Yuliya Sergeevna Kovalyova, julia_jsk@mail.ru

The overview is made on sources of domestic and foreign literature, added with own clinical observations and devoted how often to the found dermatosis of area of generative organs at men, such as allergic dermatitis, sclerosis lichen, good-quality new growths, so, and to more rare dermatosis (psoriasis, pemphigus, precancerous diseases). In the overview the clinic of diseases, differential diagnostics, therapeutic approaches is in detail provided, observations from practice are given.

Key words: genital dermatosis, male reproductive organs, clinical practice

«Персонализированная
медицина и практическое
здравоохранение»*



**VIII (XXVI) Национальный
эндокринологический
конгресс**

ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ: с 29 мая по 1 июня 2019 года

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: г. Москва, здание президиума Российской академии наук (Ленинский проспект, дом 32А)

ОРГАНИЗАТОРЫ: Министерство здравоохранения Российской Федерации, общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов», ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

1. Эпидемиология и патогенез эндокринных заболеваний
2. Государственные регистры больных с эндокринопатиями в науке и практике: вопросы медико-социальной реабилитации больных с эндокринными заболеваниями
3. Эндокринология будущего – персонализированная медицина в XXI веке
4. Геномный анализ – новая парадигма для решения медико-генетических задач. Технологии интеграции достижений молекулярной медицины в клиническую практику
5. Орфанные заболевания в России
6. Современная стратегия диагностики, лечения, профилактики сахарного диабета и его осложнений у детей, подростков и взрослых. Стандартные и инновационные методы контроля гликемии. Командный подход к лечению и профилактике острых и хронических осложнений сахарного диабета. Структурированные программы и трансляционные методы обучения самоконтролю СД
7. Помповая инсулинотерапия и непрерывный мониторинг глюкозы. Помповая терапия у детей в РФ: возможности, достижения, проблемы, перспективы. Дистанционное наблюдение детей с сахарным диабетом 1 типа: региональный опыт
8. Репродуктивное здоровье и сахарный диабет. Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет. Климактерий у больных с нарушением углеводного обмена и с сахарным диабетом. Сохранение качества жизни пациенток
9. Инновационные высокотехнологичные методы диагностики и лечения микро- и макрососудистых осложнений сахарного диабета. Коморбидный пациент
10. Ремиссия сахарного диабета: инкретиновые гормоны и их роль в развитии и ремиссии диабета и её зависимость от способа введения экзогенных гормонов
11. Актуальные проблемы эндокринной хирургии: опухоли надпочечников, аденокортикальный рак, феохромоцитомы и т.д. Эндокринная хирургия в детском возрасте
12. Ожирение и метаболический синдром – междисциплинарная проблема. Проблемы бариатрической хирургии, послеоперационный мониторинг больных
13. Инновационные достижения в диагностике, лечении и профилактике нейроэндокринных заболеваний. Опухоли гипофиза и АКТГ-зависимый гиперкортицизм. Несахарный диабет и нарушения водно-электролитного обмена
14. Фундаментальная наука и современные подходы к диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы
15. Остеопороз, остеопении и другие метаболические заболевания скелета: причины и механизмы развития, оценка эффективности лечения и профилактики, новые мишени терапии
16. Высокотехнологическая медицинская помощь в эндокринологии
17. Полиэндокринопатии: аутоиммунный полигландулярный синдром, сочетанная эндокринная аутоиммунная патология
18. Репродуктивное здоровье женщин и мужчин: от пубертата до мено- и андропазузы: передовые технологии в гинекологии и андрологии, антивозрастная медицина
19. Гипо- и гиперпаратиреоз, дефицит витамина D у детей и взрослых
20. Междисциплинарный подход к диагностике и лечению эндокринной офтальмопатии
21. Разработка и оптимизация стандартов и протоколов диагностики и лечения эндокринных заболеваний
22. Представление и обсуждение проектов национальных клинических рекомендаций
23. Проблемы лекарственных взаимодействий в практике врача-эндокринолога
24. Радионуклидная диагностика и терапия эндокринных заболеваний
25. Новая модель непрерывного медицинского образования, современные информационные технологии дистанционного обучения
26. Междисциплинарная интеграция эндокринологов и врачей смежных специальностей
27. Онкоэндокринология и ядерная медицина

Программа конгресса представляет интерес для врачей в области эндокринологии и детской эндокринологии, кардиологии и терапии, бариатрии, генетики и геронтологии, педиатрии и репродуктологии, травматологии и ортопедии, ревматологии, нефрологии, хирургии и др.

Формат организации конгресса включает проведение пленарных лекций, научных заседаний и симпозиумов, круглых столов, научно-практических школ с разбором клинических случаев и мастер-классов с участием ведущих отечественных и зарубежных экспертов, демонстрации новейших информационных технологий.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ МЕРОПРИЯТИЯ:
WWW.RAE-ORG.RU



Посвящается 190-летию со дня рождения Г.А. Захарьина

XIV Национальный конгресс терапевтов

20–22 ноября 2019 года

Москва  **КРОКУС ЭКСПО**

ст. м. «Мякинино», 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте <https://congress.rnmot.ru>

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум», Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
Телефон: +7 (495) 419-08-68
Электронная почта: therapy@kstinterforum.ru

18+ Реклама



ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ

МОСКВА / 23–27 сентября / 2019

- IV Международные чтения памяти академика А.Ф. Цыба «Комбинированное лечение в онкологии: современный взгляд»
- I Съезд Ассоциации организаторов здравоохранения в онкологии
- Школа по обучению канцер-регистра
- Школа по радиотерапии
- Конгресс РАТРО
- Конгресс по эндоскопическим методам диагностики и лечения в онкологии, включая мастер-классы
- Конгресс по онкоурологии
- Конгресс по онкогинекологии и репродуктивной медицине
- Конгресс по эндоваскулярной хирургии
- Конгресс по онкоортопедии
- Конгресс по торакоабдоминальной онкохирургии
- Конгресс по колоректальному раку
- Конгресс «Опухоли головы и шеи»
- Конгресс «Вопросы патоморфологии»
- Конференция молодых ученых
- Конгресс «Нейроонкология»
- Конгресс «Сестринское дело в онкологической практике»
- Конгресс по онкогематологии
- Конгресс по злокачественным опухолям кожи
- Конференция по иммунотерапии
- Конференция «Карциноматоз»

Организаторы



ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России



МНИОИ им. П.А.Герцена
филиал ФГБУ «НМИЦ
радиологии» Минздрава России



Научно-исследовательский институт
урологии им. Н.А. Лопаткина
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России



Медицинский радиологический
научный центр им. А.Ф. Цыба
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России



Ассоциация организаторов
здравоохранения
в онкологии

По вопросам участия обращайтесь: Юлия Протасова
Тел. +7 (495) 646-01-55, доб. 146
E-mail: info@forum-forlife.ru

www.forum-forlife.ru



Под патронатом

Департамента здравоохранения города Москвы

Организаторы:

- НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы
- Ассоциация специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины»
- Общероссийская общественная организация «Научно-практическое общество специалистов лабораторной медицины»
- Российская ассоциация медицинской лабораторной диагностики
- Национальная ассоциация лабораторной, персонализированной и трансляционной медицины (НАЛПТМ)

МОСКВА | ЗДАНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ | 23–24 МАЯ 2019

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА
ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

- **Перспективы развития лабораторной службы города Москвы (организация работы, логистика, автоматизация на современном этапе)**
- **Лабораторное обеспечение диагностики и лечения социально значимых заболеваний (результаты работы, проблемы и пути их решения)**
- **Новые диагностические возможности и роль лабораторной службы в профилактике и своевременном выявлении различных заболеваний**
- **Взаимодействие лабораторной службы с другими медицинскими специальностями**
- **Обеспечение качества лабораторных исследований: внутрилабораторный контроль качества, новые направления в системах внешней оценки качества, анализ участия лабораторий Москвы в ФСВОК**
- **Внедрение СМК, организация работы лабораторий в системе ISO 15189**
- **Современные информационные технологии в организации деятельности лабораторной службы**

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум»
+7 (495) 419 08 68, +7 (495) 722 64 20
info@kstinterforum.ru • www.kstinterforum.ru
г. Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2

Место проведения:

г. Москва, здание Правительства Москвы,
ул. Новый Арбат, д. 36

www.lab-med.pro

18+ Реклама

STADA



ВИТАПРОСТ®

УДАРНАЯ ТРОЙКА
ПРОТИВ ПРОСТАТИТА И АДЕНОМЫ



ЛЕЧЕНИЕ
И ПРОФИЛАКТИКА
ПРОСТАТИТА



ЛЕЧЕНИЕ
АДЕНОМЫ
ПРОСТАТЫ

- НОРМАЛИЗУЕТ МОЧЕИСПУСКАНИЕ
- УСТРАНЯЕТ БОЛЬ И РЕЗЬ
- ПОМОГАЕТ СОХРАНИТЬ СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

ВИТАПРОСТ ТАБЛЕТКИ РУ № 002487 ОТ 18.05.2012, ВИТАПРОСТ СУППОЗИТОРИИ
РУ № Р N001136/01 ОТ 10.05.2007, ВИТАПРОСТ ФОРТЕ РУ № ЛСР-002488/07 ОТ 16.03.2012;
АО «НИЖФАРМ», РОССИЯ, 603950, Г. НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛ. САЛГАНСКАЯ Д.7