

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

2
2012

урология

Люди. События. Даты

Интервью с председателем Российского диализного общества А.М. АНДРУСЕВЫМ

Клиническая эффективность

Актуальность применения индигокармина в функциональной диагностике урологической патологии

Иммуномодулирующие препараты в комплексной терапии хронического бактериального простатита

Профилактика рубцово-склеротических осложнений после операций на верхних мочевых путях

Медицинский форум

Силодозин – новый альфа-адреноблокатор для терапии ДГПЖ

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа у пациентов с эректильной дисфункцией



XII Съезд Российского общества урологов 18–21 сентября 2012 года

Место проведения: Москва, Ленинский проспект, 32а,
новое здание Президиума Российской академии наук

Основные темы:

1. Правовые и образовательные аспекты урологии в РФ
2. Фундаментальные исследования в урологии
3. Онкоурология
4. Урология детского возраста
5. Инфекционно-воспалительные заболевания
6. Мочекаменная болезнь
7. Урогинекология
8. Реконструктивно-пластическая урология
9. Андрология и мужское здоровье

Во время съезда планируется решение таких организационных вопросов, как утверждение нового Устава Российского общества урологов, избрание членов правления и избрание председателя общества.

Организационный комитет в Москве:

Спонсорские пакеты:
Лалабекова Марина Валерьевна
marina.lal@mail.ru
тел: +7 (903) 295-66-81

Научная программа:
Куликова Ольга Дмитриевна
olkusec@newmail.ru
тел: +7 (499) 760 75 89

Директор издательского дома
Группы компаний «Медфорум»
А. СЕНИЧКИН
(sinmed@mail.ru)

Руководитель проекта
Т. ФАЛЕЕВА (med1@webmed.ru)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ю.Г. АЛЯЕВ, О.И. АПОЛИХИН,
В.В. БОРИСОВ, А.З. ВИНАРОВ,
С.П. ДАРЕНКОВ, Т.И. ДЕРЕВЯНКО,
А.А. КАМАЛОВ, В.А. КОВАЛЕВ,
М.И. КОГАН, С.Ю. КАЛИНЧЕНКО,
Р.С. КОЗЛОВ, Б.К. КОМЯКОВ,
К.Л. ЛОКШИН, Н.А. ЛОПАТКИН,
О.Б. ЛОРАН, А.М. МИЛЛЕР,
А.Г. МАРТОВ, Т.С. ПЕРЕПАНОВА,
С.Б. ПЕТРОВ, Д.Ю. ПУШКАРЬ,
В.В. РАФАЛЬСКИЙ, И.В. ЧЕРНЫШЕВ

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Шеф-редактор О. ПАРПАРА

Выпускающий редактор А. ЗИМЕНКОВА

Медицинский редактор Л. ГОЛОВИНА

Журналисты А. ЛОЗОВСКАЯ,
И. СМИРНОВ

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер А. ВАСЮК

Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Подписка и распространение

Т. КУДРЕШОВА
(podpiska@webmed.ru)

Издательский дом

Группы компаний «Медфорум»:
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел. (495) 234-07-34, www.webmed.ru

Издание зарегистрировано
Федеральной службой по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Тираж: 8 500 экз.

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.

Содержание

Люди. События. Даты

А.М. АНДРУСЕВ: «Трансплантация почки – оптимальный метод лечения терминальной хронической почечной недостаточности» 2

Болезни мочевыводящих путей

В.П. АВДОШИН, М.И. АНДРЮХИН, Т.А. КИРЮХИНА, Т.А. ВЛАСЕНКО,
Т.И. РУСАКОВА
Профилактика рубцово-склеротических осложнений после операций
на верхних мочевых путях 6

Т.И. ДЕРЕВЯНКО, Э.В. РЫЖКОВА, С.А. ТОЛЧАНОВ
Применение препарата Полиоксидоний при лечении женщин
с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями
нижних отделов мочевых путей 12

Дисфункция мочеполовой системы

П.В. ГЛЫБОЧКО, Ю.Г. АЛЯЕВ, А.З. ВИНАРОВ,
Ю.Л. ДЕМИДКО, Л.С. ДЕМИДКО
Консервативное лечение недержания мочи после
радикальной простатэктомии 16

А.Л. ВЕРТКИН, Л.Ю. МОРГУНОВ, Е.И. ЗВЯГИНЦЕВА
Левитра: многогранность действия, перспективы применения 20

Заболевания предстательной железы

Т.Н. МОИСЕЕВА, В.Г. СЕРПИК, А.Ю. КУЛИКОВ
Фармакоэкономический анализ лечения хронического бактериального
простатита с применением монотерапии антибиотиками
и комбинацией антибиотиков с препаратом Вобэнзим 24

Функциональная диагностика в урологии

В.С. САЕНКО, Н.К. ДЗЕРАНОВ, С.В. ПЕСЕГОВ
Актуальность применения индигокармина в клинической диагностике 30

Медицинский форум

IV Всероссийская урологическая видеоконференция
Особенности реабилитации половой функции у урологических пациентов 34

VI Всероссийская научно-практическая конференция
«Рациональная фармакотерапия в урологии – 2012»
Современный взгляд на терапию урологических заболеваний 40

Силодозин – новый α -адреноблокатор для идеального счета
в матче против ДГПЖ 46

Научно-образовательный международный мастер-класс
Мастер-класс по теме «Эректильная дисфункция»: ответ на все вопросы 52

Литература 60



А.М. АНДРУСЕВ: «Трансплантация почки – оптимальный метод лечения терминальной хронической почечной недостаточности»



На сегодняшний день, по данным ряда крупных эпидемиологических исследований, около 10% населения в мире страдают хронической болезнью почек, самой тяжелой стадией которой является терминальная хроническая почечная недостаточность (тХПН). Об обеспеченности российских больных с тХПН заместительной почечной терапией, о возможностях диализа и трансплантации почки, а также об основных результатах и приоритетных направлениях работы Общероссийской общественной организации нефрологов «Российское диализное общество» рассказывает заведующий четвертым нефрологическим отделением ГКБ № 52 (г. Москва), председатель Российского диализного общества (РДО), к.м.н. Антон Михайлович АНДРУСЕВ.



Актуальное интервью

– **Антон Михайлович, Вы недавно избраны председателем Российского диализного общества. Какие направления деятельности РДО Вы считаете наиболее приоритетными?**

– С момента своего образования в 1998 г. и до настоящего времени Российское диализное общество ведет большую работу по созданию российского регистра больных с тХПН, получающих заместительную почечную терапию, а также больных с хронической почечной недостаточностью. РДО взаимодействует с центральными и региональными органами здравоохранения для решения задач в области лечения нефрологических больных. Члены нашего общества входят в состав Экспертного совета по развитию нефрологии при Совете Федерации РФ. Недавно при участии РДО Комитетом по охране здоровья Государственной Думы РФ был проведен круглый стол, в ходе которого обсуждались многие организационные аспекты оказания нефрологической помощи в нашей стране.

При непосредственном участии РДО в 2002 г. был разработан Приказ Минздравсоцразвития России № 254 «О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению РФ». 12 марта 2012 г. был принят «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “Нефрология”», который был подготовлен в результате тесного сотрудничества двух профессиональных сообществ нефрологов нашей страны – Научного общества нефрологов России и Российского диализного общества. Эта очень непростая работа была выполнена благодаря усилиям, прежде всего, главного специалиста Минздравсоцразвития по нефрологии профессора Е.М. Шилова, а также основателя и многолетнего лидера РДО, главного специалиста по нефрологии Департамента здравоохранения г. Москвы профессора Н.А. Томилиной.

Нельзя не сказать об издательской деятельности РДО. Мы выпускаем ежеквартальный научно-практический журнал «Нефрология и диализ». В нем публикуются научные статьи и обзоры по актуальным вопросам нефрологии, диализа и трансплантации почки, что делает его одним из наиболее востребованных научных журналов в сообществе нефрологов и трансплантологов и объясняет высокий индекс научного цитирования. «Нефрология и диализ» на протяжении ряда последних лет входит в число двадцати лучших журналов по всем специальностям ВАК.

Безусловно, наиважнейшим направлением работы РДО является образовательная деятельность. Мы ставим своей целью повышение информированности и профессиональной квалификации врачей-нефрологов во всех регионах России. В сотрудничестве с отечественными и зарубежными специалистами, учреждениями и организациями РДО проводит семинары и конференции по наиболее востребованным проблемам нашей специальности.

Так, под эгидой Международного общества нефрологов по глобальному развитию нефрологии (ISN-GO) и Европейской ассоциации диализа и трансплантации (ERA-EDTA) мы регулярно проводим весьма представительное мероприятие – Международную школу-семинар. В этом году уже одиннадцатая по счету Международная школа-семинар по нефрологии состоится в июне в Санкт-Петербурге. В ее работе примут участие ведущие российские специалисты и зарубежные эксперты. Главными темами станут прогрессирование хронической болезни почек, оптимизация диализного лечения, современные вопросы трансплантации почки, нефропатия беременных и др. Нами в этом году также запланированы региональные конференции в Поволжском и Дальневосточном округах.

– **В марте в Москве под эгидой РДО прошла конференция, приуроченная ко Всемирному дню почки. Что необходимо знать неспециалистам о болезнях почек?**

– Всемирный день почки, который проводится по инициативе Международного общества нефрологов начиная с 2006 г., – это своеобразная социальная акция, направленная на популяризацию знаний о болезнях почек. Заболевание почек в силу ряда особенностей длительное время протекает без явных симптомов, нередко они выявляются уже на поздних, тяжелых стадиях. При этом часто пациенты обращаются за медицинской помощью к терапевтам, которые, к сожалению, бывают недостаточно осведомлены в вопросах заболевания почек. Именно поэтому нефрологи стараются распространять информацию о болезнях почек среди населения и ориентировать терапевтов на своевременную диагностику и возможность адекватного лечения этой патологии.

Ко Всемирному дню почки обычно приурочены различного рода акции. Так, в Москве при поддержке Департамента здравоохранения правительства города уже стало традиционным проведение научно-практических конференций. Научная программа составляется в соответствии с актуальной, единой для всех стран темой, ежегодно определяемой Международным обществом нефрологов. В этом году мы обсуждали роль трансплантации почки в лечении терминальной хронической почечной недостаточности. Если еще несколько десятилетий назад диагноз ХПН мог звучать как приговор, то на сегодняшний день с помощью пересадки почки удается существенно улучшить качество жизни таких пациентов.

– **Какова статистика хронической заболеваемости почек в стране?**

– К сожалению, регистра пациентов с хронической болезнью

урология



почек (ХБП) в России не существует. Регистр заместительной почечной терапии Российского диализного общества – это основной источник информации, который используют и Минздравсоцразвития России, и Государственная Дума РФ, и Департамент здравоохранения г. Москвы, и другие официальные структуры. РДО является единственной нефрологической организацией в нашей стране, которая предоставляет необходимые сведения в базу данных ERA-EDTA. Пока нет возможности собирать информацию о больных с ХБП 3–5 стадии, хотя эти данные необходимы для планирования развития диализной службы и определения числа нуждающихся в трансплантации почки.

Серьезных скрининговых исследований населения по эпидемиологии хронической болезни почек в России не проводилось. Однако если экстраполировать данные крупных западных эпидемиологических исследований на нашу страну, то можно предположить, что пациентов с разными стадиями ХБП у нас должно быть не менее 7–12 млн человек. Например, в Москве таких больных должно насчитываться примерно 1 млн человек, а фактически зарегистрировано только около 31 тыс. пациентов.

– Пациенты с тяжелой стадией хронической болезни почек нуждаются в заместительной почечной терапии (ЗПТ). Какие методы ЗПТ в России наиболее развиты?

– Согласно регистру РДО, в России заместительную почечную терапию получают 170,5 чел. на 1 млн жителей, чего явно недостаточно. Несколько цифр для сравнения: в Латвии обеспеченность ЗПТ составляет 411,7 чел. на 1 млн жителей; в Болгарии – 452 чел. на 1 млн; в Румынии – 513 чел. на 1 млн; в Польше – 731 чел. на 1 млн; в Финляндии – 780 чел. на

1 млн; в Японии и США – более 1700 чел. на 1 млн населения.

В настоящее время существует три варианта заместительной почечной терапии: программный гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки. При отсутствии медицинских противопоказаний трансплантация почки – оптимальный метод лечения терминальной хронической почечной недостаточности. Она имеет определенные преимущества перед диализом, будучи одновременно и экономически более выгодной, и более эффективной. Стоимость трансплантации превосходит затраты на диализ только в течение первого года после операции, начиная же со второго года лечение пациентов с пересаженной почкой становится дешевле стоимости диализной терапии. Пересадка почки обеспечивает лучшую долговременную выживаемость по сравнению с диализом и значительно более высокое качество жизни пациентов с тХПН.

Весьма важно и то, что трансплантация – это возможность обеспечить заместительной почечной терапией людей в тех регионах страны, где диализ или малодоступен, или недоступен вообще. Например, в Якутии в силу большой протяженности территории при очень низкой плотности населения обеспечивать нуждающихся в ЗПТ диализом крайне сложно. Показатели заместительной почечной терапии за последние несколько лет в этом регионе улучшились, главным образом, за счет пациентов с пересаженной почкой.

Однако в вопросе развития трансплантации, помимо прочего, есть определенный социальный аспект, который связан с проблемой старения российского населения. Средний возраст пациентов с хронической почечной недостаточностью, которым требуется диализ, неуклонно увеличивается, а следовательно, растет и количество больных, которым невозмож-

но на современном этапе развития иммуносупрессии провести трансплантацию почки. Именно поэтому на данный момент мы должны развивать и трансплантацию, и диализ одновременно.

– Насколько активно внедряется трансплантация почек в России?

– За последние 10–11 лет число больных, живущих с функционирующим трансплантатом, увеличилось более чем в два раза. По данным регистра РДО на 1 января 2010 г., в стране было 5230 человек с пересаженной почкой. Растет, соответственно, и количество операций по трансплантации почки, число которых в 2009 г. составило 5,8 на 1 млн населения. Конечно, это не покрывает в полной мере востребованности в данном методе терапии – таких операций, очевидно, нужно делать как минимум в три раза больше. Относительно медленное развитие трансплантации почки в России обусловлено не только экономическими и организационными причинами, в частности недостаточным количеством центров трансплантации и нехваткой донорских органов, но и несовершенным законодательством в области трансплантологии.

В завершение следует сказать, что нам надо не только стремиться обеспечивать больных с тХПН диализом и трансплантацией почки, но и внедрять программы по раннему выявлению заболеваний почек и предотвращению их прогрессирования. В связи с этим очень важно повышать квалификацию терапевтов, информировать их о способах нефропротекции, методах диагностики и лечения болезней почек. В некоторых развитых странах такой подход уже принес свои результаты: замедление прогрессирования ХБП на ранних стадиях позволило остановить стремительный ежегодный рост числа больных, нуждающихся в крайне дорогостоящей заместительной почечной терапии. ☺



Российское диализное общество

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Московский государственный медико-стоматологический университет

ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов
имени академика В.И. Шумакова»

ДНИ НЕФРОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 2012

**XI Международная школа-семинар по нефрологии
Российского диализного общества
под эгидой ISN-GO и ERA-EDTA**

**XX Санкт-Петербургский
нефрологический семинар**

Место проведения: Петергоф, Санкт-Петербургский проспект, 34,
гостиничный комплекс «Новый Петергоф»

8–11 июня 2012 г.

Основные темы: прогрессирующее хроническое заболевание почек, тромботическая микроангиопатия, амилоидоз, нефропатия беременных, кардиоренальный и гепаторенальный синдром, острое почечное повреждение, рекомендации KDIGO 2012, минерально-костные нарушения и анемия при хроническом заболевании почек, оптимизация диализного лечения, современные вопросы трансплантации почки.

Наряду с ведущими российскими специалистами в работе семинара примут участие иностранные лекторы: **Весна Гарович** (США), **Джузеппе Ремуцци** (Италия), **Роберт Шраер** (США) и др.

Регистрация участников и дополнительная информация –
на сайте Российского диализного общества www.nephro.ru;
e-mail: rosdialysis@mail.ru



¹ ФГБОУ ВПО «РУДН»,
кафедра урологии
и оперативной
нефрологии

² ГКБ № 29
им. Н.Э. Баумана

Профилактика рубцово-склеротических осложнений после операций на верхних мочевых путях

Д.м.н., проф. В.П. АВДОШИН¹, д.м.н. М.И. АНДРЮХИН¹,
Т.А. КИРЮХИНА¹, Т.А. ВЛАСЕНКО², к.м.н. Т.И. РУСАКОВА²

Результаты оперативного лечения больных с обструкцией мочеточников не всегда являются успешными. Немаловажную роль в послеоперационном периоде играет профилактика рубцово-склеротических осложнений. В связи с этим поиск патогенетически обоснованных методов, препятствующих повторному образованию стриктур мочевыводящих путей, является одним из актуальных вопросов современной урологии. После хирургических вмешательств на мочевых путях можно рекомендовать комплексную послеоперационную профилактику рубцово-склеротических осложнений препаратом Лонгидаза® 3000 МЕ курсом 10 внутримышечных инъекций 1 раз в 3 дня в комбинации с магнитно-лазерной терапией.

Введение

Своевременная диагностика и лечение больных с органической обструкцией мочеточников остаются одной из наиболее сложных проблем современной урологии. Количество таких пациентов продолжает увеличиваться. Прежде всего, это связано с расширением показаний к операциям на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. В последние десятилетия ятрогенные повреждения мочеточников с после-

дующим образованием рубцовых сужений обусловлены широким внедрением в клиническую практику эндоскопических методов лечения. Как первичные, так и вторичные сужения мочеточников могут протекать бессимптомно, что со временем приводит к выраженным функциональным и морфологическим изменениям со стороны верхних мочевыводящих путей и почек, и в этом случае проведение органосохраняющей операции уже не представляется возможным [1].

Обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента является одной из наиболее частых причин развития гидронефротической трансформации почек. Данная патология встречается у 1% лиц в возрасте от 20 до 40 лет, причем у женщин в 1,5 раза чаще, чем у мужчин [2]. Помимо медленного развития органического сужения лоханочно-мочеточникового сегмента изнутри, в патогенетическом механизме обструктивной уропатии важную роль играет экстрауретеральная и экстрапельвикальная экстравазация лоханочного содержимого. Вследствие окклюзионной дискинезии начинается пропитывание лоханочным содержимым клетчатки синуса с одновременным или последующим воспалением, терминальной стадией которого является выраженная пролиферация соединительнотканых элементов с развитием периуретерального склероза. Лоханочно-мочеточниковый сегмент, заключенный в муфтообразный склерозированный футляр, лишается адекватного кровоснабжения, ослабленная сократительная деятельность



Таблица 1. Результаты ультразвукового обследования пациентов с гидронефрозом основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа (n = 36)			Контрольная группа (n = 30)		
	Первая подгруппа (n = 16)	Вторая подгруппа (n = 9)	Третья подгруппа (n = 11)	Первая подгруппа (n = 14)	Вторая подгруппа (n = 6)	Третья подгруппа (n = 10)
<i>Степень пиелокаликоектазии</i>						
2–4 см	4 (25%)	3 (33,3%)	7 (63,6%)	5 (35,7%)	2 (33,3%)	7 (70%)
4–7 см	12 (75%)	6 (66,7%)	4 (36,4%)	9 (64,3%)	4 (66,7%)	3 (30%)
<i>Причины врожденного гидронефроза</i>						
Добавочный сосуд	5 (31,25%)			4 (28,6%)		
Стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента	6 (37,5%)			5 (35,7%)		
Высокое отхождение мочеточника	5 (31,25%)			5 (35,7%)		
<i>Причины вторичного гидронефроза</i>						
Лигирование нижней трети мочеточника		5 (55,6%)			3 (50%)	
Повреждение нижней трети мочеточника и его облитерация		4 (44,4%)			3 (50%)	
<i>Показания к оперативному лечению</i>						
Длительно стоящий конкремент мочеточника			4 (36,4%)			4 (40%)
Длительно стоящий обызвествленный внутренний стент			2 (18,2%)			2 (20%)
Конкремент мочеточника без тенденции к самостоятельному отхождению			5 (45,4%)			4 (40%)

и постоянное препятствие к оттоку мочи ведут к прогрессирующей дилатации лоханки и состоянию, именуемому калькулезным гидронефрозом [3].

В лечении гидронефроза важным является не только устранение стриктуры. Высокая частота случаев врожденных и приобретенных стенозов и облитераций мочеточников, их несвоевременная диагностика, не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций на мочеточниках и проблема профилактики рубцово-склеротических осложнений заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления морфологии и функции верхних мочевых путей [1]. В связи с этим важным вопросом

современной урологии является поиск патогенетически обоснованных методов, препятствующих повторному образованию стриктур.

Целью исследования явилось улучшение отдаленных результатов лечения больных, подвергавшихся хирургическому вмешательству на мочевых путях. Задача исследования состояла в оценке терапевтической эффективности ферментной терапии препаратом Лонгидаза® 3000 МЕ в комплексной профилактике рубцово-склеротических осложнений после оперативного лечения.

Материалы и методы

Обследованы 66 пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике урологии РУДН

на базе ГКБ № 29 г. Москвы, которым проводились оперативные вмешательства на верхних мочевых путях в период с 2009 по 2011 г. В основную группу было включено 36 больных: 24 женщины в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст составил $37,5 \pm 0,5$ лет) и 12 мужчин в возрасте от 25 до 68 лет (средний возраст – $39,1 \pm 0,5$ лет). Все пациенты были распределены на 3 подгруппы. В первую подгруппу вошли 16 больных с диагнозом «врожденный гидронефроз». Во вторую – 9 пациенток, перенесших акушерско-гинекологические операции, осложнением которых явилось развитие уретерогидронефроза в сроки от 6 месяцев до 2 лет после оперативного вмешательства. Третью подгруппу со-



Таблица 2. Методы оперативного лечения пациентов основной и контрольной групп

Метод оперативного лечения	Основная группа (n = 36)			Контрольная группа (n = 30)		
	Первая подгруппа (n = 16)	Вторая подгруппа (n = 9)	Третья подгруппа (n = 11)	Первая подгруппа (n = 14)	Вторая подгруппа (n = 6)	Третья подгруппа (n = 10)
Антевазальная пластика	5 (31,25%)			4 (28,6%)		
Операция по Хайнсу – Андерсену	6 (37,5%)			5 (35,7%)		
V-Y-пластика по Фолею	5 (31,25%)			5 (35,7%)		
Уретероцистонеоанастомоз		5 (55,6%)			3 (50%)	
Операция Боари		3 (33,3%)			2 (33,3%)	
Операция Демеля		1 (11,1%)			1 (16,7%)	
Уретеролитотомия			4 (36,3%)			3 (30%)
Уретеролитоэкстракция			5 (45,5%)			5 (50%)
Оперативное удаление длительно стоящего стента			2 (18,2%)			2 (20%)

ставили 11 больных с мочекаменной болезнью.

В контрольную группу были включены 30 пациентов: 20 женщин в возрасте от 20 до 73 лет (средний возраст – $36,5 \pm 0,5$ лет) и 10 мужчин в возрасте от 26 до 69 лет (средний возраст – $37,2 \pm 0,5$ лет), ранее перенесших оперативные вмешательства на мочевых путях. Первую подгруппу составили 14 пациентов, которые были оперированы по поводу врожденного гидронефроза. Во вторую подгруппу были вклю-

чены 6 пациенток, получивших хирургическое лечение по поводу гидронефроза, обусловленного ятрогенным повреждением мочеточников при акушерско-гинекологических вмешательствах. В третью подгруппу вошли 10 больных, которые подвергались оперативному лечению в связи с длительно стоящими на месте конкрементами мочеточника. В таблице 1 приведены данные УЗИ.

Все пациенты были обследованы: основная группа – до операции, контрольная – в сроки от 3 до 14 месяцев после перенесенной операции. Обследование включало выяснение жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование, выполнение обзорной и экскреторной урографии, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек с доплерографией почечного кровотока на уровне сегментарных артерий [4]. Пациентам проводилась лабораторная диагностика: общеклинический, биохимический анализы крови, общеклинический анализ мочи, посев мочи на флору с определением антибиотикочувствительности [5].

Пациенткам второй подгруппы основной группы выполнялись обзорная, экскреторная урогра-

фия, УЗИ почек с доплерографией почечного кровотока в сегментарных артериях, акушерское и гинекологическое обследование, лабораторные исследования [6]. Методом деривации мочи у данных больных явилась чрескожная пункционная нефростомия. Пациентки второй подгруппы контрольной группы дополнительно были обследованы гинекологом. В дальнейшем всем пациентам основной группы проводилось оперативное лечение. Пациенты контрольной группы в анамнезе также подвергались хирургическому вмешательству (табл. 2). Дренирование почки осуществлялось установкой внутреннего стента сроком на 4 недели.

У 31 пациента основной группы (86,1%) и у 26 пациентов контрольной группы (86,7%) в ходе операции определялись явления педункулита и периуретерита, подтвержденные гистологически (рис. 1) (окраска препаратов гематоксилином и эозином, заливка в целлоидин). Для фотографирования использовались: видеокamera AxioVision Rel. 4.2 фирмы «Карл Цейс», Германия; микроскоп AxioPlan 2 imaging фирмы «Карл Цейс», Германия, увеличение в 50 раз. В пред- и послеопе-

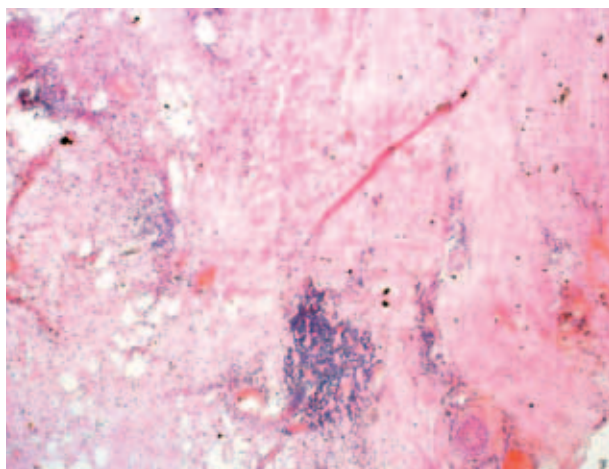


Рис. 1. Фибрированная паранефральная клетчатка с лимфоидно-клеточной воспалительной инфильтрацией. Световая микроскопия, увеличение в 50 раз



рациональном периоде всем пациентам основной и контрольной групп проводилась антибиотико-профилактика препаратами группы фторхинолонов.

Со 2–3-х суток в послеоперационном периоде всем пациентам основной группы был назначен курс наружной магнитно-лазерной терапии. Механизм действия этого физиотерапевтического метода заключается в стимуляции функции пораженного органа за счет улучшения микроциркуляции в нем, нормализации реологических свойств крови, повышения проницаемости клеточных мембран сосудистой стенки и улучшения лимфооттока. На системном уровне воздействие низкоинтенсивного лазерного излучения проявляется в возникновении сложного комплекса ответных реакций со стороны нервной, эндокринной, симпатико-адреналовой и иммунной систем с активацией нейрорефлекторных и нейрогуморальных механизмов регуляции [7]. Магнитно-лазерная терапия оказывает противовоспалительное, противоотечное, десенсибилизирующее, иммуномодулирующее, спазмолитическое, анестезирующее, репаративное и антиоксидантное действие [8].

В работе использовался магнитно-инфракрасный лазерный терапевтический аппарат «РИКТА-01», предназначенный для неинвазивного применения и обеспечивающий одновременное проникающее воздействие узкополосного лазерного, невидимого для глаза широкополосного светодиодного инфракрасного и красного видимого излучений общей импульсной мощностью не менее 120 мВт, при постоянном магнитном поле с вектором индукции от 25 до 35 мТл, с частотой следования лазерных импульсов 1000 Гц. Лазеротерапия проводилась двумя полями на проекцию послеоперационной области с экспозицией 10 минут [8]. Количество сеансов определялось индивидуально, в среднем составило 10 процедур.

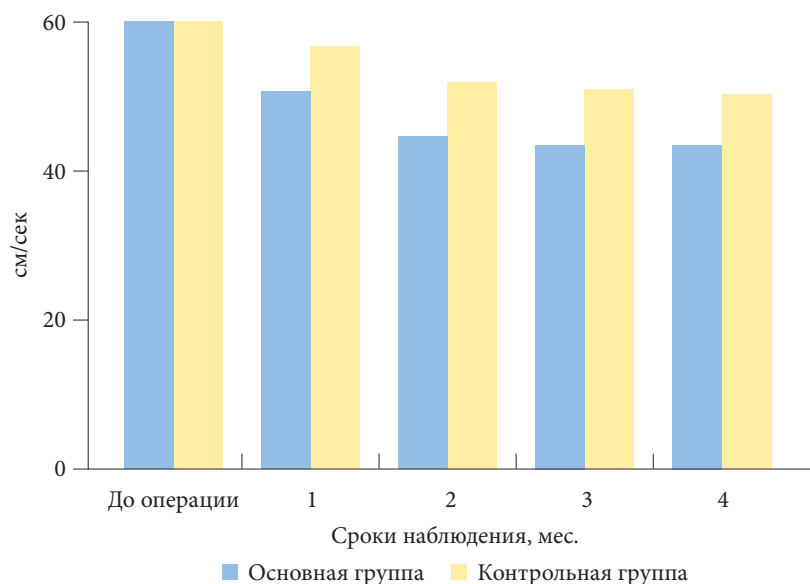


Рис. 2. Динамика пиковой систолической скорости почечного кровотока на уровне сегментарных артерий у пациентов до и после оперативного лечения и удаления внутреннего стента

Кроме того, с 3-х суток после оперативного лечения всем пациентам основной группы начата ферментная терапия препаратом Лонгидаза® 3000 МЕ по схеме: 10 внутримышечных (в/м) инъекций 1 раз в 3 дня. Через 3 месяца проводилось контрольное обследование пациентов с выполнением экскреторной урографии, УЗИ почек с определением доплерографических показателей почечного кровотока.

Пациенты контрольной группы в послеоперационном периоде получали только стандартную терапию. Антисклеротическая терапия в данной группе не проводилась.

Фармакологические эффекты препарата Лонгидаза®

Препарат обладает гиалуронидазной активностью пролонгированного действия, хелатирующими, антиоксидантными и умеренно выраженными противовоспалительными свойствами. Лонгидаза® ослабляет течение острой фазы воспаления, регулирует синтез медиаторов воспаления, повышает гуморальный иммунный ответ и резистентность организма к инфекции.

Выраженные противомембранозные свойства Лонгидазы обеспечиваются конъюгацией гиалуронидазы с носителем (активированным производным N-оксида поли-1,4-этиленпиперазина), что значительно увеличивает устойчивость фермента к денатурирующим воздействиям и действию ингибиторов. Кроме того, носитель способен связывать освобождающиеся при гидролизе компоненты матрикса, ингиби-

Лонгидаза® обладает гиалуронидазной активностью пролонгированного действия, хелатирующими, антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. Лонгидаза® ослабляет течение острой фазы воспаления, регулирует синтез медиаторов воспаления, повышает гуморальный иммунный ответ и резистентность организма к инфекции.

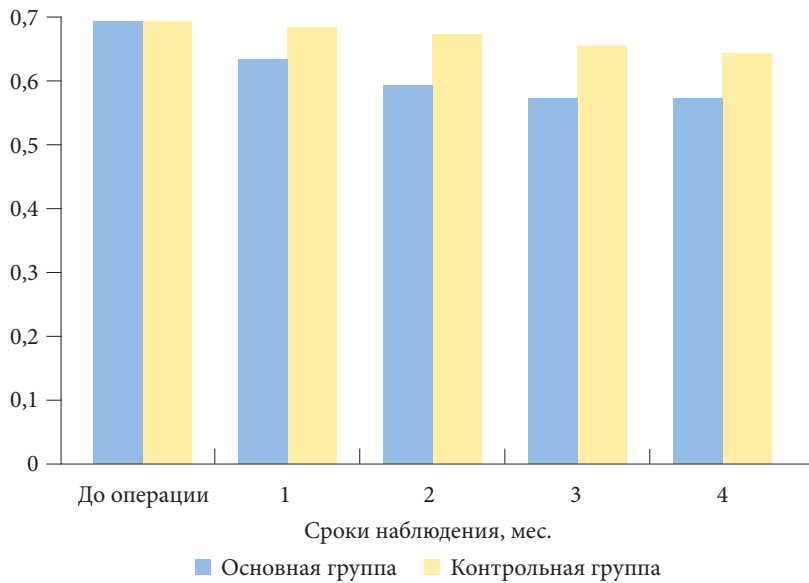


Рис. 3. Динамика индекса сопротивления на уровне сегментарных почечных артерий у пациентов до и после оперативного лечения и удаления внутреннего стента

торы фермента и стимуляторы синтеза коллагена.

Специфическим субстратом тес- тиккулярной гиалуронидазы яв- ляются гликозаминогликаны, составляющие основу матрикса соединительной ткани. В резуль- тате деполимеризации гликоз- аминогликаны изменяют свои ос- новные свойства: снижается вяз- кость, уменьшается способность связывать воду, ионы металлов, облегчается движение жидкости в межклеточном пространстве, временно увеличивается про- ницаемость тканевых барьеров и эластичность соединительной ткани, что проявляется умень- шением отечности, уплощением рубцов, частичным или полным устранением и предупрежде- нием формирования контрак- тур, препятствием дальнейшему развитию спаечного процесса. Биохимическими, иммуноло- гическими, гистологическими и электронно-микроскопически исследованиями доказано, что Лонгидаза® не повреждает нор- мальную соединительную ткань, но вызывает деструкцию изме- ненной по составу и структуре соединительной ткани в области фиброза.

Результаты и обсуждение

Оценка результатов лечения про- водилась через 3, 6 и 12 месяцев после оперативного вмеша- тельства. Оценивалась динамика почечного кровотока у пациентов до и после операции, после уда- ления внутреннего мочеточни- кового стента и каждые 3 месяца в течение года (рис. 2).

При доплерографическом ис- следовании почечного крово- тока у обследованных больных основной и контрольной групп было выявлено, что скорость кровотока находилась в прямой зависимости от выраженности гидронефроза (степени пиелозк- тазии) и длительности обструк- ции. Таким образом, у 9 больных основной и контрольной групп с врожденным гидронефрозом и степенью пиелозктазии до 4 см систолическая скорость кровотока составляла в среднем $59,67 \pm 0,20$ см/сек, резистивный ин- декс – $0,67 \pm 0,12$. У 21 пациента основной и контрольной групп с врожденным гидронефрозом и степенью пиелозктазии свы- ше 4 см систолическая скорость кровотока составляла $60,76 \pm 0,20$ см/сек, индекс резистивнос- ти – $0,69 \pm 0,13$. У 15 пациенток

обеих исследуемых групп с ятро- генными повреждениями моче- точников во время акушерско- гинекологических вмешательств после отведения мочи из почки путем чрескожной пункционной нефростомии показатели систо- лической скорости кровотока и индекса резистивности при- близились к норме и составили $45,03 \pm 0,43$ см/сек и $0,58 \pm 0,03$ соответственно.

При исследовании почечного кровотока у 21 пациента с мочекаменной болезнью выяв- лены следующие показатели: у 7 пациентов основной группы и у 7 контрольной при степе- ни пиелозктазии до 4 см сис- толическая скорость кровото- ка равнялась в среднем $59,67 \pm 0,20$ см/сек, а резистивный ин- декс – $0,67 \pm 0,12$. Длительность стояния конкремента составила от 1 до 3 месяцев. У 4 пациентов основной и у 3 пациентов кон- трольной группы с пиелозкта- зией от 4 до 7 см систолическая скорость кровотока достигала $60,12 \pm 0,11$ см/сек, резистивный индекс – $0,68 \pm 0,14$. После начала ферментной терапии препаратом Лонгидаза® у пациентов основной группы было отмечено прогрес- сивное снижение пиковой сис- толической скорости кровотока, которая в сроки до 6 месяцев уменьшилась примерно в 1,3 ра- за и достигла своего нормально- го значения в пределах $44,01 \pm 0,56$ см/сек ($p < 0,05$), при этом индекс сопротивления прибли- зился к норме, уменьшившись в 1,2 раза, и составил $0,57 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) (рис. 3). В контрольной группе было отмечено менее ин- тенсивное снижение исследуе- мых доплерографических пока- зателей. Пиковая систолическая скорость кровотока в сроки до 12 месяцев с $60,76 \pm 0,20$ см/сек снизилась до субнормальных значений $50,83 \pm 0,31$ см/сек (в 1,1 раза). За 12 месяцев у па- циентов контрольной группы было отмечено незначительное снижение резистивного индекса (с $0,69 \pm 0,13$ до $0,64 \pm 0,01$), что косвенно свидетельствует о руб-



цово-склеротических процессах как в окружающей клетчатке, так и в стенке мочеточника в месте анастомоза.

При ультразвуковом мониторинге были отмечены различия в степени пиелокаликоэктазии у пациентов основной и контрольной групп после оперативного вмешательства. Так, в основной группе на фоне проведения терапии Лонгидазой в сроки до 3 месяцев только у 3 пациентов (8,3%) было отмечено появление пиелокаликоэктазии до 3 см и у 1 пациента (2,8%) – свыше 3 см, что потребовало повторной госпитализации. При этом в контрольной группе повторному лечению в сроки до 3 месяцев подверглось 5 пациентов (16,7%) в связи с выявленной пиелокаликоэктазией до 3 см и 5 больных (16,7%) с зарегистрированной пиелокаликоэктазией свыше 3 см (табл. 3).

Результаты проведенной экскреторной урографии в ранний послеоперационный период свидетельствуют об улучшении секреторно-эвакуаторной функции почки на стороне оперативного вмешательства, которое наблюдалось у 32 пациентов (88,9%), получавших Лонгидазу, в то время как в контрольной группе улучшения наступили лишь у 20 пациентов (66,7%). При этом проходимость лоханочно-мочеточникового сегмента на стороне операции и сегмента мочеточника в зоне анастомоза была удовлетворительной у 94,4% пациентов основной группы, что подтверждалось свободным пассажем контрастного вещества по верхним мочевым путям при выполнении экскреторной урографии.

В сроки до 3 месяцев из 11 пациентов основной группы, оперированных по поводу врожденного гидронефроза, рубцово-склеротические осложнения развились у 2 пациентов (12,5%) и через 6 месяцев после оперативного лечения – у 1 больного (6,25%). У 9 пациентов основной группы, перенесших операции по поводу ятрогенных повреждений мочеточника, и у 11 больных, опериро-

Таблица 3. Результаты ультразвукового исследования пациентов основной и контрольной групп в различные сроки после перенесенных операций на мочевых путях

Степень пиелокаликоэктазии	Количество пациентов в основной группе (n = 36) / контрольной группе (n = 30) после операции			
	Через 4 недели	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
От 1 до 3 см	0 / 3 (10%)	3 (8,3%) / 5 (16,7%)	1 (3,8%) / 4 (13,3%)	0 (0%) / 3 (10%)
Свыше 3 см	0 / 0	1 (2,8%) / 5 (16,7%)	1 (3,8%) / 3 (10%)	0 (0%) / 3 (10%)

Таблица 4. Количество пациентов основной группы исследования с рубцово-склеротическими осложнениями, развившимися в различные сроки после оперативного вмешательства

Причина гидронефроза	Количество пациентов после операции			
	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 9 месяцев	Через 12 месяцев
Врожденный гидронефроз (n = 16)	2 (12,5%)	1 (6,25%)	–	–
Ятрогенные повреждения мочеточников (n = 9)	1 (11,1%)	–	1 (11,1%)	–
Мочекаменная болезнь (n = 11)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	–	–

ванных по поводу мочекаменной болезни, склеротические изменения развились лишь в 11,1% и 9,1% случаев соответственно в сроки до 3 месяцев, что потребовало повторной госпитализации и проведения повторного курса ферментной терапии препаратом Лонгидаза® 3000 МЕ в количестве 10 инъекций в/м 1 раз в 3 дня в сочетании с магнитно-лазерной терапией.

В основной группе через 6 месяцев после операции по поводу мочекаменной болезни 1 больному (9,1%) и через 9 месяцев после операции по поводу ятрогенного повреждения мочеточника 1 пациентке (11,1%) также потребовался повторный курс ферментной терапии препаратом Лонгидаза® 3000 МЕ в сочетании с магнитно-лазерной терапией. Через 12 месяцев после оперативного лечения у пациентов основной группы развития рубцово-склеротических осложнений не наблюдалось (табл. 4). В контрольной группе через 6 месяцев после хирургического лечения свободная проходимость верхних мочевых путей на стороне оперативного вмеша-

тельства, подтвержденная данными экскреторной урографии, отмечалась у 23 пациентов, что составило 76,7%. У 7 пациентов нарушение пассажа контрастного вещества по верхним мочевым путям, обусловленное развитием рубцово-склеротических осложнений, потребовало повторного лечения. Через 12 месяцев после операции еще 6 больных (20%) в контрольной группе нуждались в проведении повторного хирургического вмешательства в связи с формированием склеротических изменений.

Выводы

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности ферментной терапии препаратом Лонгидаза® 3000 МЕ в комбинации с магнитно-лазерной терапией в комплексной профилактике рубцово-склеротических осложнений после оперативного лечения на мочевых путях. Данный комплекс мероприятий позволяет улучшить результаты лечения больных и с успехом может применяться в клинической практике. ☺

Литература
→ С. 60



Применение препарата Полиоксидоний при лечении женщин с хроническими инфекционно- воспалительными заболеваниями нижних отделов мочевых путей

Д.м.н., проф. Т.И. ДЕРЕВЯНКО, Э.В. РЫЖКОВА, к.м.н. С.А. ТОЛЧАНОВ

В статье приведены результаты собственного исследования, целью которого было изучение влияния препарата Полиоксидоний на эффективность комплексной терапии хронических инфекционно-воспалительных заболеваний нижних отделов мочевых путей у женщин. Препарат оказывает иммуномодулирующее, дезинтоксикационное, антиоксидантное, мембранопротекторное действия. Применение Полиоксидония способствовало оптимизации традиционной этиотропной противовоспалительной терапии у пациенток и более раннему заживлению послеоперационных ран после хирургических вмешательств на нижних мочевых путях. Ни в одном случае не было отмечено ни местных, ни общих побочных реакций.

Осложненная и неосложненная инфекция нижних мочевых путей (ИНМП) у женщин лидирует среди поводов обращения к урологу. Изнурительные дизурические симптомы острой и хронической инфекции нижних отделов мочевых путей значительно снижают качество жизни этих пациенток и весьма часто становятся причиной диспареунии и неврозоподобных состояний. Они нередко лишают женщин полноценного ночного сна, нормальной работоспособности днем и привычного образа жизни в целом. У некоторых больных хроническая ИНМП в процессе длительного течения осложняется симптомами инконтиненции, а также возникает восходящий пиелонефрит и другие осложнения, приводящие к инвалидизации.

Около 40% женщин на территории Северо-Кавказского федерального округа отмечают в анамнезе хотя бы один эпизод острой ИНМП – цистита. В России, по статистике, ежегодно регистрируется до 35 млн случаев острой ИНМП. Чаще всего они возникают у женщин в возрастных группах 18–38 лет и от 65 лет и старше. Это объясняется интенсивностью половой жизни и реализацией репродуктивной функции пациенток первой группы и снижением уровня эстрогенов и, соответственно, общего и местного иммунитета пациенток второй группы. По данным отечественных и зарубежных авторов, возбудителями неосложненной ИНМП являются *E. coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus saprophyticus*,

Klebsiella pneumoniae, *Proteus mirabilis*. Установленным этиологическим фактором также является урогенитальная флора, передаваемая половым путем: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, грибы рода *Candida*, *Gardnerella vaginalis*, вирус простого герпеса 1 и 2 типов и вирус папилломы человека 16–18 типов. Это доказывает необходимость тщательного комплексного лабораторного и клинико-инструментального обследования всех категорий больных ИНМП, а также оптимизации комплексной терапии, воздействующей не только на сам инфекционный агент, но и на все звенья иммунитета пациенток. Целью нашего исследования явилось изучение влияния препарата Полиоксидоний на эффективность комплексной терапии хронических инфекционно-воспалительных заболеваний нижних мочевых путей у женщин для улучшения результатов их лечения. Нами наблюдались 88 пациенток с различными формами хронической ИНМП и ее осложнениями в возрасте от 15 до 74 лет: 80 больных с хроническим рецидивирующим циститом (22 случая – в результате гипермобильности наружного отверстия уретры, 38 – в результате женской гипоспадии и 20 – вследствие лейкоплакии мочевого пузыря) и 8 больных с хро-



ническим циститом и уретритом с формированием парауретральной кисты с нагноением. Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 28 лет.

План обследования включал анализ жалоб пациенток, данных анамнеза заболевания с уточнением дебюта цистита и его связи с началом половой жизни, гигиеническими привычками, наличием острого или хронического процесса органов репродуктивной системы, выявление связи обострений хронического цистита с интенсивностью половой жизни, а также спектр обнаруженных урогенитальных инфекций, гормональный статус пациентки (особенно у женщин старше 65 лет), анализы крови и мочи, в том числе ПЦР мочи на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Всем больным также выполнялось инструментальное исследование для выявления органической и обструктивной урологической патологии.

Лейкоцитурия отмечалась у всех обследуемых женщин. У женщин фертильного возраста, активно живущих половой жизнью и страдающих острым или хроническим воспалением гениталий, при молекулярно-биологическом исследовании (ПЦР) мочи было выявлено наличие влагалищной условно-патогенной микрофлоры и инфекционных агентов в клинически значимых титрах: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* в сочетании с кишечной палочкой и другими грамотрицательными бактериями, а также *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, грибы рода *Candida*, вирус простого герпеса 1 и 2 типов и вирус папилломы человека 16–18 типов. Все эти возбудители выявлялись в различных комбинациях – микст-инфекциях. У пациенток пожилого возраста преобладала условно-патогенная, в основном грибковая, флора. Следует отметить, что тяжесть инфекционного процесса и его осложнений усиливалась у пациенток старшего возраста, пребывавших в менопаузе, что обуславливалось снижением уров-

Таблица 1. Возбудители, выявленные у больных с хроническим рецидивирующим циститом (n = 88)

Возбудитель	Количество больных
<i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Candida albicans</i>	12 (13,6%)
<i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Candida albicans</i>	10 (11,4%)
<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>E. coli</i>	10 (11,4%)
<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Candida albicans</i>	6 (6,8%)
<i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Candida albicans</i> , <i>E. coli</i> и другие грамотрицательные микроорганизмы	17 (19,3%)
<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Candida albicans</i> , кокковая флора	10 (11,4%)
<i>Chlamydia trachomatis</i> , вирус простого герпеса 1 и 2 типов	4 (4,5%)
<i>Chlamydia trachomatis</i> , вирус простого герпеса 1 и 2 типов, вирус папилломы человека 16–18 типов	2 (2,3%)
<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Candida albicans</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i>	9 (10,2%)
Вирус папилломы человека 16–18 типов, <i>Candida albicans</i>	8 (9,0%)

ня эстрогенов и развитием урогенитальной атрофии. Эпителий во влагалище и уретре в период менопаузы истончается, возникает дефицит гликогена, снижается продукция молочной кислоты и повышаются значения влагалищного рН. Эти изменения способствуют чрезмерному росту некишломолочных полиморфных видов бактерий и исчезновению лактобактерий, создаются благоприятные условия для колонизации влагалища условно-патогенной и патогенной микрофлорой. Частота восходящей ИНМП, включая поражения уретры, в период менопаузы возрастает. Патогенная микрофлора мочи, уретры и соскоба из влагалища, как правило, была идентичной и являлась непосредственной причиной хронического рецидивирующего цистита (табл. 1).

Все больные ранее неоднократно получали консервативное лечение длительными курсами, которое вызывало нестойкий клинический эффект и оценивалось ими как неудовлетворительное. Все женщины отмечали обострения хронической ИНМП 2–3 раза в год.

Всем пациенткам было проведено хирургическое лечение по поводу выявленной органической патологии (гипермобильности наружного отверстия уретры, женской гипоспадии, лейкоплакии мочевого пузыря), а также иссечение парауретральных кист, так как это

являлось пусковым и поддерживающим объективным механизмом хронизации инфекционного процесса в мочевых путях. Больным также проводилась медикаментозная периоперационная этиотропная антибиотикотерапия согласно спектру выявленных возбудителей (методом ПЦР-анализа мочи и исследования соскоба из влагалища). Предыдущие неоднократные курсы антибиотикотерапии вызывали значительное снижение общего и местного иммунитета у женщин. Результатом длительного течения хронической ИНМП явились нарушения со стороны гуморального иммунитета, которые проявились в снижении уровня IgG в 2 раза, снижении уровней IgA в 5 раз и секреторного IgA в 2 раза при неизменном уровне IgM, что указывало на хронизацию процесса. Выявленный дисбаланс иммуноглобулинов указывал на иммунодефицитное состояние, а исход воспалительного процесса напрямую зависел от полноценности иммунного ответа.

Выявленные нарушения в иммунном статусе пациенток с хроническими ИНМП определили показания для проведения комплексной терапии с использованием иммуномодулятора. Учитывая длительность воспалительного процесса, с целью оптимизации терапии ИНМП и улучшения результатов лечения применялся высокомо-



Таблица 2. Возбудители, выявленные у больных с хроническим рецидивирующим циститом (n = 88) после хирургической коррекции и медикаментозной терапии

Возбудитель	Количество больных	
	1-я группа (n = 40)	2-я группа (n = 48)
Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium	0	0
Ureaplasma urealyticum	0	0
Chlamydia trachomatis	1 (2,5%)	1 (2,1%)
Candida albicans	2 (5,0%)	0
Вирус простого герпеса 1и 2 типов	3 (7,5%)	1 (2,1%)
Вирус папилломы человека 16–18 типов	3 (7,5%)	0
Gardnerella vaginalis	0	0
Trichomonas vaginalis	0	0

лекулярный химически чистый препарат Полиоксидоний, оказывающий иммуномодулирующее, дезинтоксикационное, антиоксидантное, мембранопротекторное действие.

В основе механизма иммуномодулирующего действия Полиоксидония лежит прямая активация фагоцитирующих клеток и естественных киллеров, а также стимуляция антителообразования. Он оказывает корригирующее действие только на исходно измененные параметры иммунитета и не влияет на показатели, находящиеся в пределах нормальных значений. Препарат не нарушает естественных механизмов торможения иммунных реакций, не истощает резервных возможностей кроветворной системы, может назначаться без предварительного иммунологического обследования. Наряду с иммуномодулирующим действием Полиоксидоний обладает выраженной дезинтоксикационной активностью, которая определяется его высокомолекулярной природой.

В ходе исследования все больные были разделены на 2 группы:

- 1-я группа (40 человек, контрольная) – пациентки, получавшие только противовоспалительную и антибактериальную терапию согласно спектру выявленного возбудителя ИНМП в сочетании с хирургическим лечением;
- 2-я группа – 48 пациенток, получавших противовоспалитель-

ную и антибактериальную терапию и хирургическое лечение в сочетании с Полиоксидонием 12 мг (суппозитории) по следующей схеме: 1 суппозиторий интравагинально 1 раз в сутки ежедневно в течение 3 дней; далее – 1 суппозиторий через день в течение недели; на курс лечения – 10 суппозиториев.

Эффективность препарата Полиоксидоний оценивалась на основании клинических и микробиологических параметров, а также данных субъективного состояния и клинических симптомов ИНМП. Положительная динамика в клиническом анализе крови отмечалась у 48 (100%) больных второй группы уже на 5–7-й день комплексной терапии и проявлялась в исчезновении лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига лейкоцитарной формулы, снижении СОЭ. Влияние Полиоксидония на показатели иммунного статуса проявлялось в увеличении содержания CD³⁺-, CD⁴⁺-лимфоцитов. Отмечалась нормализация функциональной активности нейтрофилов, тенденция к увеличению содержания моноцитов в периферической крови. В контрольной группе положительная динамика со стороны вышеперечисленных показателей отмечалась только у 28 (70%) больных.

Субъективное улучшение отметили 46 (95,8%) пациенток из второй группы. Дизурия на фоне приема Полиоксидония купировалась на 3-и сутки, лейкоцитурия – на 7–8-е

сутки. В контрольной группе женщины, получавшие только традиционную антибактериальную терапию, отметили исчезновение дизурии на 5–6-е сутки, лейкоцитурия сохранялась до 12–14-х суток.

Результаты хирургического лечения во второй группе проявлялись следующим образом: на фоне применения Полиоксидония уменьшились сроки полного заживления послеоперационных ран с 10–11 до 6–7 дней. В первой группе послеоперационные раны заживали в стандартные сроки – в течение 10–11 дней.

В результате полное клиническое выздоровление и элиминация возбудителей в результате включения Полиоксидония в комплексную терапию ИНМП наступили у 46 (95,8%) пациенток. В контрольной группе элиминация патогенов и клиническое выздоровление отмечены у 31 (77,5%) пациентки (табл. 2). Ни в одном случае применения Полиоксидония не было отмечено ни местных, ни общих побочных реакций.

Все пациентки второй группы, получавшие комплексную терапию с применением Полиоксидония, после выписки из стационара находились под наблюдением в течение 6 месяцев. Ни в одном случае не было отмечено рецидивов обострения хронической ИНМП. У 8 (20%) пациенток 1-й группы в течение 6 месяцев после лечения отмечался 1 рецидив ИНМП. Мы считаем, что хороший клинический эффект проводимой терапии обусловлен иммуномодулирующим действием Полиоксидония, его способностью к увеличению резистентности организма к инфекциям, а также к активизации клеточного звена иммунитета и стимуляции антителообразования. Таким образом, препарат Полиоксидоний способствует оптимизации традиционной этиотропной противовоспалительной терапии у пациенток с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями нижних отделов мочевых путей и более раннему заживлению послеоперационных ран после хирургических вмешательств на нижних мочевых путях. ☺

Рекомендован Президиумом Российской Ассоциации Аллергологов и Клинических Иммунологов

ПОЛИОКСИДОНИЙ®

АЗОКСИМЕРА БРОМИД

ИММУНОМОДУЛЯТОР • ДЕТОКСИКАНТ • АНТИОКСИДАНТ

**ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ РЕШЕНИЕ
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Воспалительные
заболевания
предстательной
железы

Инфекции, передающиеся
преимущественно половым путем

Мочекаменная
болезнь

Пиелонефрит

Уретрит
и уретральный
синдром

Папилломавирусная
инфекция

Цистит

Герпесвирусная
инфекция

Реклама

Применение Полиоксидония® способствует:

- более быстрой нормализации общих и местных клинических симптомов
- ранним положительным изменениям УЗ параметров
- купированию болевого синдрома
- нормализации СОЭ, биохимических показателей, лейкоцитарной формулы, иммунологических показателей
- увеличению длительности ремиссии
- сокращению сроков лечения



Полиоксидоний®

Включен в перечень ЖНВЛС *

(Распоряжение правительства РФ от 29 марта 2007г. №376-р)

*Жизненно Необходимые и Важнейшие Лекарственные Средства



**НПО
ПЕТРОВАКСФАРМ**

Препараты будущего – сегодня



Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова,
НИИ уронефрологии
и репродуктивного
здоровья человека,
клиника урологии
им. Р.М. Фронштейна

Консервативное лечение недержания мочи после радикальной простатэктомии

Д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН П.В. ГЛЫБОЧКО,
д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН Ю.Г. АЛЯЕВ, д.м.н., проф. А.З. ВИНАРОВ,
д.м.н. Ю.Л. ДЕМИДКО, Л.С. ДЕМИДКО

Недержание мочи – не только медицинская, но и социальная проблема. Хотя недержание не является угрожающим жизни заболеванием, оно сопровождается серьезными психоэмоциональными нарушениями, приводит к социальной дезадаптации, а нередко и к инвалидизации.

Причинами недержания мочи у мужчин могут быть последствия оперативных вмешательств на предстательной железе. В статье приведены результаты исследования эффективности консервативного лечения недержания мочи после радикальной простатэктомии с применением тренировки мышц тазового дна и метода биологической обратной связи в сочетании с приемом препарата группы антихолинэстеразных средств – Нейромидина.

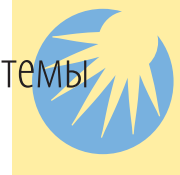
Одной из причин недержания мочи у мужчин наряду с возрастом, наличием симптомов нижних мочевых путей, инфекционных заболеваний мочеполювых органов, функциональных и когнитивных нарушений является простатэктомия ввиду послеоперационной детрузорной гиперактивности [1]. Удержание мочи может нарушаться вследствие денервации во время операции, возрастных изменений, повреждения шейки и сфинктера мочевого пузыря, слабости мышц тазового дна и сочетания этих

факторов. Отмечено, что недержание мочи после простатэктомии чаще встречается при снижении функциональной способности мышц, которая выявляется еще до операции [1].

К первой линии терапии у пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии относится тренировка мышц тазового дна. Упражнения для укрепления мышц могут применяться отдельно или в сочетании с методом биологической обратной связи (БОС), когда с помощью электронных приборов в реальном времени па-

циенту предоставляется информация о физиологических показателях деятельности органов и/или систем посредством визуальных или звуковых сигналов. Данный метод направлен не только на реабилитацию мышц тазового дна, но и на выработку нового навыка управления этими мышцами.

В процессе выполнения упражнений больной учится контролировать произвольные мышцы промежности, управлять ими и сознательно их тренировать. Упражнения позволяют не только усиливать замыкательную способность сфинктерных механизмов, но и подавлять непроизвольные сокращения детрузора. Отмечено значимо раннее восстановление функции удержания мочи у пациентов, занимающихся тренировкой мышц тазового дна, по сравнению с теми больными, которые не выполняли соответствующих упражнений [3]. Положительный эффект данного метода лечения наблюдается в том случае, если пациенты были проинструктированы и начали тренировку мышц таза до планируемого оперативного вмешательства или сразу после его проведения [1].



У 56 пациентов в возрасте от 54 до 72 лет (средний возраст – 63 года), перенесших радикальную простатэктомию, был применен метод БОС. Для объективизации исходного состояния больных применялся опросник по влиянию недержания мочи на качество жизни International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UISF), рекомендованный Европейской ассоциацией урологов. Подтекание мочи несколько раз в день было выявлено у 35 (62,5%) опрошенных, постоянно – у 20 (35,7%). У 1 пациента случаи недержания наблюдались от 1 раза в неделю до 1 раза в день. Согласно субъективной оценке, 19 (33,9%) больных отмечали, что теряют небольшое количество мочи, 27 (48,2%) – достаточное и 10 (17,9%) – большое. Недержание мочи у пациентов к моменту обращения продолжалось от 1 до 22 месяцев и не имело тенденции к уменьшению.

Упражнения пациенты выполняли под контролем электромиографии по двум каналам. Датчики располагались в прямой кишке и на передней брюшной стенке. Суммарная электромиограмма от мышц таза и прямых мышц живота во время упражнений была доступна пациенту в режиме реального времени на экране монитора. Начальный этап тренировок заключался в выработке умения сокращать произвольные мышцы таза, в то время как мышцы живота минимально принимали участие в этом процессе. Медиана обучения и закрепления навыка изолированных сокращений мышц тазового дна составила 1,5 месяца.

Электромиографический контроль тренировок позволяет не только правильно выполнять упражнения, но и анализировать показатели активности мышц таза: время сокращения, уровень сигнала при сокращении и расслаблении, а также стабильность сигнала (девиацию). Время сокращения отражает состояние нервно-мышечной проводимости и является одной из важных функциональных характеристик. При анализе

контрольных суммарных электромиограмм на фоне тренировок отмечено повышение активности мышц в момент сокращения, однако время сокращения не изменилось, что может расцениваться как один из признаков денервации мышц таза после радикальной простатэктомии.

К числу методов медикаментозной коррекции нарушений нервно-мышечной передачи относят препараты, оказывающие влияние на процессы высвобождения ацетилхолина из пресинаптических окончаний. Одним из таких препаратов является Нейромидин (ипидакрин), в основе действия которого лежит комбинация блокады калиевой проницаемости мембраны и обратимого ингибирования холинэстеразы [4]. Нейромидин непосредственно стимулирует проведение импульса в нервно-мышечном синапсе и в центральной нервной системе (ЦНС) вследствие блокады калиевых каналов мембраны. Препарат усиливает действие на мускулатуру не только ацетилхолина, но и адреналина, серотонина, гистамина и окситоцина. Нейромидин не оказывает тератогенного, канцерогенного и иммуноотоксического действия, не влияет на эндокринную систему. Показаниями к применению Нейромидина (ипидакрин) являются заболевания периферической нервной системы, бульбарные параличи и парезы, восстановительный период органических поражений ЦНС, сопровождающихся двигательными нарушениями.

Противопоказания к назначению Нейромидина: стенокардия, выраженная брадикардия, бронхиальная астма, непроходимость кишечника, вестибулярные расстройства, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, эпилепсия (частые эпилептические припадки являются также противопоказанием к сеансам БОС с визуальным контролем) [5].

Таким образом, учитывая свойства препарата Нейромидин оптимизировать восстановительные процессы в центральной и перифе-

Возможность комбинации тренировки мышц тазового дна под контролем БОС с препаратом, оказывающим положительное влияние на проведение импульсов в центральном и периферическом отделах нервной системы (Нейромидин), повышает эффективность консервативного лечения недержания мочи и позволяет сократить реабилитационный период после радикальной простатэктомии.

рической нервной системе, авторы применяли его у пациентов, занимающихся тренировкой мышц тазового дна под контролем БОС. В процессе регулярных упражнений 11 (19,6%) пациентов принимали Нейромидин (ипидакрин) 20 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев. У 7 (12,5%) больных Нейромидин (ипидакрин) назначали в виде подкожных инъекций 1 мл 1,5% раствора в течение 10 дней с последующим переходом на прием препарата внутрь в дозировке 20 мг 2 раза в день. Остальные 38 (67,9%) пациентов проводили только тренировку мышц тазового дна под контролем БОС. Пациенты во всех группах не различались ни по возрасту ($p = 0,485$) (применялся критерий Крускала – Уоллиса), ни по частоте случаев недержания ($p = 0,942$), ни по количеству теряемой мочи ($p = 0,698$). Не выявлено статистически значимых различий по влиянию недержания мочи на качество жизни ($p = 0,787$). Из 18 пациентов, которым проводилась тренировка мышц таза в комбинации с приемом Нейромидина (ипидакрин), 7 человек (38,9%) могли полностью удерживать мочу в любых обстоятельствах, еще у 7 мужчин (38,9%) произошло улучшение, что выразилось в снижении числа эпизодов недержания и уменьшении количества используемых прокладок.



Отсутствие изменений состояния отмечено у 3 (16,6%) больных, у 1 (5,6%) установлен слинг.

Из 38 пациентов, которые применяли только тренировку мышц таза под контролем биологической обратной связи, 10 (26,3%) пациентов могли полностью удерживать мочу, у 7 (18,4%) произошло улучшение состояния. Отсутствие изменений состояния было у 19 (50%) больных, у 2 (5,3%) установлен искусственный сфинктер мочевого пузыря.

Медиана улучшения способности удерживать мочу при комбинации тренировки мышц таза с приемом Нейромидина (ипидакрина) составила 3,6 месяца. У больных, которые не получали медикаментозного лечения, этот показатель составил 5,5 месяцев ($p = 0,14$) (применялся логранговый критерий).

Медиана восстановления функции удержания мочи у пациентов, получавших Нейромидин (ипидакрин) в таблетках, составила 4 месяца. У больных, которым лечение было начато с инъекционной формы с последующим переводом на пероральный прием препарата, этот показатель составил 2,4 месяца ($p = 0,16$).

Побочных эффектов, связанных с возбуждением М-холиноре-

цепторов (слюнотечение, гипергидроз, тошнота, брадикардия), в процессе применения Нейромидина на фоне тренировки мышц тазового дна не отмечено.

Тренировка мышц тазового дна под контролем БОС является эффективным методом лечения недержания мочи независимо от его типа, что обусловлено наличием доказательств существования нейроанатомических обратных связей в двигательной системе, а также возможностью произвольного управления попеременно-полосатыми мышцами таза. Применение Нейромидина (ипидакрина) позволяет повысить эффективность этих упражнений. Препарат обладает способностью блокировать калиевую проницаемость мембраны и обратимо блокировать холинэстеразу, тем самым повышает концентрацию ацетилхолина в синаптической щели и облегчает проведение импульса в центральных и периферических холинэргических синапсах. Таким образом, Нейромидин (ипидакрин) действует на все звенья в цепи процессов, обеспечивающих проведение возбуждения. Со стороны ЦНС этот эффект проявляется улучшением памяти, способности к обучению

и благоприятным влиянием на мыслительные процессы [6]. Это способствует ускорению развития навыка управления мышцами тазового дна, который подкрепляется у пациента графическими образами, представляемыми в режиме реального времени в процессе каждого занятия.

Выраженный и стойкий лечебный эффект отмечен в случаях применения Нейромидина (ипидакрина) для лечения пораженной периферической нервной системы – невритов, полинейропатий [6]. Это свойство препарата также актуально при тренировке мышц тазового дна при недержании мочи после радикальной простатэктомии, поскольку одной из целей упражнений является уменьшение времени сокращения произвольных мышц таза. Таким образом, возможность комбинации тренировки мышц тазового дна под контролем БОС с препаратом, оказывающим положительное влияние на проведение импульсов в центральном и периферическом отделах нервной системы (Нейромидин), повышает эффективность консервативного лечения недержания мочи и позволяет сократить реабилитационный период после радикальной простатэктомии. ☺

Литература
→ С. 60

NB

Нейромидин (ипидакрин) – ингибитор холинэстеразы. Оказывает непосредственное стимулирующее влияние на проведение импульса по нервным волокнам, межнейрональным и нервно-мышечным синапсам периферической и центральной нервной системы. Фармакологическое действие препарата Нейромидин основано на сочетании двух механизмов действия: во-первых, блокады калиевых каналов мембраны нейронов и мышечных клеток, а во-вторых, обратимого ингибирования холинэстеразы в синапсах.

Нейромидин обладает следующими фармакологическими эффектами: улучшает и стимулирует проведение импульса в нервной системе и нервно-мышечную передачу; усиливает сократимость гладкомышечных органов под влиянием агонистов ацетилхолиновых, адреналиновых, серотониновых, гистаминовых и окситоциновых рецепторов, за исключением калия хлорида; улучшает память, тормозит прогрессивное течение деменции. После приема внутрь препарат быстро всасывается из ЖКТ, C_{max} в плазме крови достигается через 1 час. После парентерального введения препарат быстро всасывается, C_{max} в плазме крови достигается через 25–30 мин после введения.

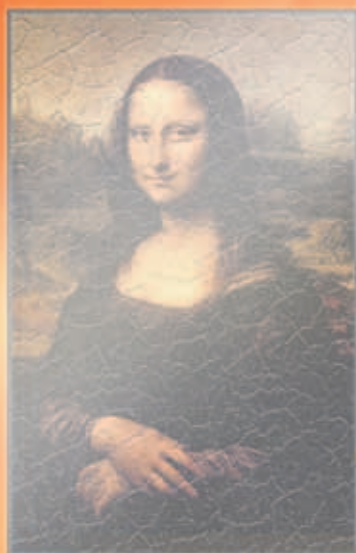
Показаниями к применению Нейромидина являются заболевания периферической нервной системы (моно- и полинейропатия, полирадикулопатия, миастения и миастенический синдром различной этиологии), заболевания ЦНС (бульбарные параличи и парезы, восстановительный период органических поражений центральной нервной системы, сопровождающихся двигательными нарушениями).

РЕСТАВРАЦИЯ ФУНКЦИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ
И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

НЕЙРОМИДИН®

(ИПИДАКРИН)

50 таблеток по 20 мг
10 ампул по 5 и 15 мг



реклама

СОВРЕМЕННАЯ ЭПОХА ВОЗРОЖДЕНИЯ
В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ





Левитра: многогранность действия, перспективы применения

Д.м.н., проф. А.Л. ВЕРТКИН, д.м.н., проф. Л.Ю. МОРГУНОВ,
к.м.н. Е.И. ЗВЯГИНЦЕВА

Варденафил (Левитра) – ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), традиционно используемый для лечения эректильной дисфункции (ЭД). Применение Левитры при сопутствующей кардиоваскулярной патологии, а также в комбинированной терапии ЭД безопасно, однако изучено не в полной мере. Перспективы применения Левитры при лечении различных соматических заболеваний достаточно широки.

Эректильная дисфункция встречается достаточно часто; ее распространенность в популяции зависит от возраста мужчин. Нарушения эрекции у мужчин в 30-летнем возрасте выявляются почти в 16% случаев, в 40 лет они достигают 39%, в 50 лет – 67%, а в 70 лет – уже 83%. Этиология расстройств эрекции разнообразна и многофакторна, но преобладают, как правило, органические формы [1].

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, внедренные в практику с 1996 г., произвели революцию в терапии ЭД. Изначально разработанные для лечения ишемической болезни сердца (ИБС), эти препараты, как оказалось, улучшают эректильную функцию, и поэтому в дальнейшем их стали использовать именно в таком качестве. Механизм действия ингибиторов ФДЭ-5 основан на блокаде гидролиза циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ), в результате чего концентрация цГМФ растет и происходит активация

цГМФ-зависимой протеинкиназы с последующим фосфорилированием ионных каналов. Как следствие, снижается концентрация кальция в гладкомышечных сосудистых клетках, что приводит к их релаксации. Ингибиторы ФДЭ-5 способствуют развитию эрекции под действием эндогенного оксида азота (NO), который выделяется из нервных окончаний и эндотелиальных клеток, стимулируя синтез цГМФ с помощью фермента гуанилатциклазы. Расслабление гладкомышечных клеток приводит к расширению артерий и синусов кавернозных тел, что обеспечивает необходимый для эрекции приток артериальной крови [2].

Левитра (варденафил) – ингибитор ФДЭ-5, более мощный и селективный, чем силденафил, быстро всасывается после приема внутрь, и ее эффект начинается уже через 15–25 мин и продолжается до 8–12 ч, в отличие от Виагры, действующей около 4 ч. Таким образом, пациент не зависит от времени приема Ле-

витры, поскольку она обладает длительным эффектом действия.

Плейотропный эффект Левитры позволяет использовать ее для терапии не только ЭД, но и других заболеваний. К сожалению, существует крайне мало данных о долгосрочном использовании ингибиторов ФДЭ-5 и их влиянии на различные органы и системы. Воздействие варденафила на эректильную функцию изучено достаточно хорошо. Безопасность и эффективность варденафила в реальной клинической практике были подтверждены, в частности, международным открытым проспективным исследованием с участием почти 74 тыс. мужчин из 47 стран Европы, Азиатско-Тихоокеанского региона и Латинской Америки. Мужчины с ЭД различной степени тяжести страдали артериальной гипертензией (АГ) (32,0%), сахарным диабетом (СД) (22,1%), нарушениями липидного обмена (14,6%) и сердечно-сосудистыми заболеваниями (42,2%). Доля пациентов, принимавших варденафил, была достаточно высока, независимо от степени ЭД. Улучшение эректильной функции отметили 97% пациентов с легкой ЭД, 96,2% – с умеренной и 85,5% – с тяжелой. Улучшение происходило при любой имеющейся сопутствующей патологии. Более 90% пациентов сообщили, что довольны или очень довольны эффективностью варденафила, и заявили о своем намерении продолжать его прием



после окончания исследования. Эти данные свидетельствуют об эффективности варденафила при лечении ЭД в реальных условиях; он может использоваться в качестве препарата первого выбора в терапии ЭД у пациентов с имеющейся соматической патологией [3].

У пациентов с различными формами ЭД чрезвычайно распространены факторы сердечно-сосудистого риска. ЭД связана с широким спектром заболеваний, имеющих общую сосудистую основу. Основным механизмом ЭД в большинстве случаев является эндотелиальная дисфункция, то есть недостаточная вазодилатация в ответ на эндотелий-зависимые стимулы всей сосудистой сети и артерий полового члена. Из-за столь тесной связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо оценить, могут ли пациенты с ЭД страдать от сердечно-сосудистых заболеваний, включая АГ или ишемию миокарда. С другой стороны, необходимо решить, не увеличивает ли стимуляция сексуальной активности сердечно-сосудистые риски у больных, нуждающихся в лечении ЭД. Следует учитывать, что многие лекарственные препараты, используемые для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (в частности АГ), могут ухудшить сексуальную функцию. Лечение АГ при этом не следует прекращать, поскольку она сама по себе может сказываться на половой функции. Таким образом, необходимо применять альтернативные антигипертензивные режимы с учетом индивидуальных особенностей пациента и минимальным побочным влиянием на сексуальную функцию. Необходимо также помнить, что ингибиторы ФДЭ-5, например варденафил, хорошо сочетаются с антигипертензивной терапией и, как правило, хорошо переносятся даже при снижении артериального давления (АД) до 90/60 мм рт. ст. [4].

ЭД часто связана не только с сердечно-сосудистой патологией, но и СД, дислипидемией, ожирением, депрессией, хронической обструктивной болезнью легких и заболеваниями нижних мочевых путей.

Некоторые из вышеуказанных сопутствующих заболеваний могут быть основной причиной ЭД. ЭД служит чувствительным индикатором сердечной недостаточности и ранним маркером ИБС, среди пациентов с ИБС частота ЭД достигает 75% [1]. Кроме того, ЭД может служить маркером различных заболеваний, включая АГ и СД. В связи с этим следует проводить тщательное медицинское обследование пациентов с ЭД, чтобы как можно раньше выявить и начать лечение сопутствующих заболеваний. И наоборот, пациенты с сердечно-сосудистой патологией, СД, ожирением, депрессией могут иметь недиагностированную ЭД, своевременное выявление которой позволяет не только вовремя устранить любые проблемы эрекции, но и начать необходимое лечение основного заболевания.

Высокая коморбидность ЭД обусловила необходимость проведения исследований, посвященных изучению действия Левитры на различные органы и системы. В первую очередь изучалось воздействие варденафила на АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС) и электрофизиологию сердца. ЭД напрямую связана с факторами риска сердечно-сосудистых и других сопутствующих заболеваний. Учитывая потенциальный риск, связанный с сексуальной активностью у больных с ИБС, на 1-й Принстонской конференции были разработаны основные принципы оценки и ведения пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями и ЭД. Эти принципы были обновлены на 2-й Принстонской конференции (2006), где учитывались современные данные об эффектах новых ингибиторов ФДЭ-5, в частности варденафила. Согласно решениям конференции, сексуальная активность безопасна для большинства пациентов с ИБС, хотя всегда необходимо тщательно оценивать наличие кардиальных факторов риска (например, ожирения, АГ, гиперлипидемии). Одновременно было рекомендовано рассмотреть вопрос о возможной замене нитратов варденафилом

при лечении острого коронарного синдрома [5]. Таким образом, ИБС не является противопоказанием для применения варденафила. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) расценивает ингибиторы ФДЭ-5 как эффективное средство лечения некоторых сердечно-сосудистых и сосудистых легочных заболеваний. Ингибиторы ФДЭ-5, как оказалось, обладают протективным действием на миокард, препятствуя его гипертрофии, тормозя апоптоз и повышая толерантность к ишемии. Ингибиторы ФДЭ-5 с успехом применяют и для лечения идиопатической легочной гипертензии [6]. Варденафил обладает существенным потенциалом для расширения показаний к применению. Имеющиеся данные демонстрируют, что терапевтический потенциал варденафила распространяется на миокард, коронарные и периферические артерии, механизмы воспаления, окислительного стресса, тромбоза, фиброза, а также процессы восстановления у неврологических пациентов. Таким образом, ингибиторы ФДЭ-5 возможно использовать у пациентов с сердечной недостаточностью и ИБС [7].

Мощный кардиопротективный эффект варденафила был продемонстрирован в эксперименте на собаках с инфарктом миокарда (ИМ), а также во время реперфузии в условиях экстракорпорального кровообращения. Предварительное введение варденафила привело к значительно более высокому росту уровня цГМФ и содержанию аденозинтрифосфата при ИМ и в условиях искусственного кровообращения, лучшему ремоделированию левого и правого желудочков сердца, то есть существенно улучшало эндотелиальную функцию миокарда. Кардиопротективный эффект препарата открывает новые терапевтические возможности в кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии [8].

Ингибиторы ФДЭ-5 улучшают сердечный выброс, усиливают и продлевают гемодинамические эффекты оксида азота у больных



с хронической застойной сердечной недостаточностью. В настоящее время изучают возможные положительные эффекты ингибиторов ФДЭ-5 у пациентов с ИМ и эндотелиальной дисфункцией как *in vitro*, так и в клинике [9].

Известно, что у пациентов с гипертонической болезнью ЭД встречается особенно часто. Из-за возможных потенцирующих эффектов гипотензивных средств препараты для лечения ЭД таким пациентам, как правило, назначают неохотно. Однако широкомасштабные клинические испытания варденафила показали, что он улучшает эректильную функцию у мужчин с гипертонией и его применение в таких случаях практически не влияет на уровень АД и сердечно-сосудистую систему [10].

Ингибиторы ФДЭ-5 слабо изменяют давление заклинивания в легочных капиллярах, а также систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД). В состоянии покоя они уменьшают АД в среднем на 9/8 мм рт. ст., в ряде случаев на 12/5 мм рт. ст., однако ни о каких клинически значимых побочных эффектах не сообщалось. Не было отмечено неблагоприятных эффектов варденафила у больных с ишемией миокарда при физической нагрузке, и был выявлен его антиангинальный эффект (возрастание времени между приступами стенокардии). Эти данные подтверждают безопасность ингибиторов ФДЭ-5 у больных с хронической ИБС, а также их эффективное протективное воздействие на эндотелий сосудов [11].

Дислипидемия часто сопутствует ЭД, но информация о том, насколько она препятствует терапии ЭД, крайне скудна. М. Miner и соавт. [12] в течение 12 недель применяли варденафил (для лечения ЭД) у пациентов с метаболическим синдромом, имеющих повышенный уровень триглицеридов и холестерина липопротеинов низкой и очень низкой плотности. Часть пациентов получали статины; вторую, контрольную, группу составили мужчины с нарушениями липидного спектра, которые не получали соответствующего лечения. Варденафил оказался

эффективным у мужчин с дислипидемией независимо от терапии статинами. ЭД обычно регистрируется у больных СД. Левитра у таких пациентов явно улучшала эректильную функцию.

Результаты 8 рандомизированных контролируемых исследований, в которых принимали участие в общей сложности 976 мужчин с СД, подтвердили эффективность и безопасность терапии ЭД в этих случаях. Не было отмечено ни одного летального исхода, а неблагоприятные сердечно-сосудистые эффекты наблюдали лишь в одном исследовании. Достаточно редко отмечались побочные эффекты терапии: головная боль, диспепсия, миалгия, нарушение зрения и боли в спине (в порядке убывания частоты). Таким образом, были получены убедительные доказательства эффективности и безопасности ингибиторов ФДЭ-5 при СД [13].

Преимущества варденафила были продемонстрированы в рандомизированном двойном слепом перекрестном клиническом исследовании у мужчин с такими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, как ЭД, СД, АГ и/или гиперлипидемия. Оценивались предпочтения пациентов в отношении варденафила и силденафила; 530 мужчин получали варденафил в дозе 20 мг в течение 4 недель, а 527 – силденафил в дозе 50 мг 2 раза в день. Оценка эффективности каждого периода лечения включала определение эректильной (расчет международного индекса эректильной функции – МИЭФ) и сексуальной функций, на протяжении всего исследования собирались данные о неблагоприятных событиях. Варденафил в большей степени восстанавливал эректильную функцию, чем силденафил. Пациенты, принимающие варденафил, также чаще сообщали об улучшении сексуальной функции, оцениваемой по различным шкалам [14].

Варденафил избирательно ингибирует ФДЭ-5 в сосудистой и гладкомышечной тканях, а также в тромбоцитах. Действие препарата в таких тканях определяет успешность его терапевтического

применения у пациентов с легочной гипертензией. Подавляя ФДЭ-5 в сосудистой сети легких, варденафил расширяет кровеносные сосуды и снижает легочное сосудистое давление. Кроме того, при сочетании с ингибиторами простагландин-ингибиторы ФДЭ-5 уменьшают давление в легочной артерии. Проведенные исследования показали, что под влиянием ингибиторов ФДЭ-5 происходит мягкое снижение АД, увеличивается сердечный индекс и коронарный кровоток у животных и человека [15].

Долгосрочные эффекты варденафила при стойкой легочной гипертензии изучены недостаточно. К. Aizawa и соавт. [16] наблюдали 5 пациентов, получавших варденафил по поводу легочной гипертензии. Один пациент страдал первичной легочной гипертензией, 2 – рецидивирующей тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии, 1 – синдромом Эйзенменгера (дефектом межжелудочковой перегородки) и 1 – вторичной легочной гипертензией (после операции закрытия дефекта межжелудочковой перегородки). При приеме 5 мг варденафила значительно снизились легочное сосудистое и системное сосудистое сопротивление, одновременно увеличился сердечный выброс. При приеме поддерживающей дозы варденафила (от 10 до 15 мг) в течение 3 месяцев значительно уменьшились системное сосудистое сопротивление и уровень мозгового натрийуретического пептида в плазме. Это исследование подтвердило безопасность и эффективность длительной терапии варденафилом при легочной гипертензии.

Накопленные данные показывают, что терапевтический потенциал варденафила распространяется на сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, кожные заболевания и патологию нервной системы. Препарат можно с успехом применять при множестве патологических состояний, таких как синдром Рейно, портальная гипертензия и инсульт. В исследовании, в котором изучалось влияние варденафила на портальную гемодинамику, приняли участие 18 пациентов с циррозом



печени и 18 здоровых добровольцев. После приема 10 мг варденафила проводилась доплерометрия внутрипеченочного кровотока; АД и ЧСС измеряли непосредственно перед исследованием, через 1 и 48 ч после приема препарата. У 5 пациентов инвазивно измеряли давление в печеночных венах. Кровоток в воротной вене возрос в среднем на 26%; также отмечено увеличение индекса сопротивления в печеночной артерии и достоверное снижение градиента венозного внутрипеченочного давления. Системное АД снизилось незначительно. Таким образом, варденафил увеличивает внутрипеченочный кровоток и снижает давление в воротной вене, что открывает новые возможности лечения портальной гипертензии [17].

Лечение пациентов с дисфункцией сфинктера Одди направлено на уменьшение сопротивления оттока желчи и панкреатического сока. Варденафил, ингибируя ФДЭ-5, снижает уровень цГМФ, что приводит к расслаблению гладкой мышцы сфинктера. Проспективное исследование, в котором приняли участие 20 пациентов с дисфункцией сфинктера Одди, продемонстрировало снижение базального давления в сфинктере с 59,5 до 26,9 мм рт. ст. после введения 10 мг варденафила; средняя амплитуда при этом снизилась со 132,2 до 66,2 мм рт. ст. Таким образом, варденафил может с успехом применяться у пациентов с холестазом [18].

Клинические данные показывают, что помимо воздействия на эректильную функцию варденафил влияет на тонус сосудов легких, сердца и других тканей, а также улучшает симптомы доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Учитывая возможность широкого применения ингибиторов ФДЭ-5, важно оценить их взаимодействие с другими лекарственными средствами. Обзор литературы, посвященной этой проблеме, показал, что использование нитратов остается единственным противопоказанием для применения любых ингибиторов ФДЭ-5. Варденафил не рекомендуется и пациентам,

принимающим антиаритмики типа 1А (хинидин и прокаинамид) или типа 3 (соталол, амиодарон). В отличие от ранних сообщений, недавние исследования показали допустимость сочетанного применения α -адреноблокаторов и варденафила. Меры предосторожности следует соблюдать и при сочетанном применении антиретровирусных ингибиторов протеаз и антибиотиков-макролидов.

Однако следует помнить, что статины и тестостерон действуют синергично с ингибиторами ФДЭ-5 на сексуальную активность [19]. Двойное слепое рандомизированное плацебоконтролируемое перекрестное исследование, посвященное влиянию комплексной терапии доксазозином и 10 мг варденафила на гемодинамический статус больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и ЭД, показало отсутствие клинически значимой гипотонии или иных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий: 37 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и ЭД получали доксазозин в дозах 4 и 8 мг соответственно. Сочетание доксазозина и варденафила привело к снижению максимального САД в положении стоя в среднем на 6,18 мм рт. ст. (95% ДИ 12,02–0,33, $p = 0,039$); только у 1 пациента САД бессимптомно снизилось до 85 мм рт. ст. [20].

Поскольку ингибиторы ФДЭ-5 относятся к мягким вазодилаторам, сочетанный их прием пациентами с АГ, получающими β -блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, антагонисты кальция, диуретики, приводит, как правило, к незначительному дополнительному снижению АД без существенного увеличения побочных эффектов. У некоторых пациентов развивается ортостатическая гипотензия, когда ингибиторы ФДЭ-5 используют в сочетании с α -блокаторами (обычно у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы). Некоторые исследования показывают, что взаимодействие

переносится лучше при длительном приеме α -адреноблокаторов. Таким образом, правильное использование сочетанной терапии гипотензивными препаратами и варденафилом высокоэффективно и безопасно [21].

Ингибиторы ФДЭ-5 не всегда эффективны в лечении ЭД у пожилых мужчин. Причиной этого является возрастной дефицит андрогенов; сниженный уровень тестостерона отмечается у 32–35% мужчин с ЭД. Монотерапия препаратами тестостерона при ЭД улучшает эрекцию лишь в 40–60% случаев [22]. Хотя Левитра и является мощным средством сексуальной адаптации мужчин с ЭД, от 20 до 50% пациентов отмечают недостаточно хорошие результаты от монотерапии данным препаратом. Эрекция значительно улучшается при комбинированном применении варденафила и тестостерона. Применение тестостерона в комбинации с ингибиторами ФДЭ-5 может улучшить эрекцию у 80% таких пациентов [23].

Для изучения влияния варденафила на когнитивные, аффективные и физиологические стороны половой функции женщин, страдающих от сексуальной дисфункции, было проведено двойное слепое рандомизированное плацебоконтролируемое перекрестное исследование, в котором участвовали 28 пациенток с низкой сексуальной чувствительностью. Комбинация варденафила с тестостероном улучшала все показатели сексуальной функции. Таким образом, для женщин с низким уровнем сексуального желания активация центральных механизмов под влиянием комбинации тестостерона и варденафила может быть перспективным методом лечения [24].

Приведенные данные свидетельствуют о том, что плейотропные эффекты варденафила открывают новые возможности лечения не только ЭД, но и многих соматических заболеваний. Применение Левитры в терапии кардиоваскулярных заболеваний безопасно, а учет лекарственных взаимодействий лишь расширит область использования этого препарата. ☺



НИИ фармации
Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова,
лаборатория
фармакоэкономики

Фармакоэкономический анализ лечения хронического бактериального простатита с применением монотерапии антибиотиками и комбинацией антибиотиков с препаратом Вобэнзим

К.м.н. Т.Н. МОИСЕЕВА, В.Г. СЕРПИК, к.м.н. А.Ю. КУЛИКОВ

В статье приведен сравнительный фармакоэкономический анализ применения ферментного препарата Вобэнзим в сочетании с антибиотиками фторхинолонового ряда и монотерапии антибиотиками при лечении хронического бактериального простатита. Проведен анализ «затраты – эффективность» для сравниваемых технологий, в результате чего сделан вывод, что лечение хронического бактериального простатита комбинацией антибиотиков и Вобэнзима является предпочтительней с фармакоэкономической точки зрения по сравнению с монотерапией антибиотиками.

Хронический бактериальный простатит (ХБП) – это длительно текущее заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нарушений, при котором поражается паренхиматозная и интерстициальная ткань предстательной железы. ХБП является одним из наиболее распространенных заболеваний: по данным литературы, им страдают от 20 до 70% мужчин преимущественно трудоспособ-

ного и репродуктивного возраста (20–50 лет) [1–4].

В настоящее время разработаны и широко применяются различные методы лечения больных ХБП. Основным этиотропным лечением ХБП является антибактериальная терапия, в результате которой достаточно быстро исчезают клинические симптомы заболевания, но радикальное устранение очага инфекции в предстательной железе происходит редко. Это объясняется тем, что

большинство препаратов плохо проникают в железу из-за низкого уровня pH (кислая среда, характерная для воспаления) и нарушений микроциркуляции в простате. Кроме того, проведение антибиотикотерапии сопровождается нежелательными явлениями, характерными для данной группы лекарственных средств: аллергическими реакциями, дисбактериозом, возникновением и распространением резистентных к этиотропным препаратам штаммов возбудителей. Это обуславливает необходимость поиска, изучения и внедрения в повседневную клиническую практику дополнительных лекарственных средств, направленных на повышение эффективности антибиотикотерапии и коррекцию ее побочных действий.

В последние годы определенные успехи в этом направлении наблюдаются при использовании препаратов системной энзимотерапии, в частности Вобэнзима («Мукос Фарма», Германия). Широкий



Таблица 1. Результаты сравнительного анализа эффективности монотерапии антибиотиками и комбинированной терапии (антибиотики + Вобэнзим)

Схемы лечения	Количество пациентов	Количество пациентов с ремиссией после 1-го курса лечения (%)	Частота рецидивов у пациентов (%)			
			В первое полугодие после лечения	Во второе полугодие после лечения	Через 2–3 года после лечения	Через 4–6 лет после лечения
Антибиотики + Вобэнзим (1-я группа)	70	67 (95,7%)	1 (1,4%)	3 (4,3%)	2 (2,9%)	2 (4,9%)
Антибиотики (2-я группа)	65	42 (64,6%)	8 (12,3%)	9 (13,8%)	10 (18,9%)	8 (25%)

спектр терапевтических эффектов Вобэнзима (противовоспалительное, противоотечное, анальгезирующее, фибринолитическое, антиагрегантное, иммуномодулирующее действия) позволяет использовать его в комплексном лечении различных заболеваний, в том числе ХБП [5, 6]. Вобэнзим существенно увеличивает степень кумуляции антибактериальных лекарственных средств в тканях, способствуя поддержанию их эффективной терапевтической концентрации в организме в течение длительного времени [7, 8].

Проблему выбора между сравниваемыми схемами лечения в современном здравоохранении следует решать в контексте соотношения их терапевтической эффективности и стоимости. Одним из основных подходов к решению указанной задачи является применение метода фармакоэкономического анализа (ФЭК) [9]. Представляется актуальным проведение фармакоэкономического исследования целесообразности использования Вобэнзима при лечении ХБП антибактериальными лекарственными средствами.

Для достижения поставленной цели необходимо изучить современные подходы к лечению ХБП, выявить критерии клинической эффективности современных методов терапии урологических инфекций у мужчин, которые могут быть использованы для проведения ФЭК, определить их значения на основе анализа рандомизированных клинических исследований. Кроме того, следует рассчитать затраты на проведение лечения ХБП, провести фармако-

экономический анализ лечения ХБП антибиотиком и комбинацией антибиотика с Вобэнзимом методом «затраты – эффективность».

Методика проведения анализа эффективности

Первый этап фармакоэкономического исследования предусматривал изучение литературных данных об использовании Вобэнзима в урологической практике. Работа В.Н. Ткачука и соавт. [4] посвящена изучению сравнительной эффективности лечения ХБП антибиотиками и их сочетанием с Вобэнзимом.

Основу исследования составили данные обследования и лечения 135 больных ХБП, разделенных на 2 группы: в первую группу вошли 70 больных, которые помимо антибиотиков фторхинолонового ряда (офлоксацин, левофлоксацин) получали препарат системной энзимотерапии Вобэнзим (основная группа), во вторую – 65 больных, которым назначалась только традиционная антибиотикотерапия (группа сравнения). Критерием исключения являлось проведение пациентам лечения ХБП в течение последних 3 месяцев перед исследованием. Возраст наблюдаемых больных колебался от 18 до 45 лет, средний возраст – $28,3 \pm 2,9$ лет, длительность заболевания – от 3 месяцев до 5 лет. Минимальный срок наблюдения за больными составил 5 месяцев, максимальный – 7 лет.

Сравнительный анализ эффективности терапии в проведенном клиническом исследовании показал, что частота ремиссий у паци-

ентов существенно различалась в зависимости от того, какое лечение они получали. Показателем эффективности лечения послужил процент пациентов, у которых после лечения в контрольном бактериологическом исследовании эякулята возбудитель заболевания не выявлялся.

Согласно результатам исследования, более высокую эффективность лечения ХБП демонстрирует комбинация антибактериальных лекарственных средств с Вобэнзимом по сравнению с монотерапией антибиотиками (табл. 1).

Широкий спектр терапевтических эффектов ферментного препарата Вобэнзим (противовоспалительное, противоотечное, анальгезирующее, фибринолитическое, антиагрегантное, иммуномодулирующее действия) позволяет использовать его в комплексном лечении различных заболеваний, в том числе хронического бактериального простатита.

У пациентов, принимающих Вобэнзим, концентрация антибиотика в предстательной железе оказалась значительно выше, чем у пациентов, принимающих только антибиотик: в первой группе – $5,1 \pm 0,5$ мг/мл, во второй – $3,4 \pm 0,5$ мг/мл ($p < 0,01$).

У больных ХБП в процессе комплексного лечения (антибиотик



в сочетании с Вобэнзимом) по сравнению с лечением только антибиотиком наблюдалось улучшение показателей, характеризующих состояние микроциркуляции в предстательной железе: диастолическая скорость кровотока в артериях у пациентов первой группы возросла в 1,5 раза, в то время как во второй группе – в 1,2 раза; средняя линейная скорость кровотока в сосудах у больных первой группы увеличилась в 1,4 раза, второй – в 1,1 раза. Кроме того, применение Вобэнзима позволяет устранить или существенно уменьшить болевой синдром и расстройства мочеиспускания, улучшить показатели спермограммы. Использование Вобэнзима в лечении ХБП способствует элиминации возбудителя из очага инфекции и улучшению качества жизни пациентов.

Методика проведения анализа затрат

В ходе исследования проводилась оценка следующих прямых медицинских затрат:

- затраты на лекарственные препараты;
- оплата консультаций врачей-специалистов (уролог);
- стоимость лабораторной диагностики (общеклинические анализы крови и мочи, бактериологические посевы мочи и эякулята, определение чувствительности к антибиотикам, биохимическое исследование крови, спермограммы, ультразвуковое исследование (УЗИ) предстательной железы).

Оценка прямых немедицинских и других затрат (расходы больного на проезд к месту прохождения лечения, оплата временной нетрудоспособности и т.д.) в рамках исследования не проводилась. Анализ затрат на лекарственные препараты осуществлялся на основании данных об их стоимости, представленных в сети Интернет, на 21.09.2008. Для проведения расчетов других прямых медицинских затрат были использованы тарифы на оказание амбулаторной медицинской помощи в урологи-

ческом отделении клиник Первого МГМУ им. И.М. Сеченова на 2008 г. Объем включенных в анализ медицинских услуг определялся в соответствии со стандартом медицинской помощи больным простатитом, утвержденным приказом Минздравсоцразвития РФ от 31.08.2006 № 618 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным простатитом». Расчет стоимости фармакотерапии состоял из следующих этапов:

- стоимость одного курса лечения ХБП антибиотиками на 100 пациентов;
- стоимость одного курса лечения ХБП антибактериальными препаратами в сочетании с Вобэнзимом на 100 пациентов;
- стоимость посещения врача и проведения лабораторных исследований;
- затраты на лечение ХБП у пациентов, получавших антибиотики и антибиотики в сочетании с Вобэнзимом;
- затраты на лечение рецидивов заболевания в течение 1 года после первого курса лечения;
- общие затраты на лечение 100 пациентов, страдающих ХБП в течение 1 года (антибиотиками и антибиотиками в сочетании с Вобэнзимом).

На первом этапе рассчитывали стоимость антибиотиков на один курс лечения на 100 пациентов (C_A) по формуле:

$$C_A = C_{уп} \times n_{уп} \times 100,$$

где $C_{уп}$ – цена упаковок;
 $n_{уп}$ – требуемое количество упаковок на курс лечения.

Количество упаковок антибиотика на курс лечения на одного пациента рассчитывали по формуле:

$$n_{уп} = (T \times D) / t,$$

где T – количество таблеток, принимаемых в день;
 D – количество дней приема;
 t – количество таблеток в упаковке.

На следующем этапе исследования рассчитывали стоимость лечения ХБП антибиотиком в со-

четании с Вобэнзимом на 100 пациентов по формуле:

$$C_{A+B} = C_A + C_{упВ} \times n_{В курс} \times 100,$$

где $C_{упВ}$ – цена упаковки Вобэнзима;
 $n_{В курс}$ – количество упаковок Вобэнзима на курс лечения.

Для определения общих затрат на лечение рассчитывали стоимость посещения врача и стоимость лабораторных исследований. Согласно стандарту медицинской помощи больным простатитом при оказании специализированной медицинской помощи, осмотр пациента урологом происходит дважды (в момент первичного обращения и по окончании курса лечения), тогда же необходимо провести лабораторную диагностику (общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи и эякулята, бактериологический посев мочи и эякулята с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам, УЗИ предстательной железы).

Для расчета общих затрат на один курс лечения в группе пациентов, которым проводилась комбинированная лекарственная терапия антибиотиками в сочетании с Вобэнзимом, использовали формулу:

$$C_{OAB} = C_{A+B} + 100 \times 2 \times C_{урол} + 100 \times 2(C_{АнКр} + C_{БхКр} + C_{АнМо} + C_{Ан.сек.Пр.ж.} + C_{БакМо} + C_{БакЭяк} + C_{УЗИ}),$$

где C_{OAB} – общая стоимость лечения курсом «антибиотик + Вобэнзим» у 100 пациентов;
100 – коэффициент пересчета на 100 человек;
2 – число посещений уролога;
 $C_{урол}$ – стоимость консультации уролога;
 $C_{АнКр}$ – стоимость анализа крови;
 $C_{БхКр}$ – стоимость биохимического анализа крови;
 $C_{АнМо}$ – стоимость анализа мочи;
 $C_{Ан.сек.Пр.ж.}$ – стоимость анализа секрета предстательной железы;
 $C_{БакМо}$ – стоимость бактериологического посева мочи;
 $C_{БакЭяк}$ – стоимость бактериологического посева эякулята;
 $C_{УЗИ}$ – стоимость ультразвукового исследования предстательной железы.



Расчеты проводились согласно тарифам на оказание амбулаторной медицинской помощи в клиниках Первого МГМУ им. И.М. Сеченова на 2008 г. для урологического отделения.

Во второй группе больных, получавших только антибиотики, расчет затрат на один курс лечения проводили по формуле:

$$C_{OA} = C_A + 100 \times 2 \times C_{урол} + 100 \times 2(C_{АнКр} + C_{БхКр} + C_{АнМо} + C_{Ан.сек.Пр.ж.} + C_{БакМо} + C_{БакЭяк} + C_{УЗИ}),$$

где C_{OA} – общая стоимость терапии ХБП только антибиотиками у 100 пациентов.

В течение первого полугодия после окончания лечения в первой группе больных наблюдались рецидивы заболевания у 1,4%, во второй группе – у 12,3%; в течение следующего полугодия рецидивы развились в первой группе у 4,3%, во второй группе – у 13,8% больных. Из этого следует, что потребовалось проведение повторного курса обследования и лечения в полном объеме в течение первого года в первой группе – 1,4% + 4,3% = 5,7%, во второй – 12,3% + 13,8% = 26,1% пациентов. Рассчитаны общие затраты на лечение с учетом повторного курса аналогичной терапии рецидивов заболевания в течение 1 года:

$$C_{OABP} = C_{OAB} + 5,7 \times C_{OAB} / 100; \\ C_{OAP} = C_{OA} + 26,1 \times C_{OA} / 100,$$

где C_{OAP} – общая стоимость лечения рецидива ХБП антибиотиками у 100 пациентов в течение 1 года; 26,1 – процент пациентов с рецидивом заболевания в течение года, получавших только антибиотик; C_{OABP} – общая стоимость лечения антибиотиком в сочетании с Вобэнзимом у 100 пациентов с рецидивом ХБП в течение 1 года; 5,7 – процент пациентов с рецидивом заболевания в течение года, пролеченных антибиотиком в сочетании с Вобэнзимом.

Методика проведения анализа «затраты – эффективность»

Анализ «затраты – эффективность» – метод фармакоэконо-

мического исследования, предусматривающий проведение сравнительной оценки результатов и затрат при двух и более вмешательствах, эффективность которых различна, а результаты измеряются в одних и тех же единицах.

В анализе «затраты – эффективность» используются результаты проведенных ранее исследований этих показателей с целью определения стоимости единицы эффективности, представляемой сравниваемыми технологиями. В результате данного анализа получают коэффициент «затраты – эффективность» медицинской технологии:

$$CER = Cost / Ef,$$

где CER – коэффициент «затраты – эффективность»; Cost – затраты на медицинскую технологию, руб.; Ef – показатель эффективности медицинской технологии.

Полученные результаты интерпретируются следующим образом: с позиции анализа «затраты – эффективность» преимуществом обладает та технология, коэффициент «затраты – эффективность» которой ниже [10].

Анализ эффективности

По данным В.Н. Ткачука и соавт., элиминация возбудителя наблюдалась у 95,7% больных ХБП, получавших лечение антибиотиками в сочетании с Вобэнзимом (первая группа), и лишь у 64,6% у пациентов, которым была назначена только антибиотикотерапия (вторая группа). Учитывая рецидивы заболевания в течение первого года после лечения, авторы статьи вычли этот процент неудач из первичного процента ремиссий, и, таким образом, эффективность в основной группе составила 90%, а в группе сравнения – 38,5%.

Анализ затрат на проводимую терапию

Стоимость курса лечения антибиотиком у 100 больных состави-

ла 246 400 руб., стоимость курса антибиотика в сочетании с Вобэнзимом – 561 904 руб. (для проведения расчетов, согласно данным исследования В.Н. Ткачука и в соответствии со стандартом медицинской помощи больным простатитом, брали стоимость антибиотика Таривид).

Затраты на лечение в группе пациентов, получавших антибиотик в сочетании с Вобэнзимом, составили 1 221 904 руб. в расчете на 1 курс лечения у 100 пациентов. С учетом рецидивов заболевания, требующих повторных курсов, общие затраты на лечение 100 больных ХБП в течение года

Вобэнзим существенно увеличивает степень кумуляции антибактериальных лекарственных средств в тканях, способствуя поддержанию их эффективной терапевтической концентрации в организме в течение длительного времени. Таким образом, концентрация антибиотика в предстательной железе была выше у пациентов, получавших Вобэнзим.

составили 1 291 552,5 руб. Общие затраты на лечение в группе пациентов, получавших только антибиотик, составили 906 400 руб. из расчета на 1 курс лечения у 100 пациентов, 1 142 970,4 руб. – с учетом рецидивов заболевания в расчете на 100 больных в год (рис. 1).

Анализ «затраты – эффективность»

Временной горизонт анализа «затраты – эффективность» равнялся 1 году. Затраты при лечении только антибиотиками оказались меньше, чем при комбинированной терапии антибиотиком в сочетании с Вобэнзимом. Однако при проведении комбинированной терапии элиминация возбудителя из очага инфекции

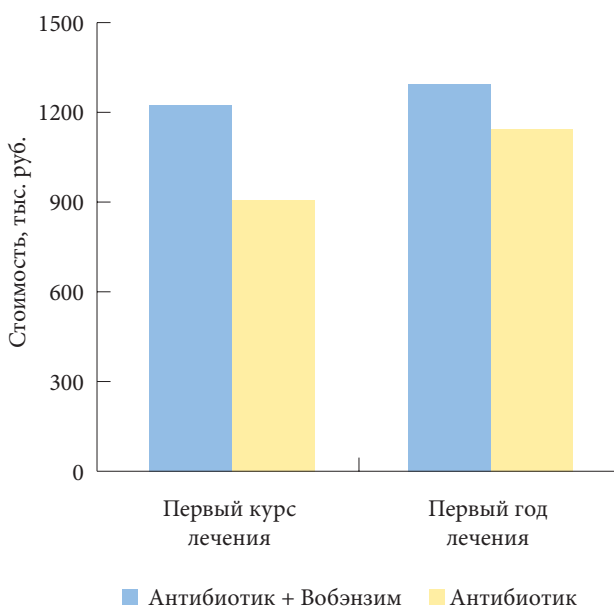


Рис. 1. Анализ «затраты – эффективность». Показатель «стоимость»

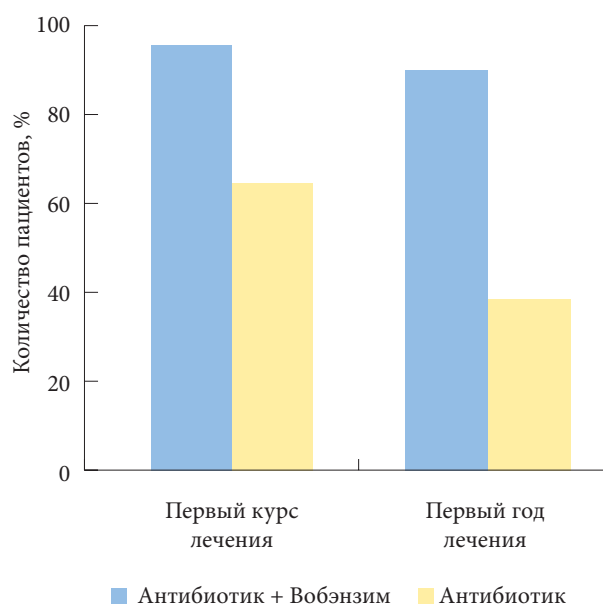


Рис. 2. Анализ «затраты – эффективность». Показатель «эффективность»

достигается в 95,6%, и в течение года ремиссия сохраняется в 90% случаев. При монотерапии антибиотиками элиминация возбудителя достигается в 64,6% случаев, из них в течение года рецидивы выявлены у 26,1% больных. Таким образом, состояние ремиссии сохраняется лишь у 38,5% пациентов.

В качестве основного фармакоэкономического показателя был рассчитан коэффициент «затраты – эффективность» (СЕР), показывающий, какие затраты (С) необходимы для достижения единицы эффективности (Ef), в данном случае – достижения ремиссии у 1% пациентов. Показатели «затраты – эффективность» для анализируемых альтернативных схем лечения были рассчитаны на момент окончания курса терапии и через год после начала лечения. Показатель «затраты – эффективность» на момент окончания лечения для комбинированной терапии ХБП антибиотиками и Вобэнзимом был равен 12 781 руб., а для монотерапии антибиотиками – 14 031 руб. Тот же показатель через год от начала лечения был равен для монотерапии антибиотиками 29 688 руб.,

а для комбинированной терапии с назначением Вобэнзима – 14 351 руб. Показатель «затраты – эффективность» для достижения ремиссии у 1% пациентов с ХБП оказался ниже для схемы комбинированной терапии «антибиотик + Вобэнзим» по сравнению

ки зрения фармакоэкономики схему лечения. Таким образом, комбинированная терапия ХБП антибиотиками и Вобэнзимом с точки зрения анализа «затраты – эффективность» рациональнее монотерапии антибиотиками.

Элиминация возбудителя наблюдалась у 95,7% больных хроническим бактериальным простатитом, получавших лечение антибиотиками в сочетании с Вобэнзимом, и лишь у 64,6% пациентов, которым была назначена только антибиотикотерапия. Учитывая рецидивы заболевания в течение первого года после лечения, эффективность в основной группе составила 90%, а в группе сравнения – 38,5%.

с монотерапией антибиотиком: соответственно 12 781 руб. против 14 031 руб. на момент окончания лечения и 14 351 руб. против 29 688 руб. через год после начала лечения (рис. 2). Наименьший коэффициент «затраты – эффективность» определяет преимущественную с точ-

Заключение

Проведенное сравнительное ретроспективное исследование показало фармакоэкономическое преимущество лечения ХБП комбинацией антибиотиков и ферментного препарата Вобэнзим по сравнению с монотерапией антибиотиками. 🌐

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИЕ ЭНЗИМЫ ПОВЫШАЮТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ

Антибиотики + Вобэнзим®

ПРОРЫВ МИКРОБНОЙ ЗАЩИТЫ



Вобэнзим®

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

- ◆ Инфекционные заболевания
- ◆ Урогенитальные инфекции
- ◆ Заболевания дыхательных путей
- ◆ Циститы, пиелонефриты
- ◆ Хирургические инфекции

- 1 Нарушает рост микробных колоний
- 2 Прерывает передачу факторов резистентности в микробных пленках
- 3 Повышают эффективность антибиотиков и их концентрацию в очаге воспаления
- 4 Активизирует иммунную систему, повышает продукцию интерферонов
- 5 Снижает токсичность антибиотиков, поддерживает микробиоценоз кишечника

1. Гостицев В.К. Энзимотерапия неспецифической хирургической инфекции. Автореф... докт. мед. наук. – Москва, 1972. – 34 с.
2. Повышение эффективности и снижение побочных эффектов антибактериальной терапии методом системной энзимотерапии //Методические рекомендации №32. – М.: 2005. – 32 с. 3. Ремезов А.П., Кнорринг Г.Ю. Системная энзимотерапия как способ потенцирования эффекта антибактериальных средств //Антибиотики и химиотерапия. – 2003. – Т. 48. №3. – С. 30-33. 4. Тец В.В., Кнорринг Г.Ю., Артеменко Н.К. и др. Влияние экзогенных протеолитических ферментов на бактерии //Антибиотики и химиотерапия. – 2004. – Т.49, №12. – С. 9-13.
5. Тец Г.В., Артеменко Н.К., Заславская Н.В. и др. Влияние экзогенных протеолитических ферментов на передачу плазмидных генов в смешанных бактериальных биопленках. //Антибиотики и химиотерапия.– 2009. – Vol.54, №9-10 – стр.3-5. 6. Фармакоэкономический анализ эффективности системной энзимотерапии при вагинальном дисбиозе у беременных женщин. Молодцова Л.Ю., Клишко Н.Н., Стернин Ю.И. и соавт.//Заместитель главного врача. – 2010, №2. – с.144-152

С.-Петербург (812) 406-7540
Москва (495) 231-2731



www.antibiotikiplus.ru
www.mucos.ru



Актуальность применения индигокармина в клинической диагностике

Д.м.н. В.С. САЕНКО, д.м.н., проф. Н.К. ДЗЕРАНОВ, С.В. ПЕСЕГОВ

Несмотря на широкое внедрение в медицинскую практику современных высокотехнологичных методов диагностики (ультразвуковое исследование, компьютерная томография и др.), традиционные, проверенные многолетним опытом диагностические манипуляции до сих пор не утратили актуальности и незаменимы в некоторых сложных клинических ситуациях. Одной из таких методик является проба с применением красящего вещества – индигокармина. В статье приведены примеры использования индигокарминовой пробы в диагностике урологической и гинекологической патологии, а также в абдоминальной хирургии.

Индигокармин хорошо известен в медицине и пищевой промышленности как диагностическое средство и безопасный краситель. Он представляет собой динатриевую соль индиго-5,5'-дисульфокислоты ($C_{16}H_8N_2Na_2O_8S_2$), получаемую сульфированием индиго (рис. 1). Легко растворим в воде, применяется для изготовления чернил, подкрашивания пищевых продуктов, а также как химический индикатор, в том числе при гистологических методах исследования и в клинической диагностике [1, 2].

Изучение хронического токсического воздействия индигокармина в эксперименте на животных свидетельствует об отсутствии у него пирогенного и иммунотоксического эффекта. Данные патоморфологического исследования, проведенного с целью изучения

возможного раздражающего действия вещества, показывают, что у подопытных животных не возникало дистрофических, деструктивных, очаговых склеротических изменений в паренхиматозных клетках и строме внутренних органов и головного мозга, что демонстрирует отсутствие кумулятивных свойств у препарата в исследованных дозах. Даже длительное (в течение 30 дней) ежедневное введение препарата Индигокармин (производитель – ООО «Эллара») экспериментальным животным в дозах, превышающих рекомендованные для человека в 10 раз, не оказывало вредного воздействия на основные системы органов и тканей (нервную, сердечно-сосудистую, кровеносную, выделительную, дыхательную), обмен веществ, общее состояние и важные физиологические параметры гомеоста-

за. Следует отметить отсутствие у лекарственной формы препарата Индигокармин раздражающего действия [2].

В 1864 г. Н.А. Хржонцевский разработал способы введения индигокармина в кровяное русло с целью изучения гистофизиологии различных органов (печени, почек и др.). В гистологической технике индигокармин применяется преимущественно в комбинации с кармином, гематоксилином, основным фуксином, пикриновой кислотой.

В урологической практике наибольшее применение нашла индигокарминовая проба. Отечественными учеными (В.Р. Брайцев, В.И. Добротворский и др.) установлено, что основным депо индигокармина является печень, откуда препарат поступает в почки, выделяясь преимущественно их клубочковой системой (Е.М. Тареев). Достоверно установлено, что отсутствие выделения индигокармина наблюдается лишь при полном анатомическом разрушении почки. Выделение почкой индигокармина не говорит об отсутствии в ней патологического процесса, а указывает лишь на сохранение больной почкой ее функциональной способности [3].

Применение индигокармина в урологии основано на способности этого красителя быстро выделяться в неизменном виде с мочой, не вызывая нарушения функции почек. Препарат применяют в виде готового 0,4%



раствора в ампулах (рН 4,0–5,5) для исследования выделительной функции почек и динамической деятельности почечных лоханок и мочеточников (хромоцистоскопия). Индигокармин является малотоксичным веществом и не обладает специфическими видами токсичности; в некоторых случаях может вызывать аллергию у чувствительных лиц.

При нормальной функции почек краситель начинает выделяться из мочеточников через 2–3 минуты, максимальное выведение отмечается через 6–8 минут, заканчивается через 1–1,5 часа. У больных с нарушенной функцией почек выделение менее интенсивное и замедленное. Замедление выделения индигокармина возможно не только при заболеваниях почек, но и при декомпенсации сердечной деятельности, гипертонической болезни и других заболеваниях, сопровождающихся нарушением почечного кровотока. Раствор индигокармина можно вводить также в полости и свищи для выявления нарушений целостности полости, определения протяженности и направления свищевых ходов. С этой целью внутривенно вводят 0,4% раствор или разводят 5 мл раствора в 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия [1–4].

Хромоцистоскопия – красочная проба, позволяющая отдельно определить нарушение функции правой и левой почек по времени и интенсивности выделения индигокармина. После проведения цистоскопа по уретре в мочевой пузырь больному внутривенно вводят 2–5 мл 0,4% раствора индигокармина в зависимости от массы тела и следят за временем выделения из устьев мочеточников мочи, окрашенной в синий цвет. Начинать наблюдение нужно с устья мочеточника предполагаемо здоровой почки, так как индигокармин из нее выделяется раньше. После установления времени выделения индигокармина продолжается наблюдение за устьем противоположной стороны. При нормальной моче-

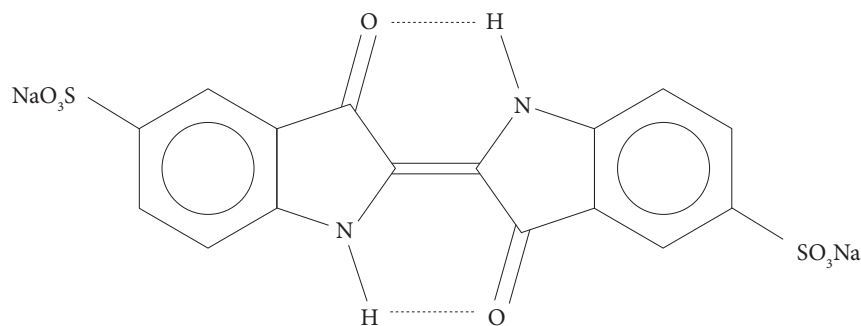


Рис. 1. Структурная формула индигокармина

выделительной функции почек индигокармин выделяется из мочеточников на 3–5-й минуте, при пониженной – позже, и интенсивность окраски мочи будет слабее. Наблюдение за выделением индигокармина продолжается 10–12 минут. Отсутствие или запоздалое выделение индигокармина из одного из мочеточников свидетельствует о патологическом процессе в почке или мочевыводящих путях на соответствующей стороне, являясь очевидным доказательством нарушения динамики опорожнения малых чашечек и почечной лоханки вследствие механических причин (камень, стриктура), атонии мочеточника нейрогенного происхождения, а также значительных деструктивных или атрофических изменений паренхимы почки, резко нарушающих ее функцию (гидронефроз, пиелонефроз, гнойный пиелонефрит). При коралловидных камнях почки в большинстве случаев отмечается позднее и слабое выделение индигокармина (рис. 2) [3]. Метод хромоцистоскопии с успехом применяется для дифференциальной диагностики между почечной, аппендикулярной или печеночной коликой, кишечной непроходимостью, так как при острых заболеваниях органов брюшной полости выделение индигокармина из обоих устьев не нарушено. Отсутствие выделения индигокармина из какой-либо почки может помочь врачу поставить правильный диагноз и избавить больного от ненужной диагностической лапаротомии.

Следует отметить недостатки хромоцистоскопии: при опухоли почки индигокармин может выделяться своевременно, окраска его будет интенсивной, если сохранился участок нормальной паренхимы и не нарушен отток мочи; невозможно отличить нарушение секреторной функции почки при патологическом процессе в паренхиме от нарушения мочевыделительной функции, например, при конкременте мочеточника. При отсутствии выделения индигокармина одной почкой врач должен внимательно следить за мочеточниковым

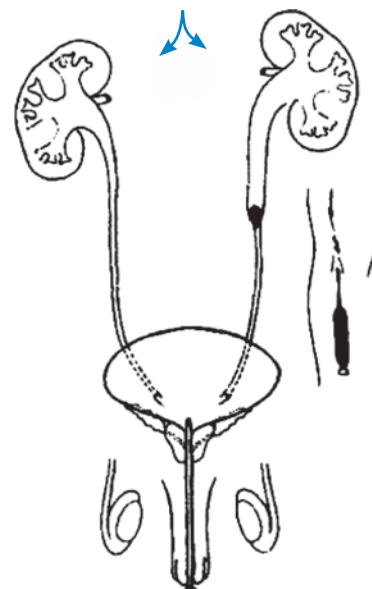


Рис. 2. Схема красочной пробы с индигокармином. Отток мочи и раствора индигокармина из левой почки нарушен конкрементом в средней трети мочеточника



Применение индигокармина в урологии основано на способности этого красителя быстро выделяться в неизменном виде с мочой, не вызывая нарушения функции почек. Препарат применяют для исследования выделительной функции почек и динамической деятельности почечных лоханок и мочеточников.

устьем этой стороны. Забрасывание, иногда очень интенсивное, индигокармина здоровой почкой на противоположную сторону может создать ложное впечатление лишь о некотором запаздывании выделения его больной почкой. Опасность ошибки увеличивается при «пустых» сокращениях мочеточника на больной стороне.

В настоящее время красочную пробу с индигокармином успешно заменяет неинвазивное ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором нарушается оттока мочи подтверждается дилатацией верхних мочевых путей. Именно поэтому хромоцистоскопию следует считать ориентировочной функциональной почечной пробой, дополняющей исследования с применением современных методов – экскреторной урографии или многослойной компьютерной томографии [3].

Применение индигокарминовой пробы может оказать существенную помощь в сложных диагностических ситуациях, например, при определении локализации дистопированного или второго устья мочеточника при полном удвоении верхних мочевых путей, при поиске устья мочеточника, прикрытого опухолевым процессом в мочевом пузыре или поврежденного в результате оперативного вмешательства (при трансуретральной резекции мочевого пузыря), при выявле-

нии патологического соустья различных органов с мочевыми путями на любом уровне. Пересечение мочеточника сопровождается экстравазацией мочи, образованием мочевых затеков и формированием свищей. Распознаванию травмы мочеточника способствует своевременное проведение индигокарминовой пробы.

В оперативной гинекологии индигокарминовая проба является одной из наиболее быстрых и малозатратных диагностических процедур при подозрении на интраоперационное повреждение мочеточников. Полное пересечение или пристеночное повреждение мочеточников в ходе гинекологических операций редко обнаруживается, так как внимание врача направлено на борьбу с кровотечением. Однако поступление красителя в рану при проведении индигокарминовой пробы заставит оперирующего хирурга сосредоточить свое внимание на поиске источника поступления красящего раствора и своевременно устранить повреждение мочевых путей.

Поздняя диагностика повреждения мочевых путей основана на данных специальных урологических исследований. Так, при одностороннем пересечении мочеточника на стороне повреждения его устье не сокращается, индигокармин из него не выделяется; на противоположной стороне индигокармин выделяется из устья. При пристеночном повреждении мочеточников устья сокращаются редко и слабо, индигокармин выделяется вялой струйкой.

Для диагностики мочеточниково-влагалищных свищей также используется индигокарминовая проба. Окрасивание вагинального тампона синим цветом позволяет подтвердить наличие мочеточниково-влагалищного свища и иногда помогает определить локализацию свищевого хода. Обнаружение выделения окрашенной мочи индигокармином, введенным внутривенно, при осмотре влагалища в зеркалах также по-

может определить локализацию мочеточниково-влагалищного или мочепузырно-влагалищного свища.

При подозрении на так называемые неполные мочеточниково-влагалищные свищи, образующиеся при пристеночном повреждении мочеточников, рекомендуется следующий диагностический прием: туго тампонируют влагалище, катетерируют один из мочеточников и в лоханку ретроградно вводят 1–2 мл индигокармина. Мочеточниковый катетер тотчас же извлекают. По окрашиванию тампона индигокармином определяют наличие мочеточниково-влагалищного свища и сторону повреждения. Такую же манипуляцию повторяют и с другой стороны.

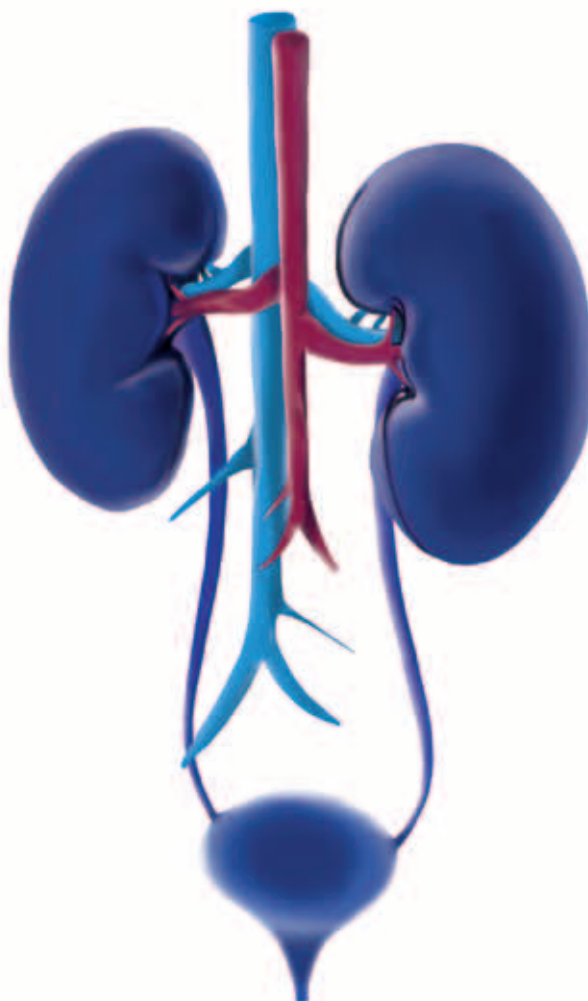
Внутривенное введение индигокармина может применяться для проведения фракционного хроматического дуоденального зондирования. Попадая с током крови в печень, индигокармин в ее клетках редуцируется с образованием бесцветной лейкобазы, в связи с чем печеночная желчь не меняет своего цвета, то есть остается золотисто-желтой и в таком виде выделяется из печени. В желчном пузыре лейкобаза красителя вновь становится синей, образуя хромоген, окрашивающий пузырную желчь в синезеленый цвет. Фракционное хроматическое дуоденальное зондирование позволяет выявить динамику выделения пузырной желчи, отличить пузырную желчь от холедоховой и печеночной у больных хроническим холециститом с резко сниженной концентрационной функцией желчного пузыря, когда пузырная желчь внешне трудноотличима от печеночной.

В заключение необходимо отметить, что диагностические методики с использованием индигокармина, несмотря на их длительное применение в медицине, актуальны в урологии, гинекологии, хирургии и в настоящее время. 🌐

ИНДИГОКАРМИН

Раствор для инъекций 4 мг/мл

Диагностическое средство, которому доверяют

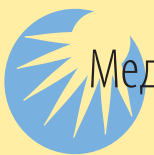


Применяется:

- в урологии
- в хирургии

Исследование выделительной функции почек и динамической деятельности почечных лоханок и мочеточников.

Для визуального выявления нарушений целостности полостных органов и протяженности свищевых ходов.



Особенности реабилитации половой функции у урологических пациентов

В рамках проходившей в Москве IV Всероссийской урологической видеоконференции «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы» состоялся сателлитный симпозиум компании «Эли Лилли». Симпозиум был посвящен ежедневному использованию малых доз ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), в частности Сиалиса (тадалафила) 5 мг, в качестве средств восстановления эректильной функции у пациентов, перенесших хирургические вмешательства на органах малого таза.

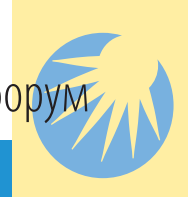
Особенности восстановления эректильной функции у пациентов после урологических операций

По мнению д.м.н., профессора кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова С.И. ГАМИДОВА, значимость проблемы восстановления эректильной функции во многом определяется характером заболевания, которое стало причиной обращения больного к врачу. Например, для пациента с раком мочевого пузыря или предстательной железы проблема нормализации сексуальной жизни не является приоритетной, поскольку главная задача для него – это лечение жизнеугрожающего заболевания. Однако спустя некоторое время (от 1 до 6 месяцев) после успешного хирургического вмешательства пациент начинает интересоваться вопросами восстановления эрекции. Именно поэтому, подчеркнул профессор С.И. Гамидов, «еще в дооперационный период необходимо определить тактику лечения, направленного на сохранение эректильной функции, и придерживаться ее во время и после операции». Конечно, начиная этот комплекс мероприятий, нужно ставить перед собой реальные задачи. Для



Профессор С.И. Гамидов

этого необходимо понимать, каких результатов в принципе можно добиться в каждом клиническом случае. Следует обратить внимание на предикторы, важнейшим из которых является наличие и качество эректильной функции у пациента в дооперационном периоде. Если еще до хирургического вмешательства эрекция отсутствовала или была слабо выражена, проведение профилактики



Сателлитный симпозиум компании «Эли Лилли»

сексуальных нарушений едва ли принесет результат. Еще одним прогностическим фактором, на который обратил внимание собравшихся профессор С.И. Гамидов, является возраст пациента: чем моложе мужчина, нуждающийся в радикальной операции на органах малого таза, тем выше шансы на сохранение эрекции. Следует также учесть стадию, локализацию и дифференцировку опухоли: чем ближе к нервным пучкам расположено новообразование, чем менее дифференцированы клетки и, конечно, чем выше стадия, тем меньше шансов на восстановление эректильной функции. Кроме того, на прогноз влияет наличие у пациента сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний.

Что касается того, какую операционную методику следует использовать, то, по мнению профессора С.И. Гамидова, наиболее эффективна нервосберегающая радикальная операция на органах малого таза. Однако проведение данной операции требует от врача не только квалификации, опыта, но и готовности приложить усилия для сохранения качества жизни больного. Желательно сохранить нервно-сосудистые пучки с обеих сторон (разумеется, если это позволяют размеры и локализация опухоли). Требуется максимально аккуратная техника с использованием луп и специального освещения на наиболее сложных этапах операции, а также отказ от электрокоагуляции в пользу клипс и лигатур. Уже имеются экспериментальные данные, указывающие на положительный эффект интраоперационной реконструкции кавернозных нервов и трансплантации периферических нервов, однако пока данные методики не обладают достаточной доказательной базой и не получили широкого распространения.

Когда нервосберегающие операции только входили в урологическую практику, и врачи, и пациенты возлагали на них огромные надежды, считалось, что все больные, перенесшие подобное вмешательство, сохранят сексуальную функцию. Однако сейчас, по прошествии некоторого времени, стало очевидно, что чуда не произошло: по разным данным, эректильная дисфункция наблюдается у 16–86% мужчин, перенесших радикальную простатэктомию. Таким образом, само по себе сохранение нервных пучков не гарантирует возможности пациенту жить нормальной половой жизнью.

Повреждение нервов в ходе операции на органах малого таза – не единственная причина послеоперационной эректильной дисфункции, проблема может быть вызвана и нарушением кровоснабжения полового члена. В результате повреждения добавочной кавернозной артерии у пациентов пропадает утренняя эрекция, нарушается питание кавернозных тел, что способствует возникно-

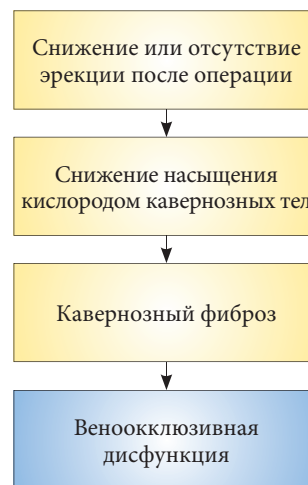


Рис. Патогенез эректильной дисфункции после радикальных операций на органах малого таза

вению кавернозного фиброза и развитию самой тяжелой формы эректильной дисфункции – веноокклюзивной (рис.). В этом случае единственным способом восстановления эрекции, к сожалению, является фаллопротезирование. Однако есть ряд других клинических ситуаций, позволяющих обойтись медикаментозными методами.

Считается, что нормальный срок для самостоятельного восстановления эректильной функции – 6–24 месяца. Однако следует помнить о том, что отсутствие эрекции на протяжении длительного времени само по себе негативно влияет на кровоснабжение кавернозных тел и способствует возникновению и прогрессированию фиброза. Для того чтобы избежать этого, медикаментозное лечение эректильной дисфункции следует начинать в ранний послеоперационный период, по данным разных авторов – через 2–9 месяцев после вмешательства.

Одним из средств, применяемых в лечении послеоперационной эректильной дисфункции, является ингибитор ФДЭ-5 Сиалис, эффективность которого доказана во многих плацебоконтролируемых клинических исследованиях. Так, в мультицентровом проспективном рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании, проведенном J. Montorsi (2004), приняли участие 38 клиник США, Канады и Европы, а общее число пациентов, включенных в исследование, составило 303 человека. В течение 12 недель участники исследования принимали «по требованию» Сиалис 20 мг/сут или плацебо. Анализ результатов показал, что в группе больных, принимавших Сиалис, среднее значение индекса эректильной функции МИЭФ было достоверно выше (17,7 баллов против 13,3 в группе контроля),

Урология



то же относится и к удовлетворенности лечением (она оценивалась по шкале EDITS и составила 58% против 34%).

Интересна и другая работа, проведенная О. Aydogdu и соавт. в 2011 г., в которой вместо опросников использовались объективные измерения длины и массы полового члена. В группе пациентов, перенесших двустороннюю нервосберегающую радикальную простатэктомию и принимавших Сиалис 20 мг/сут 3 раза в неделю, не отмечалось статистически достоверного уменьшения длины полового члена в состоянии покоя и эрекции по сравнению с контрольной группой. Данное исследование наглядно продемонстрировало, что на фоне приема ингибиторов ФДЭ-5 структура кавернозных тел сохраняется, поскольку известно, что кавернозный фиброз приводит к уменьшению размеров полового члена.

Профессор С.И. Гамидов привел результаты еще одной работы D.J. Lee и соавт., опубликованной в 2009 г., где было показано, что факторами, положительно влияющими на прогноз, являются сохранная дооперационная эрекция и длительный прием ингибиторов ФДЭ-5. Что же касается недостаточной приверженности больных к лечению, авторы работы связали ее с высокой стоимостью оригинальных препаратов.

Среди урологов до сих пор не существует единого мнения относительно того, следует ли принимать ингибиторы ФДЭ-5 постоянно или «по требованию», то есть непосредственно перед половым контактом. Наряду с работами, которые не выявили преимуществ ежедневного приема по сравнению с эпизодическим, существуют исследования, свидетельствующие о положительной роли регулярного приема ингибиторов ФДЭ-5 больны-

ми, перенесшими радикальную простатэктомию. С.И. Гамидов считает регулярный прием Сиалиса в дозе 5 мг/сут более целесообразным. С одной стороны, такое назначение оправдано с медицинской точки зрения, поскольку лечение должно начинаться в ранние сроки после операции и длиться достаточно долго, вызывая минимум побочных эффектов. С другой стороны, следует учитывать психологические факторы: если мужчина принимает Сиалис «по требованию», в ожидании встречи со своей партнершей, у него возникает ощущение, что без таблетки он уже «никогда не сможет», он начинает считать себя импотентом и страдать от чувства неполноценности. В то же время необходимость регулярно принимать еще одну таблетку в комплексе с другими препаратами (а ведь большинство пациентов, нуждающихся в ингибиторах ФДЭ-5, немолоды и, как правило, постоянно принимают антигипертензивные средства или другие препараты для контроля над хроническими заболеваниями) особых сложностей не вызывает.

В настоящее время, с появлением на рынке препарата Сиалис в дозировке 5 мг, ежедневный прием ингибиторов ФДЭ-5 стал доступен широкому кругу пациентов, а значит, данный препарат может назначаться всем, кто нуждается в долговременной терапии эректильной дисфункции.

Завершая свое выступление, профессор С.И. Гамидов отметил: «Несмотря на то что в настоящее время урологи не пришли к единому мнению относительно оптимального способа реабилитации пациентов после радикальной простатэктомии, не вызывает сомнения тот факт, что любая программа реабилитации сексуальной функции более эффективна, чем просто наблюдение».

Новая концепция использования ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа

Профессор кафедры урологии МГМСУ, д.м.н. А.С. СЕГАЛ в начале своего выступления кратко осветил историю препаратов группы ингибиторов ФДЭ-5. Как известно, появление силденафила в 1988 г. стало большим шагом на пути к решению проблемы эректильной дисфункции. На сегодняшний день в арсенале урологов имеются 4 препарата данной группы, которые широко применяются. Однако, по мнению профессора А.С. Сегала, подход к использованию ингибиторов ФДЭ-5 имеет ряд существенных недостатков.

В конце 1980-х гг. был сформулирован основной принцип приема ингибиторов ФДЭ-5, согласно которому силденафил мог использоваться исключи-



Профессор А.С. Сегал



Все мужчины разные... Решение одно!

СИАЛИС® – свобода выбора момента интимной близости

Индивидуальный подход в выборе терапии эректильной дисфункции и способа приема СИАЛИС® позволяет вашим пациентам вернуть естественность сексуальных отношений.

Какими бы разными они ни были.



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Торговое название препарата: СИАЛИС® (SIALIS®)

Международное (непатентованное) название: Тадалафил.

Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Дозировка: 20 мг.

Фармакотерапевтическая группа: зрительной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор. Тадалафил является эффективным, обратимым селективным ингибитором специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ-5) циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ).

Показания к применению: нарушения эрекции.

Противопоказания:

- установленная повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата;
- в случае применения препаратов, содержащих любые органические нитраты;
- применение у лиц до 18 лет.

Способ применения и дозы: для приема внутрь. Рекомендованная максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 20 мг. СИАЛИС® принимают перед предполагаемой сексуальной активностью независимо от приема пищи. Препарат следует принимать как минимум за 16 минут до предполагаемой сексуальной активности. Максимальная рекомендованная частота приема – один раз в сутки.

Побочное действие: наиболее часто отмеченными нежелательными событиями являются головная боль и диспепсия (11 и 7% случаев, соответственно). Нежелательные события, связанные с приемом тадалафила, были обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Другими обычными нежелательными эффектами являлись боль в спине, миалгия, заложенность носа и «приливы» крови к лицу.

Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг по 1, 2, 4, 8 таблеток в упаковке.

За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис 20 мг

П № 014761/01-2003 от 17.02.2003

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Торговое название препарата: СИАЛИС® (SIALIS®)

Международное (непатентованное) название: Тадалафил.

Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 и 5 мг.

Фармакотерапевтическая группа: зрительной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор.

Показания к применению: зрительной дисфункции.

Противопоказания:

- повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата;
- в случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты;
- применение у лиц до 18 лет;
- наличие противопоказаний к сексуальной активности у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда в течение последних 90 дней, нестабильная стенокардия, возникновение приступа стенокардии во время полового акта, хроническая сердечная недостаточность III-IV классов по классификации NYHA, неконтролируемые аритмии, артериальная гипотензия (АД менее 90/50 мм рт.ст.), неконтролируемая артериальная гипертензия, ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев;
- потеря зрения вследствие неартеральной передней ишемической нейропатии зрительного нерва (вне зависимости от связи с приёмом ингибиторов ФДЭ-5);
- одновременный приём доксазина, а также лекарственных средств для лечения зрительной дисфункции;
- часто (более 2 раз в неделю) применение у пациентов с хронической почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин);
- часто (более 2 раз в неделю) применение у пациентов с хронической почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин);
- дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Способ применения и дозы: для пациентов с частой сексуальной активностью (более двух раз в неделю): рекомендованная частота приёма – ежедневно, один раз в сутки 5 мг, в одно и то же время, вне зависимости от приёма пищи. Суточная доза может быть снижена до 2,5 мг в зависимости от индивидуальной чувствительности.

Побочное действие: нежелательные явления, связанные с приёмом тадалафила, бывают обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Наиболее частыми (≥ 1% < 10%) нежелательными явлениями являются головная боль и диспепсия, а также боль в спине, миалгия, «приливы» крови к лицу, заложенность носа.

Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 2,5 мг, 5 мг. По 14 и 28 таблеток в упаковке.

За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис 5 мг П № ЛП-000133 от 11.01.2011

Московское представительство
АО «Эли Лилли Восток С.А.» (Швейцария)
123317, Российская Федерация, г.Москва
Пресненская наб., д. 10
Тел.: (495) 258-50-01

Lilly MedInfo

Научная информация
для врачей по препаратам Eli Lilly
E-mail: medinfo_ru@lilly.com
Тел.: (495) 258-50-01

Lilly

Answers That Matter.



Регулярный прием малых доз ингибиторов ФДЭ-5 (Сиалис 5 мг), в отличие от эпизодического приема, обладает именно лечебным действием. На фоне такой терапии обеспечивается постоянная адекватная нагрузка для половой системы.

тельно в качестве препарата «по требованию». Однако такой подход существенно осложняет взаимодействие с пациентами. Во-первых, необходимость приема препарата, обеспечивающего эрекцию, болезненно воспринимается пациентами: по мнению мужчин, они переходят из категории здоровых людей в категорию импотентов. Во-вторых, нежелание пациентов принимать ингибиторы ФДЭ-5 связано с распространенным отношением к ингибиторам ФДЭ-5 как к некому «допингу», а не лекарству, а также мнением, что данные препараты являются «очень сильным средством», которое назначается только «абсолютным импотентам», и т.д.

Профессор А.С. Сегал отметил, что зачастую назначение ингибиторов ФДЭ-5 «по требованию» действительно делит всю мужскую популяцию на «здоровых» и «импотентов», при этом не учитываются переходные, возрастозависимые и другие состояния. По мнению А.С. Сегала, настал момент, когда нужно переходить к более широкому применению препаратов данной группы, поскольку они показаны всем мужчинам, испытывающим возрастное или ситуационное снижение сексуальной активности по сравнению с их индивидуальной нормой. При этом очень важно понимать, что никакого единого стандарта сексуальной активности нет и быть не может. Ориентироваться следует на индивидуальные особенности пациента и его половую активность в возрасте 30–40 лет.

Профессор А.С. Сегал подчеркнул, что регулярный прием малых доз ингибиторов ФДЭ-5, в отличие от эпизодического приема, обладает именно лечебным эффектом. Он восстанавливает половую активность, при этом – что немаловажно – используются минимальные эффективные дозы препаратов. Но главное преимущество непрерывного приема ингибиторов ФДЭ-5 состоит в том, что на фоне такой терапии обеспечивается постоянная адекватная нагрузка для половой системы. Имеются работы, свидетельствующие о том, что регулярные эрекции даже в отсутствие секса (например, ночные) благотворно влияют на состояние половой системы, так как обеспечивают адекватную оксигенацию. Нормализация сексуальной жизни влияет на качество жизни в целом: повышается настроение, снижается тревожность, улучшаются взаимоотношения. По мнению профессора А.С. Сегала, пациенты, которым врачи объясняли цели терапии, демонстрировали большую приверженность к лечению и переставали воспринимать препараты данной группы как некий допинг.

Завершая свое выступление, профессор А.С. Сегал подчеркнул важность назначения низких доз ингибиторов ФДЭ-5, так как они, с одной стороны, обеспечивают необходимый эффект, а с другой – обладают минимумом побочных действий. Однако решение о необходимости ежедневного приема препаратов данной группы должно приниматься в индивидуальном порядке.

Заключение

Симпозиум завершился активной дискуссией, в которой приняли участие как сторонники назначения ингибиторов ФДЭ-5 в малых дозах, но на регулярной основе, так и те урологи, которые видят преимущества в эпизодической коррекции эректильной дисфункции. В любом случае с появлением ингибитора ФДЭ-5 в малых дозах (Сиалис 5 мг) возможности эффективной терапии сексуальных нарушений у мужчин существенно расширились. 🌐

Подготовила А. Лозовская

Справка

В январе 2012 г. в Москве в четвертый раз состоялась Всероссийская урологическая видеоконференция с международным участием. Организаторами конференции выступили кафедра урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова и Российское общество урологов. В конференции приняли участие более 250 делегатов из различных регионов России и стран СНГ, а также из Германии, Франции, Турции и Израиля и более 350 специалистов в режиме онлайн. Конференция в очередной раз предоставила возможность урологам из различных регионов России и стран зарубежья обменяться уникальным опытом оперативных вмешательств по всем направлениям урологии (реконструктивной, лапароскопической, эндоурологии и др.). В течение двух дней были продемонстрированы более 80 фильмов-докладов. Все участники получили видеодиск с материалами конференции. В рамках конференции также проходила выставка ведущих производителей операционной техники, медицинских препаратов и расходных материалов в урологии.

I конгресс урологов Сибири с международным участием «Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации урологических заболеваний»

17–18 мая 2012 года, г. Кемерово

Государственная филармония Кузбасса, Советский проспект, д. 68

Основные темы конференции:

- Мочекаменная болезнь – актуальные вопросы консервативной терапии и оперативного лечения
- Онкоурология – тактика и лечение злокачественных опухолей почек, мочевого пузыря и простаты
- Воспалительные заболевания почек, мочевого пузыря, простаты
- Реабилитация урологических больных

Контактные лица оргкомитета:

Фарбинович Владимир Яковлевич	(3842) 39-65-57, +7 (903) 907-43-02, trileb@rambler.ru
Худяшов Сергей Александрович	(923) 615-33-70, ansans@rambler.ru
Помешкин Евгений Владимирович	(3842) 36-49-16, +7 (905) 909-59-72, pomeshkin@mail.ru
Кузнецова Наталья Николаевна	(903) 907-18-07, Erginmc@gmail.com
Устинова Ольга Анатольевна	(923) 520-69-23, ustinovaolga14@rambler.ru,
Медведева Наталья Леонидовна	(905) 070-73-56, medvedeva555@yandex.ru

Организационный взнос за участие в конференции составляет:

- 1500 рублей при оплате до 31 марта 2012 г.
- 2000 рублей при оплате с 31 марта по 30 апреля 2012 г.

По вопросам питания, банкета, бронирования гостиниц, авиа- и железнодорожных билетов, организации трансфера и выставления счетов:
kundik@nicko.ru или по тел. (383) 249-40-25

Более подробную информацию вы можете получить на сайте
www.nicko.ru/novosibirsk или www.uroweb.ru



Современный взгляд на терапию урологических заболеваний

В феврале в Москве состоялась VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2012». В ходе мероприятия обсуждались современные методы диагностики, профилактики и лечения урологических заболеваний. Интерес к конференции подтверждается растущим из года в год числом участников из России и стран СНГ. Конференция впервые транслировалась в сети Интернет, что дало возможность врачам из различных регионов ознакомиться с выступлениями докладчиков, задавать вопросы и участвовать в дискуссиях.

Актуальные методы диагностики, профилактики и лечения инфекции почек, мочевых путей и мочеполовых органов

Открывая конференцию, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России О.И. АПОЛИХИН отметил, что конференция имеет не только

большое научное, но и просветительское значение. Все участники бесплатно получают сборник научных тезисов, информационные материалы по лекарственным препаратам, а также специально изданные к конференции Российские национальные рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» (далее – Рекомендации).

О Рекомендациях более подробно рассказала в своем докладе д.м.н., профессор Т.С. ПЕРЕПАНОВА (ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России). Докладчик поблагодарила экспертов, принявших участие в подготовке документа: членов Проблемной комиссии «Инфекция почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» Научного совета по уронефрологии РАМН и Минздрава России и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ).

Профессор Т.С. Перепанова отметила, что содержание книги несколько отличается от рекомендаций Европейской и Американской ассоциаций урологов. Классификациям инфекций почек, мочевыводящих путей, мужских половых органов и уросепсису посвящены отдельные главы. Особое место в Рекомендациях отведено характеристике микробиологической структуры урогенитальной инфекции и нозокомиальных инфекционных осложнений, четко обозначены принципы антибактериальной терапии с указанием дозировки противомикробных препаратов, поскольку эффективность лечения во многом обусловлена их фармакокинетикой и фармакодинамикой. Даны рекомендации по выбору антибиотика с учетом основных характеристик уропатогенов и профилактики развития резистентной флоры в условиях урологического стационара. В заключение профессор Т.С. Перепанова отметила, что Рекомендации будут регу-



Профессор О.И. Аполихин



«Рациональная фармакотерапия в урологии – 2012»

лярно пересматриваться в соответствии с данными о резистентности возбудителей.

Директор НИИ антимикробной терапии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, президент МАКМАХ, д.м.н., профессор Р.С. КОЗЛОВ ознакомил участников конференции с результатами проведенного в 2011 г. российского многоцентрового исследования ДАРМИС. Целью исследования явилось изучение динамики антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевыводящих путей (ИМП) в различных субпопуляциях пациентов из России, Беларуси и Казахстана. В ходе исследования было изучено 987 различных штаммов возбудителей. Результаты исследования показали незначительное снижение роли в возникновении ИМП ведущего возбудителя – *E. coli* (64,5% против 83,5% ранее), второе место занимает *Klebsiella pneumoniae* (9,5%), далее в порядке убывания значимости следуют *Enterococcus spp.* (6,46%), *Staphylococcus spp.* (5,1%), *Proteus mirabilis* (4,08%). У кишечной палочки уровень резистентности, превышающий пороговый для эмпирического назначения (10–20%), отмечен для ампициллина (37%), ко-тримоксазола (22,6%), налидиксовой кислоты (13,2%) и фторхинолонов (9,5%). Для других возбудителей внебольничной ИМП уровень резистентности находится выше пороговых значений – от 12 до 45%. Низкий уровень резистентности у всех возбудителей выявлен к фосфомицину трометамолу (1,1%), фуразидину (0,5%), амикацину и карбапенемам (около 0). В заключение профессор Р.С. Козлов подчеркнул, что антибиотик – единственный класс препаратов, эффективность которых уменьшается со временем. Для рациональной антибиотикотерапии необходимо учитывать

уровень резистентности штамма, вызвавшего инфекцию, к назначаемому препарату.

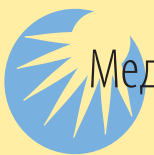
Важную междисциплинарную проблему обозначил д.м.н., профессор В.А. РУДНОВ (ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»). Его доклад был посвящен особенностям диагностики и лечения уросепсиса. Уросепсис – патологический процесс, в основе которого лежит формирование реакции системного воспаления на инфекцию в мочевыводящих путях. Трудность его диагностики связана, прежде всего, с неспецифичностью критериев синдрома системного воспаления. Профессор В.А. Руднов отметил диагностическую значимость маркера уросепсиса – прокальцитонина (ПКТ). В норме уровень ПКТ – менее 0,5 нг/мл, при системном воспалении инфекционного генеза он повышается и достигает 1,0–1,2 нг/мл. При септическом шоке этот показатель может возрасти до 44,8–66,0 нг/мл. В течение 6 часов с момента диагностики уросепсиса должна быть начата антибактериальная терапия. Кроме того, стратегия ведения больного включает борьбу с полиорганной недостаточностью (дезинтоксикацию, нормализацию гемодинамических показателей и другие необходимые мероприятия). Вопросы профилактики урогенитальной инфекции с позиции доказательной медицины рассмотрел к.м.н. П.Л. ХАЗАН (ФГБУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития России). НИИ урологии уделяет большое внимание внедрению программ профилактики урологических заболеваний. Первичная профилактика, направленная на предупреждение заболеваний мочевыводящих путей, наиболее эффективна (76%) и малозатратна (стоимость профилактических мероприятий не превышает 10% суммы затрат на профилактику в целом). Эффективность



Профессор Т.С. Перепанова

вторичной профилактики, предусматривающей раннее выявление заболеваний, своевременное их лечение и предотвращение развития осложнений, находится на уровне 21%, а стоимость таких программ колеблется в пределах 20–30% общих затрат на профилактику. В рамках вторичной профилактики осуществляются скрининговые программы, охватывающие широкий круг взрослого и детского населения России, а также отдельные категории населения (беременные, работники предприятий с вредными и/или опасными условиями

Для увеличения доли первичной профилактики урогенитальной инфекции в общей структуре мероприятий по предупреждению урологических заболеваний необходимо активно привлекать врачей смежных специальностей (терапевтов и гинекологов), продолжать внедрять принципы доказательной медицины и оптимизировать систему подготовки кадров.



Профессор Л.А. Сиякова

ями труда, подростки до 18 лет и др.). Третичная профилактика – комплекс мероприятий по реабилитации больных, предотвращению ухудшения или осложнений уже развившегося заболевания. Ее задача заключается в максимально возможном продлении периода качественной жизни у пациента независимо от тяжести его заболевания. Следует отметить чрезвычайно низкую эффективность программ по третичной профилактике (как правило, ее уровень не превышает 3–5%), а также высокую стоимость подобных мероприятий, достигающую 76% всех затрат на профилактику.

В завершение выступления П.Л. Хазан отметил, что развитие профилактических программ в современной урологии имеет хорошие перспективы. Основной целью этой работы является значительное увеличение доли первичной профилактики в общей структуре мероприятий по предупреждению урологических заболеваний. Для успешного решения поставленной задачи необходимо активное привлечение врачей смежных специальностей – терапевтов и гинекологов – к проведению мероприятий по реализации программ профилактики урогенитальной инфек-

ции, более широкое внедрение принципов доказательной медицины, оптимизация системы подготовки кадров.

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей – трудности терапии и профилактики

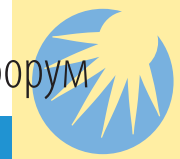
Рецидивирующие инфекции мочевых путей (РИНМП) – полиэтиологичное заболевание, требующее тщательного подхода к выявлению причин и подбору адекватного лечения. Отсутствие у большинства больных бактериурии на фоне стойкой дизурии и частых рецидивов инфекции диктует необходимость углубленного изучения проблемы. Д.м.н., профессор Л.А. СИЯКОВА (ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России) выступила с докладом о роли биопленок при РИНМП. В последнее время появляется все больше данных, доказывающих, что низкие дозы антибиотиков, назначаемых с целью профилактики рецидива ИМП, способствуют росту бактерий в биопленках и тем самым не могут препятствовать возникновению рецидивов. С 2008 по 2011 г. в клинике урологии РМАПО на базе ГКБ им. С.П. Боткина были обследованы 140 больных в возрасте 16–48 лет, страдающих РИНМП более 1 года. У 38 выделенных штаммов продемонстрирована способность к формированию биопленки *in vitro*. Выявление таких возбудителей в тканях мочевого пузыря убедительно подтверждает их роль в возникновении рецидивов инфекций и способствует выбору адекватной тактики лечения с применением антибактериальных препаратов, способных проникать внутрь биопленки.

Уже не в первый раз Москву посетил профессор Курт НАБЕР (Германия). В этом году его выступление было посвящено оптимальному ведению неосложненной и рецидивирующей

инфекции мочевых путей. Профессор К. Набер подробно остановился на принципах применения антибиотиков, фитопрепаратов, пробиотиков и иммунопрофилактических препаратов при урологических заболеваниях.

Более подробно о применении растительных препаратов для профилактики урологических инфекций рассказал д.м.н., профессор А.З. ВИНАРОВ (ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России). Противорецидивное лечение и профилактика инфекций мочевых путей должны начинаться уже при первичном эпизоде инфекции. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, для профилактики РИНМП после проведения адекватной антибактериальной терапии назначают длительное применение проантоцианидинов (экстракт клюквы) в дозировке 36 мг/сут. Их эффект заключается в повреждении ресничек *E. coli*, что препятствует адгезии бактерий к слизистой оболочке мочевого пузыря. В масштабном исследовании было продемонстрировано, что проантоцианидины снижали частоту рецидивов инфекций мочевых путей у женщин за 12 месяцев. Однако их эффективность у пациентов с показаниями к проведению интермиттирующей катетеризации не доказана.

Продолжил заседание профессор Михаэль ПОПП из Германии, выступление которого было посвящено научным аспектам применения фитопрепаратов в лечении урологических заболеваний. Если ранее фитопрепараты являлись исключительно средствами эмпирической терапии, то сегодня существуют растительные препараты, обладающие доказательной базой эффективности. Профессор М. Попп назвал важным преимуществом фитопрепаратов их разнонаправленное, многоцелевое действие, обусловленное нали-



«Рациональная фармакотерапия в урологии – 2012»

чием нескольких биологически активных веществ. В противоположность им химические препараты, как правило, обладают «однонаправленным» действием.

Компания «Бионорика», которой руководит профессор М. Попп, – одна из крупнейших международных компаний по производству фитофармацевтических препаратов. «Бионорика» стала одной из первых фармкомпаний, которые стали проводить двойные слепые исследования препаратов на основе лекарственных растений. Все продукты «Бионорики» зарегистрированы как лекарственные средства (а не БАД, как многие другие растительные препараты). Кроме того, «Бионорика» – одна из немногих компаний, которая производит растительные препараты, одобренные Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA).

Философия компании – фитониринг (от слов «фито» и «инжиниринг») – предполагает организацию научно-исследовательских работ, агротехнологии, передового производства, многостадийного контроля качества и мер экологической безопасности по единому замыслу, позволяющему создавать высокоэффективные препараты из растений высокого качества. Профессор М. Попп подчеркнул, что стабильной эффективности препаратов нельзя добиться без максимального качества растительного сырья, именно поэтому компания предъявляет высокие требования к выбору растений (стандартизация растительного материала), фармакокинетическим и токсикокинетическим характеристикам препаратов (многокомпонентная смесь, дозировка, распределение и метаболизация). В Инсбруке (Австрия) работает лаборатория фитоаналитики, в которой проводятся исследования активных веществ лекарственных расте-

ний, разработка новых аналитических методов, что позволяет зарегистрировать параметры качества и сделать новые компоненты доступными для фармакологического исследования. В компании производят жидкие экстракты из сырьевых материалов, которые затем преобразуют в сухие экстракты для таблеток или капсул. Таким образом, использование селекционного семенного материала, инженерных разработок, уникального оборудования, запатентованных методов экстракции и сушки в защищенных условиях (определенный режим температуры и доступа кислорода) дополняют друг друга и обеспечивают уникальное качество экстрактов, эффективность и безопасность фитопрепаратов. Все это позволяет компании «Бионорика» быть лидером на рынке фитопрепаратов, в том числе в России и ведущих странах СНГ (Украина, Беларусь, Казахстан, Узбекистан).

Одним из широко применяемых в урологии препаратов, выпускаемых компанией «Бионорика», является Канефрон Н, в состав которого входят трава золототысячника, корень любистока и листья розмарина. Профессор М. Попп подчеркнул, что эти вещества оказывают антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на мочеполовой тракт, уменьшают проницаемость капилляров почек, обладают диуретическим эффектом, улучшают функцию почек, потенцируют эффект антибактериальной терапии.

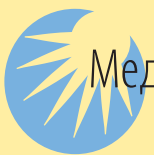
Канефрон Н зарегистрирован и используется в России в комплексной терапии хронических инфекций мочевого пузыря (цистит) и почек (пиелонефрит), в лечении неинфекционных хронических воспалений почек (гломерулонефрит, интерстициальный нефрит), для предотвращения образования камней в почках и мочевых путях, а также после удаления мочевых камней.



Профессор М. Попп

Эффективность и хорошая переносимость Канефрона Н подтверждены множеством исследований, в том числе проведенных на территории СНГ (8 – на Украине, 7 – в России, 1 – в Беларуси). В ходе этих 16 исследований Канефрон Н на протяжении от 1 недели до 6 месяцев принимали около 3000 пациентов, в том числе беременные женщины. У 1762 тщательно обследованных беременных женщин не выявлено тератогенного, эмбриотоксического, фетотоксического влияния или негативного воздействия на физиологическое развитие и здоровье детей.

У взрослых пациентов с хроническим пиелонефритом и рецидивирующим циститом, принимавших Канефрон Н в течение 3 месяцев после курса стандартной терапии, отмечено существенно меньшее количество рецидивов (обострений), чем у больных из группы сравнения. У детей с острым пиелонефритом в ходе 2 сравнительных исследований после 3 месяцев профилактики Канефроном Н или нитрофурантоином отмечено существенное снижение частоты рецидивов по сравнению с группой контроля, пациентам которой была прописана стандартная терапия без профилактики. При этом Канефрон Н вызывал мень-



Профессор С.К. Зырянов

ше нежелательных явлений, чем нитрофурантоин.

Установлен положительный эффект Канефрона Н и у детей после хирургической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса с послеоперационным пиелонефритом, принимавших препарат в течение 1 недели до и 2 недель после операции. Было отмечено улучшение целого ряда параметров – показателей диуреза, восстановления функции мочевого пузыря, кровотока в почечных артериях, сосудистого сопротивления. Эти результаты позволяют считать Канефрон Н эффективным и безопасным препаратом, который хорошо переносится детьми и взрослыми.

«Таким образом, – отметил в заключение профессор М. Попп, – компании “Бионорика” удастся сочетать вековые народные традиции фитотерапии с достижениями современной науки и технического прогресса».

Урогенитальная инфекция: диагностика и антибактериальная терапия

В рамках конференции состоялся круглый стол, в ходе которого врачи-урологи обсудили инновационные технологии и новейшие молекулярно-биологические методы диагностики урогенитальной инфекции. Д.м.н., профессор

С.В. СИДОРЕНКО (ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздравсоцразвития России) в своем докладе остановился на современных направлениях в микробиологической диагностике – анализе генома и физико-химического состава бактерий. В настоящее время возможно молекулярное серотипирование непосредственно из биологического образца. Новый метод времяпролетной масс-спектрометрии с лазерной десорбцией/ионизацией в матрице Matrix Assisted Laser Desorption/Ionization Time of Flight Mass Spectrometry (MALDI-TOF) позволяет идентифицировать микроорганизмы непосредственно в первичном биологическом материале (моча, кровь). Однако для определения антибиотико-чувствительности необходимо дополнительно проводить традиционное культуральное исследование. Участниками был рассмотрен вопрос диагностической значимости современных методов микробиологической диагностики. Так, при масс-спектрометрии возможна регистрация ионов биомаркеров, спектры которых уникальны для семейств, родов, видов и подвидов микроорганизмов. Идентификация микроорганизмов по базе данных возможна в режиме реального времени. К.м.н. Т.В. ПРИПУТНЕВИЧ (ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России) сравнила методы бактериологического исследования мочи: флуоресцентную проточную цитометрию, времяпролетную масс-спектрометрию и классический микробиологический метод. Лишь в 50% случаев отмечено совпадение результатов исследования мочи всеми тремя методами. На основании проведенного сравнения Т.В. Припутневич сделала вывод, что «золотым стандартом» остается бактериологическое исследование мочи, тогда как использование MALDI-TOF дает возможность быстро про-

водить видовую идентификацию выделенных культур, что сокращает время бактериологического исследования мочи на сутки.

Антибактериальной терапии урологических заболеваний была посвящена отдельная секция «Мнение экспертов», где своими взглядами на проблемы оптимизации и безопасности антибактериальной терапии поделились д.м.н., профессор С.В. ЯКОВЛЕВ (ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России) и д.м.н., профессор С.К. ЗЫРЯНОВ (ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России). Были рассмотрены вопросы выбора оптимального антибиотика исходя из уровня резистентности возбудителя и особенностей фармакокинетики препарата. Отмечена необходимость регистрации нежелательных побочных реакций антимикробных препаратов.

Заключение

Научная программа конференции была разнообразной и содержательной. Первый день был посвящен вопросам диагностики, профилактики и лечения урогенитальных инфекций. Во второй день были рассмотрены принципы диагностики и эффективной фармакотерапии мочекаменной болезни, хронического простатита, цистита, пиелонефрита и других социально значимых заболеваний. Интерес к мероприятию подтверждается растущим из года в год числом участников: если на первых конференциях присутствовало 300–400 человек, то в этом году было зарегистрировано 660 участников из России, Украины, Беларуси, Туркмени, Казахстана, Узбекистана. Кроме того, конференция впервые транслировалась в сети Интернет на сайте НИИ урологии www.uro.ru, и заочно в ней приняли участие еще 500 врачей из регионов, у которых также была возможность задавать вопросы и участвовать в дискуссиях. 🌐

Канефрон® Н



МЗ РФ П.Н. 014244/01-2006, П.Н. 014244/02-2006

реклама

Растительный лекарственный препарат для лечения и профилактики воспалительных заболеваний почек и мочевых путей

для взрослых и детей с 1 года

- **Оказывает оптимальное комплексное действие:**
 - противовоспалительное
 - диуретическое
 - антимикробное
 - спазмолитическое
 - улучшает кровоснабжение почек
 - нефропротективное
 - антиоксидантное
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Уменьшает количество повторных обострений цистита и пиелонефрита при профилактическом приеме препарата
- Применяется в комплексной метафилактике МКБ, а также до и после ДУВЛ, способствует отхождению конкрементов

- Хорошо переносится



Bionorica®

<http://www.bionorica.ru>

в новой упаковке с апреля 2012



Силодозин – новый α-адреноблокатор для идеального счета в матче против ДГПЖ

На прошедшей в феврале в Москве VI конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2012» компания «Рекордати» представила новый α-адреноблокатор – УРОПЕК® (действующее вещество силодозин). Профессор Университета Vita-Salute San Raffaele (Милан, Италия), главный редактор Европейского урологического журнала Франческо МОНТОРСИ ознакомил урологов с результатами клинических исследований, подтверждающими эффективность и преимущества силодозина: самую высокую селективность, быстрое начало действия и безопасность. К.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ А.В. ГОВОРОВ подробно разобрал клинические случаи с применением силодозина. У одного из пациентов ДГПЖ сочеталась с метаболическим синдромом, у второго – с эректильной дисфункцией. В обсуждении этих клинических случаев активное участие приняли сопредседатели симпозиума: член-корреспондент РАМН, профессор О.Б. ЛОРАН, директор ФГБУ «НИИ урологии», д.м.н., профессор О.И. АПОЛИХИН, главный уролог Минздравсоцразвития России Д.Ю. ПУШКАРЬ, главный уролог Санкт-Петербурга, д.м.н., профессор Б.К. КОМЯКОВ. Подвел итоги симпозиума профессор Д.Ю. Пушкарь, который выразил уверенность в необходимости активного использования в клинической практике нового оригинального α-адреноблокатора силодозина.

СНМП/ДГПЖ: клинические преимущества нового α-адреноблокатора силодозина

В своем докладе профессор Ф. МОНТОРСИ отметил, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) занимает 4-е место среди заболеваний, чаще всего диагностируемых у мужчин в возрасте старше 50 лет. Вызываемые ДГПЖ симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП) широко распространены и существенно снижают качество жизни пациентов. Доказано, что при ДГПЖ экспрессия α1A-адренорецепторов увеличивается по сравнению с нормальной тканью предстательной железы (табл. 1).

Наиболее часто назначаемыми препаратами при ДГПЖ являются α-адреноблокаторы. Механизм действия α-адреноблокаторов хорошо изучен и заключается в подавлении стимуляции α-адренорецепторов простаты, уретры и шейки мочевого пузыря, что приводит к расслаблению их гладкомышечных элементов, уменьшению динамического компонента инфравезикальной обструкции и степени выраженности симптомов ДГПЖ. Одновременно установлено, что блокирование α1A-адренорецепторов мочевого



Профессор Ф. Монторси



Сателлитный симпозиум компании «Рекордати»

пузыря уменьшает степень выраженности ирритативных симптомов, таких как учащенное дневное и ночное мочеиспускание, urgentные позывы и недержание мочи. Профессор Ф. Монторси рассказал о силодозине – новом α -адреноблокаторе, который отличается высокой селективностью к определенному подтипу адренорецепторов (табл. 2). Аффинность силодозина к $\alpha 1A$ -рецепторам существенно выше, чем к адренорецепторам подтипов $\alpha 1B$ и $\alpha 1D$. Силодозину присуща также высокая аффинность к тканям предстательной железы – примерно в 200 раз выше, чем к тканям аорты. Наконец, силодозин обеспечивает быстрое и стойкое облегчение симптомов ДГПЖ. Снижение баллов по шкале IPSS регистрируется уже через 3–4 дня после начала лечения, а изменения Q_{max} – через 2–6 часов после приема первой дозы силодозина. Кроме того, силодозин характеризуется низкой частотой возникновения нежелательных явлений, в первую очередь ортостатической гипотензии.

Доказательства эффективности силодозина

Профессор Ф. Монторси представил европейское клиническое исследование с участием 995 мужчин с ДГПЖ, в котором было показано, что силодозин по эффективности сопоставим с тамсулозином в облегчении СНМП. Прием силодозина приводит к устойчивому уменьшению количества эпизодов никтурии (количественно выше, чем у тамсулозина) у мужчин с ДГПЖ. Достигнутое улучшение сохраняется в течение длительного времени. 1581 пациент (общее количество пациентов во всех исследованиях по силодозину) получал силодозин в дозе 8 мг один раз в день, в том числе 961 пациент – на протяжении не менее 6 месяцев и 384 пациента – на протяжении 12 месяцев. Средняя оценка симптомов по шкале IPSS в начале исследования составляла 21,3 балла. Уже на 3–4-й день после начала приема

силодозина она снизилась в среднем на 4,6 балла, после 12 недель – на 7,3 балла, а после 52 недель – на 8,9 балла (табл. 3). Эффективность силодозина была достоверно выше, чем у плацебо. Количество пациентов с положительной динамикой на фоне приема силодозина, имевших как минимум 2 эпизода никтурии перед началом исследования, было больше (количественно), чем в группе пациентов, получавших тамсулозин. Силодозин статистически достоверно превосходил тамсулозин и плацебо в отношении одновременного улучшения таких симптомов, как никтурия, частое мочеиспускание и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря (рис. 1). Профессор Ф. Монторси отметил, что силодозин «оказывает прекрасный уродинамический эффект».

В Японии в исследовании эффективности силодозина приняли участие 36 мужчин, которым было показано хирургическое вмешательство в связи с тяжелыми СНМП (общая оценка по IPSS > 20, $Q_{max} < 5$ мл/с, объем остаточной мочи ≥ 100 мл). Они получали суточную дозу препарата 8 мг, по 4 мг два раза в день. Общий показатель IPSS изначально составлял $20,7 \pm 7,4$ ($n = 36$), через 1 месяц – $14,7 \pm 8,6$ ($n = 30$), через 3 месяца снизился до $12,8 \pm 8,0$ ($n = 25$), а через 6 месяцев – до $12,2 \pm 9,3$ ($n = 17$). Q_{max} увеличилась за 1-й месяц после начала приема препарата с $6,7 \pm 3,0$ до $9,5 \pm 5,0$ мл/с. Объем остаточной мочи сократился за 1-й месяц с $169,9 \pm 119,5$ до $117,3 \pm 73,9$ мл. Все изменения статистически значимы по сравнению с плацебо.

Таблица 1. Экспрессия адренергических рецепторов в предстательной железе

Рецептор	Без ДГПЖ	При ДГПЖ
$\alpha 1A$	63%	85%
$\alpha 1D$	31%	14%
$\alpha 1B$	6%	1%

Таблица 2. Селективность α -адреноблокаторов

$\alpha 1$ -адреноблокаторы	Селективность по отношению к подтипам адренорецепторов $\alpha 1A : \alpha 1B$
Силодозин	162:1
Тамсулозин	10:1
Альфузозин	1:1

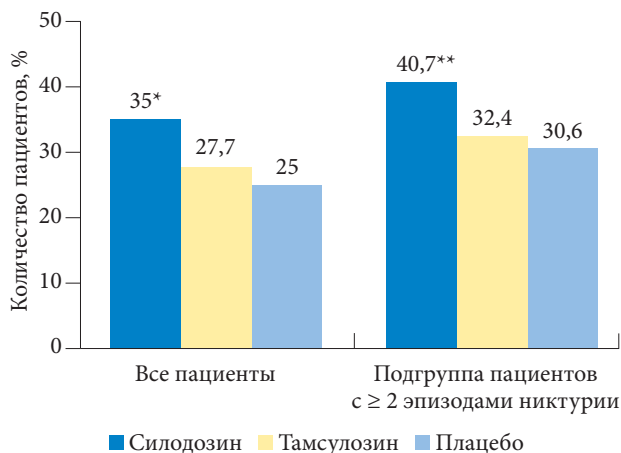
Безопасность силодозина и проблема нарушений эякуляции

При применении силодозина у 139 здоровых мужчин в нормальной (8 мг) и сверхтерапевтической (24 мг) дозе не отмечалось существенного влияния на силу сердечных сокращений, длительность интервала PR и комплекса QRS. Силодозин не влияет на реполяризацию сердца. Профессор Ф. Монторси подчеркнул, что частота нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы, зарегистрированных на фоне применения силодозина, оказалась низкой и сопоставимой с числом побочных эффектов на фоне приема плацебо. Силодозин не оказывает клинически значимого влияния на показатели артериального давления как в положении лежа, так и во время ортостатической пробы. Это важно, поскольку ДГПЖ страдают преимущественно пожилые пациенты, многие из которых одновременно принимают антигипертензивные препараты или ингибиторы фосфо-

Таблица 3. Устойчивость терапевтических эффектов силодозина*

Сроки и место проведения исследования	Общая оценка по IPSS, баллы		
	Пациенты, ранее принимавшие плацебо	Пациенты, ранее принимавшие силодозин	Пациенты, ранее принимавшие тамсулозин
Неделя 40 (США)	$-4,5 \pm 6,7$ ($n = 223$)	$-1,6 \pm 6,0$ ($n = 206$)	Не применимо
Неделя 40 (Европа)	$-3,0 \pm 4,4$ ($n = 99$)	$-1,0 \pm 4,4$ ($n = 197$)	$-0,6 \pm 5,0$ ($n = 204$)

* Изменения после применения препарата в течение 40 недель, по данным исследований в Европе и США.



* $p = 0,02$ в ср. с плацебо; $p = 0,03$ в ср. с тамсулозином

** $p = 0,04$ в ср. с плацебо; $p = 0,03$ в ср. с тамсулозином

Рис. 1. Одновременное улучшение по 3 из наиболее беспокоящих симптомов на фоне 12-недельной терапии (силодозин 8 мг, тамсулозин 0,4 мг и плацебо)

диэстеразы 5-го типа. Силодозин не вступает в клинически значимые взаимодействия с силденафилом и тадалафилом, поэтому возможен комбинированный прием силодозина с ингибиторами ФДЭ-5. Не выявлено неблагоприятного влияния силодозина на лабораторные показатели, включая функциональные пробы печени, содержание креатинина и глюкозы. Из нежелательных реакций при приеме силодозина нередко

встречалась только ретроградная эякуляция – наиболее распространенное нежелательное явление, которое характерно для селективных антагонистов α_1 -адренорецепторов. Данный феномен исчезает через несколько дней после прекращения приема препарата. Исследования показывают, что это явление носит транзиторный и обратимый характер.

Установлено, что эффективность силодозина при лечении ДГПЖ выше у тех пациентов, у которых во время лечения отмечены нарушения эякуляции. У этой группы пациентов наблюдалось более выраженное улучшение общей оценки симптомов по шкале IPSS по сравнению с пациентами, у которых в ходе лечения не отмечались нарушения эякуляции, или с пациентами, получавшими плацебо. Таким образом, ретроградная эякуляция является косвенным признаком эффективности силодозина. Отказ от продолжения применения силодозина во всех проведенных исследованиях из-за возникновения данного явления составил всего 3,9%.

Гораздо реже при приеме силодозина регистрируются другие нежелательные реакции: головокружение (частота в плацебоконтролируемом исследовании – 1,8%), ортостати-

ческая гипотензия (1,2%), заложенность носа (1,0%), головная боль (1,1%) и диарея (0,6%). Если обобщить данные контролируемых и длительных расширенных исследований, то 148 из 1581 пациента (9,4%) прекратили исследование досрочно в связи с нежелательными явлениями, развившимися на фоне терапии. Однако, как подчеркнул профессор Ф. Монторси, «главное – это улучшение качества жизни у абсолютного большинства пациентов, получавших силодозин».

Выводы

Силодозин обладает максимальной селективностью среди всех α -адреноблокаторов. Его эффективность сопоставима с эффективностью тамсулозина. При этом силодозин превосходит тамсулозин в отношении улучшения никтурии (количественно) у пациентов с не менее чем 2 эпизодами в течение ночи, а также в отношении одновременного улучшения никтурии, частого мочеиспускания и ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря (рис. 1). Безопасность в отношении сердечно-сосудистой системы является важнейшим преимуществом силодозина. Профессор Ф. Монторси выразил уверенность, что силодозин найдет широкое применение в России.

Клинические случаи

Доцент кафедры урологии МГМСУ, к.м.н. А.В. ГОВОРОВ предложил членам президиума и аудитории рассмотреть несколько показательных клинических случаев.

Клинический случай 1

Жалобы и анамнез. Пациент 71 года, чиновник, ведет малоподвижный образ жизни. Жалобы на слабую струю мочи, учащенное мочеиспускание, в том числе ночью – 2–3 раза. Больной страдает от СНМП уже 3–4 года, но симптомы усилились за последний год, в качестве лекарства при-

мает финастерид. Сопутствующие заболевания – артериальная гипертензия (принимает эналаприл) и сахарный диабет (принимает метформин). Больной курит уже свыше 50 лет, алкоголь употребляет умеренно. Сексуальная функция, по его словам, «не так важна». **Осмотр.** Индекс массы тела (BMI) равен 30, поэтому мочевого пузыря перкуторно не определяется, что типично для людей с избыточной массой тела. Артериальное давление – 155/90 мм рт. ст., что, по словам пациента, для него является нормой. Наружные половые органы без патологии. Исследова-



К.м.н. А.В. Говоров



Сателлитный симпозиум компании «Рекордати»

ние per rectum: простата средних размеров, гомогенная.

Обследование. Оценка по шкале IPSS – 18 баллов, а оценка качества жизни – 3. Максимальная скорость потока мочи (Q_{max}) составляет 9 мл/с, а общий объем выделившейся мочи – 162 мл. По словам больного, это «типичное мочеиспускание». Объем остаточной мочи составил 105 мл. Уровень простатспецифического антигена (ПСА) – 2,1 нг/мл, то есть в пределах нормы. Уровень глюкозы – 7,0 ммоль/л. Общий анализ мочи нормальный. Объем простаты у пациента равен 55 мл, без выраженной средней доли.

Как отметил А.В. Говоров, при осмотре и обследовании больных надо принимать во внимание не только урологические симптомы, но и их общее состояние. У 30% всех мужчин старше 60 лет имеется сочетание ДГПЖ и гипертонии. Отмечена прямая зависимость между увеличением объема предстательной железы и уровнем артериального давления (АД). Именно поэтому есть основания предполагать наличие взаимосвязи между ДГПЖ и метаболическим синдромом. Установлено, что ходьба или бег обратно коррелируют с риском развития/прогрессии ДГПЖ. У мужчин, практиковавших ходьбу не менее 2–3 часов в неделю, риск ДГПЖ оказался меньше на 25%. С учетом изложенного А.В. Говоров спросил аудиторию, что следует порекомендовать пациенту: изменить образ жизни, продолжить прием финастерида, перейти на α -блокатор или что-то еще?

Профессор Ф. Монторси высказал мнение, что больной, скорее всего, страдает метаболическим синдромом, поэтому пациенту следует посоветовать изменить образ жизни, увеличить физическую нагрузку, сбросить вес. Кроме того, профессор Ф. Монторси рекомендовал бы пациенту проверить уровень тестостерона, и если он низкий, то уместно назначение заместительной гормональной терапии.

Профессор О.И. АПОЛИХИН отметил, что при назначении фармакотерапии необходимо принимать во внимание коморбидные заболевания и предшествующее лечение. «В данной ситуации продолжение приема финастерида я не считаю целесообразным. Лучше назначить α -блокатор». Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, при лечении СНМП, обусловленных ДГПЖ, α -блокаторы показаны пациентам с умеренно- и средневыраженными СНМП.

Лечение. Вместо финастерида пациенту был назначен тамсулозин в дозе 0,4 мг один раз в сутки. Через 3 месяца пациент отметил уменьшение выраженности СНМП, но при этом жаловался на эпизоды головокружения. Пациент продолжал принимать антигипертензивный препарат. На повторном приеме вместо тамсулозина больному был назначен Урорек® (силодозин) в дозе 8 мг один раз в сутки утром.

Урорек® (силодозин) – новый оригинальный препарат из группы α -блокаторов. Общая эффективность силодозина как минимум не хуже, чем у наиболее часто назначаемого α -блокатора тамсулозина. Урорек® (силодозин) можно принимать одновременно с антигипертензивными препаратами, он дает минимальное число побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы.

Кроме того, Урорек® (силодозин) обладает наибольшей селективностью среди α -адреноблокаторов. Установлено статистически достоверное преимущество силодозина по сравнению с тамсулозином и плацебо в отношении симультанного улучшения никтурии, учащенного мочеиспускания и ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря.

«Насколько важна безопасность приема силодозина у пациента с метаболическим синдромом?» – задался вопросом А.В. Говоров. Он отметил, что число больных с метаболическим синдромом осо-

Установлено статистически достоверное преимущество силодозина по сравнению с тамсулозином и плацебо в отношении симультанного улучшения никтурии, учащенного мочеиспускания и ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря.

бенно велико в развитых странах, в том числе и в России. «Урорек® (силодозин) оказывает минимальное влияние на систолическое и диастолическое артериальное давление и параметры электрокардиограммы», – подчеркнул А.В. Говоров. При лечении силодозинотом не отмечалось статистически или клинически значимой корреляции между его концентрацией в плазме крови и интервалами QT и PR, частотой сердечных сокращений и комплексом QRS.

Заключение. Пациент начал принимать Урорек® (силодозин) по 8 мг/сутки. У него было отмечено уменьшение выраженности СНМП. Рекомендованные урологом изменения образа жизни оказались полезными для общего состояния пациента. Побочные эффекты при приеме препарата отсутствовали.

Клинический случай 2

Жалобы и анамнез. Пациент 65 лет, инженер, женат, имеет двоих детей. Жалуется на слабую, прерывистую струю, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, в среднем у него бывает 2 мочеиспускания ночью. В 1998 г. проведена аппендэктомия, наблюдается рефлюкс-эзофагит. У пациента – эректильная дисфункция, он принимает тадалафил 20 мг «по требованию» с положительным эффектом. В отличие от первого пациента, инженер старается соблюдать диету и занимается спортом.

Осмотр. Индекс массы тела (ИМТ) равен 25, артериальное давление –



Отсутствие клинически значимого взаимодействия силодозина с ингибиторами фосфодиэстеразы-5 обеспечивает возможность эффективного и безопасного его применения у больных с гиперплазией простаты и эректильной дисфункцией.

125/80 мм рт. ст. При осмотре наружных половых органов не выявлено никаких особенностей. Исследование per rectum: простата средних размеров, туго-эластическая, гомогенная, безболезненная.

Обследование. Оценка по шкале IPSS составляет 20 баллов, оценка качества жизни – 4 (симптомы накопления – 6, опорожнения – 14). Объем простаты при ТРУЗИ – 35 мл. Максимальная скорость потока мочи достигает 13 мл/с, общий объем мочи – 190 мл, а ее остаточное количество – 30 мл. Уровень ПСА – 1,4 нг/мл, что в пределах нормы. Анализ мочи не выявил какой-либо патологии. Содержание тестостерона и креатинина соответствует норме.

УЗДГ сосудов пениса – также без выраженной патологии.

Пациент попросил назначить новый препарат для лечения ДГПЖ, о котором он узнал от знакомых, – силодозин. В связи с этим А.В. Говоров спросил О.Б. Лорана, считает ли он возможным одновременный прием пациентом силодозина и тадалафила. Член-корр. РАМН О.Б. ЛОРАН отметил, что «сочетание α -блокаторов и ингибиторов ФДЭ-5, как уже говорил и профессор Ф. Монторси, – это допустимая комбинация, что проверено многими исследованиями». А.В. Говоров отметил, что клинически значимое фармакодинамическое взаимодействие силодозина с ингибиторами фосфодиэстеразы-5 (силденафилом и тадалафилом) отсутствует. Существуют даже некоторые основания предполагать наличие синергизма действия силодозина и тадалафила. При их совместном применении, по некоторым данным, наблюдается более выраженная релаксация гладкой мускулатуры мочевыводящих путей.

Лечение. Пациент начал принимать Урорек® (силодозин) по 8 мг 1 раз в сутки утром, после 2 недель приема он отметил быстрое улучшение качества мочеиспускания и появление ретроградной эякуля-

ции. А.В. Говоров спросил у участников симпозиума, как они поступили бы в подобной ситуации. Профессор Ф. Монторси отметил, что следует спросить пациента о его ожиданиях. Если пациент доволен принимаемым препаратом и если ретроградная эякуляция не сильно влияет на качество его жизни, можно продолжить использование силодозина.

Заключение. При лечении силодозином необходимо информировать пациента о возможности ретроградной эякуляции. Как подчеркнул А.В. Говоров, «появление ретроградной эякуляции – это косвенный признак эффективности лечения». При наличии нарушений эякуляции наиболее высокая вероятность достичь сочетания снижения оценок по шкале IPSS не менее чем на 3 балла и увеличения Q_{max} не менее чем на 3 мл/с.

Наличие эректильной дисфункции осложняет лечение пациентов с ДГПЖ (взаимодействие препаратов, побочные эффекты). Но отсутствие клинически значимого взаимодействия силодозина с ингибиторами фосфодиэстеразы-5 обеспечивает возможность эффективного и безопасного лечения силодозином больных с сочетанием гиперплазии простаты и эректильной дисфункцией.

Нужен ли в России новый α -блокатор для лечения ДГПЖ?

Итог дискуссии подвел д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии МГМСУ, главный уролог Минздравсоцразвития России Д.Ю. ПУШКАРЬ. Он рассказал, что специалистов-урологов Москвы и Московской области (всего в этом опросе участвовало чуть больше 50 человек) спросили, удовлетворены ли они результатами лечения существующими α -блокаторами? Большинство (57%) ответило «не совсем». На вопрос, есть ли необходимость в новом α -блокаторе, еще более значительная часть

специалистов (65%) ответила утвердительно. По словам профессора Д.Ю. Пушкаря, «ожиданиям урологов в полной мере отвечает тот препарат, о котором мы сегодня говорим, – Урорек® (силодозин), поскольку он обладает максимальной селективностью среди α -адреноблокаторов, доказанной эффективностью и безопасностью». Это утверждение было поддержано голосованием – почти все участники симпозиума подняли руки в знак согласия с мнением профессора Д.Ю. Пушкаря. ☺

Подготовил И. Смирнов



Профессор Д.Ю. Пушкарь

УРОРЕК®

Силодозин 4мг; 8мг

Учащенное мочеиспускание

Никтурия

Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря

Качество жизни

ДЛЯ ИДЕАЛЬНОГО СЧЕТА
в матче против ДГПЖ

УРОРЕК® является наиболее уроселективным альфа-блокатором. УРОРЕК® способствует облегчению симптомов ДГПЖ, повышая уровень качества жизни пациентов.

реклама

- ✓ САМЫЙ УРОСЕЛЕКТИВНЫЙ АЛЬФА-БЛОКАТОР НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ^{1,2,3}
- ✓ БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ НАИБОЛЬШЕЕ БЕСПОКОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ (одновременно учащенное мочеиспускание, никтурия и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), по сравнению с тамсулозином⁴
- ✓ ДОКАЗАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ^{4,5}

1. Tatemichi S et al. Yakugaku Zasshi 2006; 126: 209-216
2. Schwinn DA, Roehrborn CG. Int J Urol 2008; 15: 193-199
3. Lepor H. Rev Urol 2009; 11: 59-513
4. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495
5. Silodosin Integrated Summary of Safety, September 2008, data on file

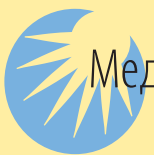
ООО «Русфик». Москва,
Краснопресненская набережная, 12, ЦМТ, офис 747
Тел./факс: + 7 495 258 20 06, www.rusfic.ru

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.



Регистрационный номер: ЛСР-005971/01-250610

 **RECORDATI**



Мастер-класс по теме «Эректильная дисфункция»: ОТВЕТ НА ВСЕ ВОПРОСЫ

В феврале 2012 г. в Саратове состоялся первый научно-образовательный международный мастер-класс по теме «Эректильная дисфункция», организатором которого выступил СГМУ им. В.И. Разумовского. Провести мастер-класс был приглашен президент Европейской ассоциации по сексуальной медицине, лектор Оксфордского университета профессор Хармут ПОРСТ. Профессор Порст подробно осветил аспекты возникновения сексуальных нарушений: от анатомо-физиологических (например, гипогонадизм или нарушение кровоснабжения кавернозных тел) до психологических (хронический стресс) причин. Кроме того, он предоставил участникам мастер-класса исчерпывающую информацию по диагностике и лечению эректильной дисфункции.



Профессор Х. Порст отвечает на вопросы журналистов

От имени ректора СГМУ им. В.И. Разумовского, заслуженного врача РФ В.М. ПОПКОВА приветствие участникам мастер-класса зачитал главный уролог Министерства здравоохранения Саратовской области, член президиума Российского общества урологов Б.И. БЛЮМБЕРГ. В приветствии было отмечено, что эректильная дисфункция является «одной из самых актуальных проблем современной урологии и андрологии». Это неудивительно, ведь уже сегодня сексуальными нарушениями страдают миллионы мужчин по всему миру, более того, год от года число таких пациентов только растет. Впрочем, растет и интерес специалистов к данной проблеме, появляются новые эффективные методы диагностики и лечения эректильной дисфункции. Уже сейчас сотрудничество грамот-



«Эректильная дисфункция»

ного уролога, владеющего современными методами нормализации эректильной функции, и целеустремленного пациента, готового дисциплинированно выполнять все указания лечащего врача, приводит к прекрасным результатам. В.М. Попков выразил уверенность, что «мастер-класс окажет значительную помощь в деле улучшения качества медицинской помощи и совершенствования уровня российского здравоохранения». Действительно, если зачастую мотивация пациента зависит только от него самого, то проблема дефицита знаний врачей о наиболее актуальных методах лечения эректильной дисфункции вполне может быть решена благодаря организации семинаров, лекций и симпозиумов, подобных данному мастер-классу. Вел мастер-класс уролог мирового уровня, лектор Оксфордского университета, профессор Хармут ПОРСТ. Профессор Порст начал заниматься урологией в 1980 г., в 1986 г. защитил диссертацию по теме «Локализация и клиническое значение нарушений кровоснабжения полового члена при эректильной дисфункции». Вся дальнейшая профессиональная деятельность Хармута Порста тесно связана с урологией: сначала он преподавал ее в Боннском университете, затем стал заведующим урологическим отделением больницы г. Хартбурга. Сейчас у профессора Порста собственная урологическая практика в Гамбурге. Профессор Порст принимает активное участие в развитии профессионального сообщества, является членом Европейской ассоциации урологов и Немецкого урологического общества. В 2010 г. Хармут Порст был избран президентом Европейской ассоциации по сексуальной медицине (ESSM), под его редакцией вышли стандарты по лечению сексуальных нарушений.

Комплексный подход

Профессор Порст подробно рассмотрел современные принципы ведения пациентов с эректильной дисфункцией. Эта проблема чрезвычайно актуальна для России. Несмотря на то что наша страна занимает третье место по числу половых актов в год, 66% россиян имеют нарушения сексуальной функции.

Сегодня не принято рассматривать эректильную дисфункцию как исключительно урологическую проблему: она может быть обусловлена и эндокринными (гипогонадизм), и сосудистыми нарушениями (считается доказанной связь между эректильной дисфункцией и ишемической болезнью сердца). Ухудшение качества эрекции также часто наблюдается на фоне метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа.

Особое внимание профессор Порст обратил на факторы, которые определяют возможность проведения терапии. Прежде всего, лечение эректильной дисфункции показано мужчинам, у которых данная проблема носит персисти-

Доступная стоимость, подтвержденная эффективность и безопасность, длительность воздействия и лечебные свойства ингибитора ФДЭ-5 последнего поколения – Зидены – делают ее одним из самых популярных препаратов для лечения эректильной дисфункции.

рующий, хронический характер и регулярно наблюдается на протяжении 3 и более месяцев. Немаловажным обстоятельством, определяющим потребность в лечении, является, по мнению профессора Порста, желание обоих партнеров улучшить качество сексуальной жизни. Для того чтобы выяснить, насколько важна нормализация сексуальной жизни обоим партнерам, профессор Порст предложил начинать беседу с пациентом с вопроса, знает ли жена или постоянная партнерша о том, что мужчина пришел к урологу. Кроме того, желательно, чтобы пациент

Главный уролог Министерства здравоохранения Саратовской области, проф. Б.И. БЛЮМБЕРГ



– Мы очень горды тем, что мастер-класс в Саратове провел специалист высокого класса – профессор Хармут Порст. Российские урологи очень нуждаются в актуальной информации по вопросам диагностики и лечения эректильной дисфункции и многим другим проблемам, связанным с сексуальным здоровьем, потому что проводятся новые клинические исследования, появляются новые методики и препараты. В терапии эректильной дисфункции хорошо зарекомендовали себя ингибиторы ФДЭ-5, механизм их действия одинаков, но существуют различия. Так, например, Зидена – препарат, не дающий серьезных побочных эффектов и осложнений. Безопасность Зидены подтверждена многочисленными апробациями и клиническими исследованиями, проведенными на территории Российской Федерации. Я могу сказать больше: как главный уролог области, я слежу за жалобами на препараты – по Зидене не было ни одного отрицательного отзыва. Кроме того, Зидену выгодно отличает цена: она значительно ниже, чем у других ингибиторов ФДЭ-5, что делает Зидену наиболее доступным для наших соотечественников препаратом.



Рис. 1. Алгоритм определения уровня сексуальной активности при эректильной дисфункции в соответствии с кардиальным риском

заполнил специальный опросник, разработанный ESSM. Анкета включает объектно- и субъектно-ориентированные вопросы. Так, например, один из вопросов звучит так: «Некоторые мужчины испытывают сниженное сексуальное желание или его отсутствие. Случалось ли Вам ощущать по-

добное за прошедшие полгода?» Данный вопрос сопровождается другим: «Насколько эта проблема важна конкретно для Вас?» Таким образом, уролог может понять не только характер существующих у пациента сексуальных нарушений, но и его отношение к своей проблеме.

К.М.н., доцент кафедры урологии СГМУ им. В.И. Разумовского Р.Н. ФОМКИН

– Все участники мастер-класса получили ценную информацию по проблеме эректильной дисфункции. Лекция специалиста высочайшего класса профессора Порста еще раз продемонстрировала, что проблема нарушений в сексуальной сфере является междисциплинарной и во многих случаях требует объединения сил целого ряда специалистов. В последние годы существенно выросла осведомленность мужчин, они обладают информацией о тех методах диагностики и лечения эректильной дисфункции, которые сейчас применяются во всем мире. Пациенты, которые обращаются к нам, готовы соблюдать рекомендации для достижения успешного результата. Мы назначаем необходимый объем обследований, консультируем и в отсутствие противопоказаний, конечно, выписываем ингибиторы ФДЭ-5, которые демонстрируют хороший эффект.



Наконец, восстановление потенции возможно лишь в случае, если состояние здоровья мужчины в целом позволяет заниматься сексом. Профессор Порст ознакомил участников мастер-класса с алгоритмом определения уровня сексуальной активности при эректильной дисфункции в соответствии с кардиальным риском (консенсус 2011 г.) (рис. 1).

Если по итогам первичной беседы врач принимает решение о необходимости лечения эректильной дисфункции, то он собирает анамнез, проводит диагностические исследования (участникам мастер-класса были даны исчерпывающие рекомендации по обоим пунктам) и назначает терапию.

Методы терапии эректильной дисфункции

Профессор Порст познакомил слушателей с основными вехами истории лечения эректильной дисфункции. Попытки восстановить «мужскую силу» предпринимались задолго до появления урологии в ее современном виде. Однако научный подход к данной проблеме и активное ее изучение с академических позиций начались лишь в конце 1970-х гг. Это произошло во многом благодаря доктору Адриану Зорниотти – организатору Международного общества по исследованию импотенции (International Society of Impotence Research, ISIR).

По мере накопления знаний о строении и функционировании полового члена появлялись и новые методы лечения нарушений эрекции. К сожалению, хирургические вмешательства обладали рядом серьезных недостатков: так, операции по восстановлению кровоснабжения кавернозных тел порой приводили к приапизму, установка имплантов отличалась высокой стоимостью и значительным риском развития послеоперационных осложнений. Большим шагом в решении проблемы эректильной дисфункции стала



«Эректильная дисфункция»

разработка методики интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов: папаверина, альфа-адреноблокаторов или их сочетания, широкое применение которых началось в первой половине 1980-х гг. Однако «революционным», по мнению профессора Порста, стало появление новой группы препаратов – ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), что ознаменовало начало новой эры – эры пероральных препаратов для лечения эректильной дисфункции. Большое число больных эректильной дисфункцией, ранее не обращавшихся к врачам, получили надежду на излечение. Первым ингибитором ФДЭ-5 был силденафил (Виагра), который сразу же стал очень популярным. Во второй половине 1990-х гг. Виагра широко обсуждалась не только в профессиональной прессе, но и в популярных изданиях, обложки которых пестрели громкими заголовками, так или иначе затрагивавшими тему секса, потенции и «волшебной таблетки». Эффективность Виагры быстро обеспечила ей место среди lifestyle drugs – препаратов, влияющих на качество жизни. Однако довольно скоро появились сообщения о смертях мужчин во время полового акта, который не состоялся бы, если бы не ингибитор ФДЭ-5. В общественном сознании Виагра из «чудо-таблетки» практически мгновенно превратилась в «таблетку-убийцу». Было проведено множество исследований, посвященных определению профиля безопасности ингибиторов ФДЭ-5, были выявлены противопоказания к сексуальной активности, определены потенциально смертельные лекарственные взаимодействия ингибиторов ФДЭ-5 с другими препаратами (как известно, ингибиторы ФДЭ-5 нельзя употреблять одновременно со средствами, способными выступать в качестве донаторов оксида азота). К сожалению, до сих пор и пациенты, и даже врачи порой настроенно относятся

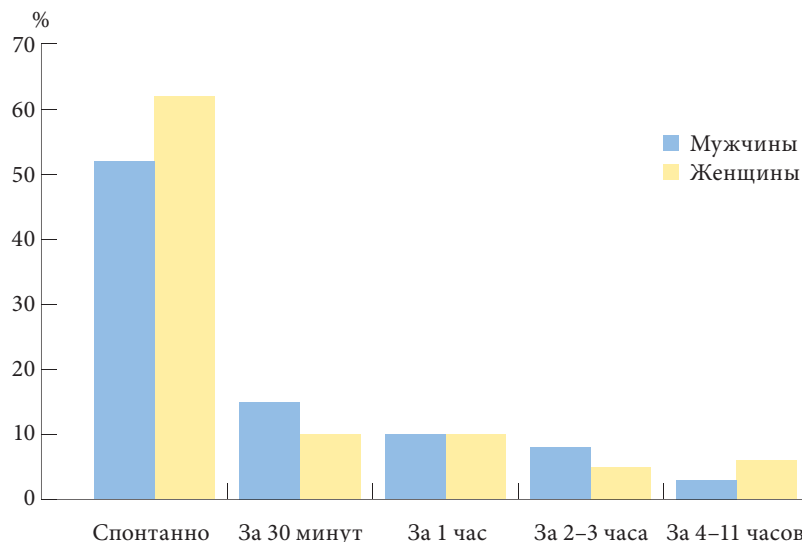


Рис. 2. Планирование сексуального контакта

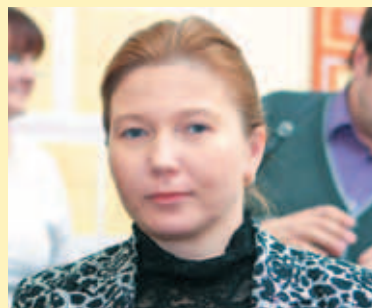
к ингибиторам ФДЭ-5, необоснованно считая, что потенциальный вред от их применения превзойдет возможную пользу. В действительности же, по данным, приведенным профессором Порстом, секс является причиной лишь 0,2–0,6% внезапных смертей. 2000-е гг. ознаменовались разработкой новых, более совершенных ингибиторов ФДЭ-5 – тадалафила (Сиалис), варденафила (Левитра) и препарата нового поколения – уденафила (Зидена). Все эти средства обладают единым механизмом действия, показаниями и противопоказаниями, однако нельзя сказать, что

препараты группы ингибиторов ФДЭ-5 полностью идентичны. В зависимости от того, как быстро достигается максимальная концентрация действующего вещества в плазме крови и какова продолжительность периода полувыведения, препараты обладают различной скоростью наступления эффекта, длительностью действия и др.

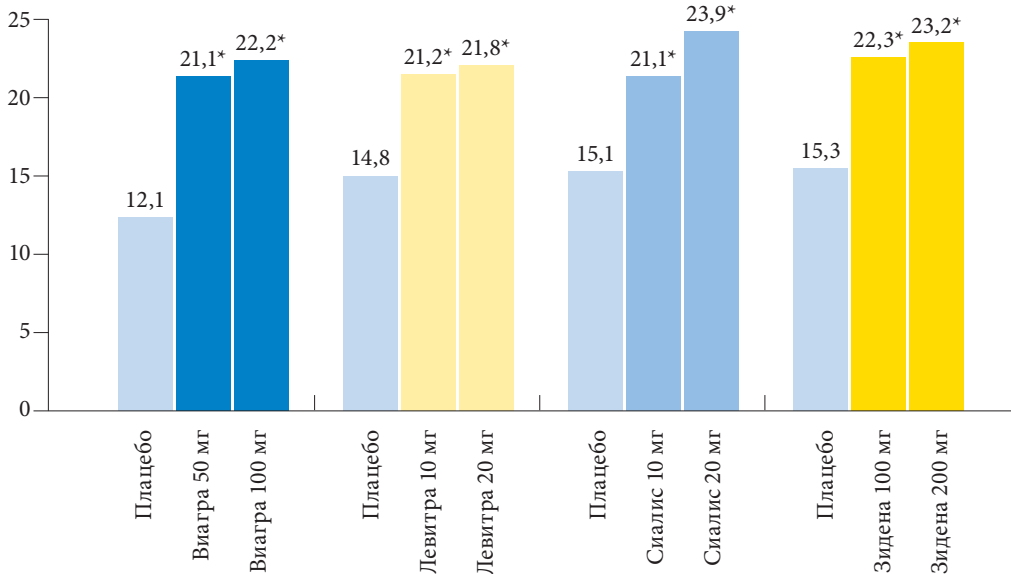
Критерии выбора ингибитора ФДЭ-5

Любой мужчина, страдающий эректильной дисфункцией, хочет использовать высокоэффективный, надежный препарат,

Уролог-андролог консультативной клиники «Панацея» (г. Самара) И.В. ШАТОХИНА



– Отношение к ингибиторам ФДЭ-5 в нашей клинике очень неоднозначное: с одной стороны, у пациентов есть потребность в препаратах данной группы, с другой – у каждого из наших специалистов было свое собственное мнение об этих препаратах. Получалось, что эндокринолог придерживается одной точки зрения, терапевт – другой, кардиолог – третьей. На этом мастер-классе я узнала много нового об ингибиторах ФДЭ-5, о тех случаях, когда их применение является безопасным и оправданным, и теперь смогу использовать полученные знания в работе.



* $p < 0,001$ в сравнении с плацебо.

Рис. 3. Улучшение индекса эректильной функции на фоне приема ингибиторов ФДЭ-5

который обеспечит натуральную эрекцию, сохранит спонтанность сексуальной жизни, будет обладать быстрым и предсказуемым началом и оптимальной продолжительностью действия, а также доступной ценой.

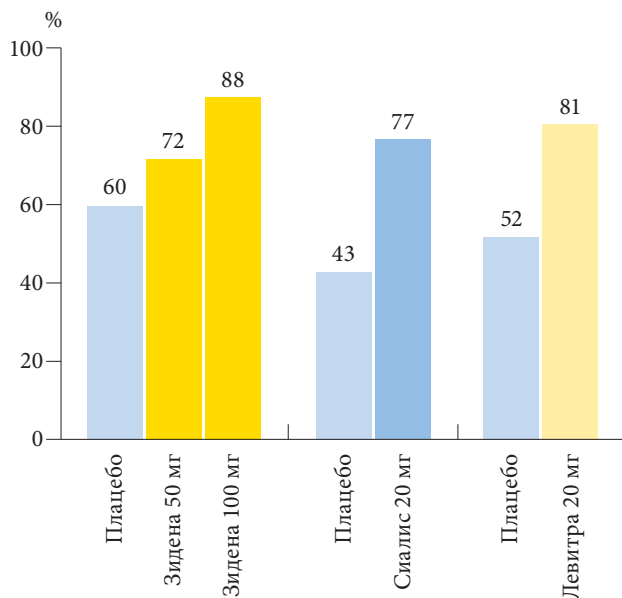


Рис. 4. Сравнительная эффективность различных доз уденафила (Зидена) в отношении возможности осуществления полового акта

Сейчас на рынке присутствуют ингибиторы ФДЭ-5, время действия которых составляет от 4 до 36 часов, и при выборе препарата врач должен учитывать и этот параметр тоже. Почему продолжительность действия так важна? Согласно данным, приведенным в ходе лекции профессором Порстом, большинство людей не планируют сексуальный контакт, в 50–60% случаев все происходит спонтанно (рис. 2). Таким образом, мужчинам преимущественно подходят ингибиторы ФДЭ-5 длительного действия, позволяющие не регламентировать свою сексуальную жизнь жесткими временными рамками. Таких препаратов на рынке на сегодня два: тадалафил (Сиалис) и уденафил (Зидена). Зидена начинает действовать через 30–60 минут. Действие препарата длится в течение 24 часов. Большинство мужчин отмечают психологический комфорт, испытываемый при приеме этого препарата, потому что после приема Зидены они в любое время суток способны на неоднократные интимные отношения. Кроме того, на всасываемость уденафила и его эффективность не оказывают влия-

ния ни прием высококалорийной пищи, ни умеренные дозы алкогольных напитков, это означает, что Зидена не ограничивает пациентов в естественном поведении. Профессор Порст особенно подчеркнул улучшение индекса эректильной функции (МИЭФ) на фоне приема уденафила (Зидены) (рис. 3). Было также отмечено, что прием Зидены обеспечивает возможность осуществления полноценного полового акта у пациентов с эректильной дисфункцией (рис. 4).

В таблице 1 представлена частота развития нежелательных эффектов на фоне приема Зидены и других ингибиторов ФДЭ-5. По данным нескольких многоцентровых рандомизированных двойных слепых плацебоконтролируемых исследований, большинство нежелательных явлений, зафиксированных у пациентов при применении уденафила, были выражены в легкой степени, разрешались самостоятельно и не требовали отмены препарата или лечения. Столь высокий профиль безопасности уденафила обусловлен тем, что данное вещество является высокоселективным ингибитором ФДЭ-5, оно практически не взаимодействует с ФДЭ других разновидностей и не оказывает влияния на цветовосприятие или сердечную деятельность. Высокий профиль безопасности Зидены (уденафила) является отличительной особенностью препарата. Кроме того, проведенные клинические исследования показали, что Зидена также эффективна и безопасна у пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Профессор Порст ознакомил участников мастер-класса с последними данными 2011 г. В исследовании ученых из Кореи приняли участие пациенты с сахарным диабетом. Зидена продемонстрировала достоверно значимое улучшение эректильной функции у данных больных, лечение хорошо переносилось и не сопровождалось выраженными нежелательными явлениями.

ПРАЗДНИК ЧУВСТВ

Zydena®
уденафил

- ◆ Обеспечивает необходимую для эрекции твердость¹
- ◆ Увеличивает способность сохранять и поддерживать эрекцию¹
- ◆ Высокая эффективность и степень удовлетворённости пациентов¹
- ◆ Оптимальная продолжительность действия^{2,3,4}
- ◆ Высокий профиль безопасности в классе ингибиторов ФДЭ-5^{1,2,3,4}

1. Отчет по клиническому исследованию: «рандомизированное, плацебо-контролируемое, двойное слепое исследование на параллельных группах с целью оценки безопасности и эффективности уденафила при использовании фиксированных доз у мужчин с эректильной дисфункцией лёгкой и средней степени [Фаза III], 2005
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Зидена®
3. Исследование «Рандомизированное, двойное слепое плацебо контролируемое исследование с целью оценки безопасности, переносимости и изучения фармакокинетики / фармакодинамики уденафила при однократном и многократном приеме с повышением дозы на последовательных группах у здоровых мужчин корейской национальности [Фаза I]»
4. Paik JS, Kim SW, Yang DY et al., The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitors, in patients with erectile dysfunction. J Sex Med. 2008 Apr; 5(4): 946-53

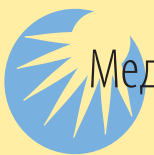


Таблица 1. Частота развития нежелательных эффектов на фоне приема Зидены и других ингибиторов ФДЭ-5

Побочный эффект	Уденафил		Сиалис		Виагра	Левитра
	100 мг	150 мг	10 мг	20 мг	Все дозы	Все дозы
Головная боль	10	7	11	15	16	15
Покраснение лица	7	7	3	3	10	11
Диспепсия	4	5	8	10	7	4
Заложенность носа	8	13	3	3	4	–
Нарушения зрения	–	–	–	–	3	–
Диарея	–	–	–	–	3	–
Инфекции мочевых путей	–	–	–	–	3	–
Головокружение	–	–	–	–	2	2
Сыпь	–	–	–	–	2	–
Боли в спине	–	–	5	6	–	–
Миалгия	–	–	4	3	–	–
Боль в конечностях	–	–	3	3	–	–
Ринит	–	–	–	–	–	9
Синусит	–	–	–	–	–	3
Тошнота	–	–	–	–	–	2
Преждевременная эякуляция	–	–	–	–	–	–
Образование свищей	–	–	–	–	–	–

Таким образом, доступная стоимость, высокая эффективность, подтвержденная безопасность, длительность воздействия и лечебные свойства ингибитора ФДЭ-5 последнего поколения – Зидены – делают ее в настоящее время одним из самых популяр-

ных препаратов для лечения эректильной дисфункции. В завершающей части своего выступления профессор Порст подробно описал другие используемые в официальной клинической практике методы лечения эректильной дисфункции: вакуумные устройст-

ва, препараты на основе простагландина E, андрогено- и психотерапию и протезирование. Впрочем, по мере появления на рынке новых высокоэффективных средств для консервативного лечения эректильной дисфункции необходимость в хирургических вмешательствах возникает все реже.

Подведение итогов

Состоявшийся в Саратове мастер-класс по эректильной дисфункции стал первым в своем роде: ранее подобных мероприятий в нашей стране не проводилось. Во-первых, эректильная дисфункция, как правило, является лишь одной из тем, обсуждаемых на урологических конгрессах. В этот раз данному вопросу был посвящен полный лекционный день. Во-вторых, курс слушателям читал специалист мирового уровня профессор Хармут Порст. Он впервые выступал перед российскими коллегами, будем надеяться, что это только начало и подобные мастер-классы будут организованы и в других регионах России.

Выбранная организаторами модель проведения мастер-класса – интенсивный курс – и, разумеется, его тема вызвали огромный интерес в профессиональном сообществе. В мероприятии приняли участие более 300 специалистов из 25 городов России, причем в аудитории присутствовали не только урологи, но и сексологи, андрологи, эндокринологи и представители других смежных специальностей. Все слушатели мастер-класса по эректильной дисфункции получили сертификаты участников, но, что гораздо важнее, они приобрели знания, которые позволят врачам, как отметил профессор Порст, «лечить пациента с любой формой эректильной дисфункции».

Подготовила А. Лозовская

Президент Европейской ассоциации по сексуальной медицине, профессор Хармут ПОРСТ

– Мне очень приятно, что меня пригласили выступить в России, потому что эректильная дисфункция – очень важная социэкономическая проблема, от которой страдают мужчины во всем мире. Я постарался структурировать все имеющиеся сведения по причинам заболевания, а также по возможностям диагностики и методам лечения. Кроме того, я включил в лекцию новые, последние данные по клиническим исследованиям эффективности препаратов, которые применяются при эректильной дисфункции. Я очень рад, что мне задали много важных уточняющих вопросов, это значит, моя лекция была интересна и полезна для российских специалистов.



Все таблицы и рисунки, используемые в статье, предоставлены профессором Х. Порстом

Пленум правления Научного общества нефрологов России (НОНР)

15–16 ноября 2012 года

Ульяновск, площадь 100-летия со дня рождения В.И. Ленина, д. 1,
Ленинский мемориал

Основные темы Пленума

Современные представления об общих механизмах поражения почек и сердца

Артериальная гипертония и почки (взгляд с позиций кардиолога и нефролога)

Кардиоренальный синдром

Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у больных ХБП

Анемия и сердечно-сосудистая патология у больных ХБП

Нарушения костного и минерального обмена и сердечно-сосудистая патология при ХБП

Сердечно-сосудистые проблемы заместительной почечной терапии

Современные подходы к кардио- и нефропротекции при ХБП

Научная программа Пленума будет представлена на сайте Пленума www.nephrologyjournal.ru и информационном портале Ульяновского государственного университета www.ulsu.ru

Контактная информация

Председатель оргкомитета:

профессор Евгений Михайлович Шилов

Тел.: (499) 248-41-66

e-mail: emshilov@mma.ru

Ответственный секретарь оргкомитета:

д.м.н. Ирина Николаевна Бобкова

Тел.: (499) 246-02-10, моб. 8-917-559-71-43

e-mail: irbo.mma@mail.ru

Пленум будет посвящен проблеме кардиоренальных взаимоотношений.

С докладами выступят ведущие нефрологи и кардиологи России, а также ряд зарубежных специалистов.

В рамках Пленума состоится

совместное заседание

с Российским медицинским

обществом по артериальной

гипертонии, пройдет школа для

специалистов нефрологов

и кардиологов (с выдачей

сертификата), планируется выпуск

сборника тезисов.



Литература

**В.П. АВДОШИН, М.И. АНДРЮХИН, Т.А. КИРЮХИНА,
Т.А. ВЛАСЕНКО, Т.И. РУСАКОВА**

**Профилактика рубцово-склеротических осложнений
после оперативного лечения на верхних мочевых путях**

1. Гулиев Б.Г. Реконструктивные операции при органической обструкции верхних мочевыводящих путей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2008.
2. Клинические рекомендации. Урология / под ред. Н.А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 368 с.
3. Братчиков О.И., Веденьев Ю.И., Мягченко С.В. Клинико-морфологические особенности при гидронефрозе // Пленум Правления Российского общества урологов: тезисы. Курск, 2010. С. 27.
4. Mostbeck G., Kain R., Malek R. et al. Duplex Doppler sonography in renal parenchymal disease. Histopathologic correlation // J. Ultrasound Med. 1991. Vol. 10. № 4. P. 189–194.
5. King L.R. Hydronephrosis. When is obstruction not obstruction? // Urol. Clin. North. Am. 1995. Vol. 22. № 1. P. 31–42.
6. Piatt J.F. Duplex Doppler evaluation of native kidney dysfunction: obstructive and nonobstructive disease // Am. J. Roentgenol. 1992. Vol. 168. № 5. P. 1035–1042.
7. Авдошин В.П. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении урологических больных // IV Всероссийская научно-практическая конференция по квантовой терапии: тезисы. М., 1997. С. 87–89.
8. Авдошин В.П., Андрюхин М.И. Аппарат квантовой терапии «РИКТА». Методическое пособие для врачей по применению в урологии. М.: Ассоциация «Квантовая Медицина», 2009. С. 29.

Т.И. ДЕРЕВЯНКО, Э.В. РЫЖКОВА, С.А. ТОЛЧАНОВ
**Применение препарата Полиоксидоний при лечении
женщин с хроническими инфекционно-воспалительными
заболеваниями нижних отделов мочевых путей**

1. Хроническая тазовая боль: руководство для врачей / под ред. А.Н. Беловой, В.Н. Крупина. М., 2007. 572 с.
2. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Годунов Б.Н. и др. Современные аспекты диагностики и лечения хронического цистита у женщин // Урология и нефрология. 1997. № 6. С. 7–14.
3. Гвоздев М.Ю., Лоран О.Б., Гумин Л.М., Дьяков В.В. Транспозиция дистального отдела уретры в оперативном лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей у женщин // Урология. 2000. № 3. С. 24–27.
4. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В. Роль урогенитальных инфекций в этиологии циститов, необструктивных пиелонефритов у женщин // Урология. 2005. № 3. С. 60–63.
5. Деревянко И.М., Деревянко Т.И., Рыжков В.В. Эктопия уретры у женщин // Медицинская газета. 2003. № 96–97. С. 11.
6. Кан Д.В., Лоран О.Б., Левин Е.И. Классификация и диагностика рецидивирующего и хронического цистита у женщин // Урология и нефрология. 1998. № 6. С. 16–20.
7. Кусина В.И., Забиров К.И. Урогенитальные инфекции у женщин. М.: МИА, 2005. С. 627–641.
8. Barr S.J. Urethral-hymeneal fusion: a cause of post coital cystitis // Am. J. Obstet. Gynecol. 1969. Vol. 104. № 4. P. 595–597.

9. Reed J.F. Urethral-hymeneal fusion: a cause of chronic adult female cystitis // Urology. 1970. Vol. 103. № 4. P. 441–446.
10. Skott J.E. The single ectopic ureter and the dysplastic kidney // Brit. J. Urol. 1981. Vol. 53. № 4. P. 300–305.
11. Walker D., Finlayson B. Elastic characteristics of the ureter // Urology. 1975. Vol. 114. № 3. P. 385–338.

**П.В. ГЛЫБОЧКО, Ю.Г. АЛЯЕВ, А.З. ВИНАРОВ,
Ю.Л. ДЕМИДКО, Л.С. ДЕМИДКО**
**Консервативное лечение недержания мочи
после радикальной простатэктомии**

1. Guidelines on Urogenital infections / K.G. Naber, A.J. Schaeffer, C. Heyns et al, eds. European Association of Urology, 2010.
2. Hacad C., Howard G., Zambon J. P. et al. Pelvic floor muscle surface electromyography and radical retropubic prostatectomy (RPR): is it possible to predict any preoperative variable related to urinary dysfunction after RPR? : poster // 41st Annual Meeting of the International Continence Society (ICS). UK: Glasgow, 2011. № 63.
3. Filocamo M.T., Li Marzi V., Del Popolo G. et al. Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for postprostatectomy incontinence // Eur. Urol. 2005. Vol. 48. № 5. P. 734–738.
4. Гехт Б.М. Нейромидин в лечении заболеваний периферического нейромоторного аппарата // Журнал современной медицины. 2003. Т. 2. С. 3–5.
5. Пинчук Д.Ю., Дудин М.Г. Биологическая обратная связь по электромиограмме в неврологии и ортопедии. СПб.: Человек, 2002. 120 с.
6. Мамедов Т.Р., Крымшаухалова С.Я., Степанченко А.В. и др. Влияние Нейромидина на память и когнитивные вызванные потенциалы у больных невралгией тройничного нерва при комплексной терапии с применением транскраниальной магнитной стимуляции // Доктор.ру. 2004. № 4.

А.Л. ВЕРТКИН, Л.Ю. МОРГУНОВ, Е.И. ЗВЯГИНЦЕВА
Левитра: многогранность действия, перспективы применения

1. Porst H., Sharlip I. History and epidemiology of male sexual dysfunction. Standart practice in sexual medicine / H. Porst, I. Sharlip, J. Buvat, eds. 2006. P. 43–48.
2. Corbin J.D., Francis S.H. Pharmacology of phosphodiesterase-5 inhibitors // Int. J. Clin. Pract. 2002. Vol. 56. № 6. P. 453–459.
3. Van Ahlen H., Zumbe J., Stauch K., Hanisch J.U. The Real-Life Safety and Efficacy of vardenafil (REALISE) study: results in men from Europe and overseas with erectile dysfunction and cardiovascular or metabolic conditions // J. Sex. Med. 2010. Vol. 7. № 9. P. 3161–3169.
4. Reffelmann T., Kloner R.A. Sexual function in hypertensive patients receiving treatment // Vasc. Health Risk Manag. 2006. Vol. 2. № 4. P. 447–455.
5. Rosen R.C., Jackson G., Kostis J.B. Erectile dysfunction and cardiac disease: recommendations of the Second Princeton Conference // Curr. Urol. Rep. 2006. Vol. 7. № 6. P. 490–496.
6. Guazzi M., Samaja M. The role of PDE5-inhibitors in cardiopulmonary disorders: from basic evidence to clinical development // Curr. Med. Chem. 2007. Vol. 14. № 20. P. 2181–2191.



7. Vlachopoulos C., Ioakeimidis N., Rokkas K., Stefanadis C. Cardiovascular effects of phosphodiesterase type 5 inhibitors // *J. Sex. Med.* 2009. Vol. 6. № 3. P. 658–674.
8. Szabo G., Radovits T., Veres G. et al. Vardenafil protects against myocardial and endothelial injuries after cardiopulmonary bypass // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2009. Vol. 36. № 4. P. 657–664.
9. Kapur V., Chien C.V., Fuess J.E., Schwarz E.R. The relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease. The role of PDE-5 inhibition in sexual dysfunction and cardiovascular disease // *Rev. Cardiovasc. Med.* 2008. Vol. 9. № 3. P. 187–195.
10. Li H.J. Efficacy and safety of vardenafil in the treatment of erectile dysfunction in men with hypertension // *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2006. Vol. 12. № 10. P. 953–956.
11. Jackson G. Hemodynamic and exercise effects of phosphodiesterase 5 inhibitors // *Am. J. Cardiol.* 2005. Vol. 96. № 12B. P. 32M–36M.
12. Miner M.M., Barnes A., Janning S. Efficacy of phosphodiesterase type 5 inhibitor treatment in men with erectile dysfunction and dyslipidemia: a post hoc analysis of the vardenafil statin study // *J. Sex. Med.* 2010. Vol. 7. № 5. P. 1937–1947.
13. Vardi M., Nini A. Phosphodiesterase inhibitors for erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007. Vol. 24. № 1. CD002187.
14. Rubio-Aurioles E., Porst H., Eardley I., Goldstein I.; Vardenafil-Sildenafil Comparator Study Group. Comparing vardenafil and sildenafil in the treatment of men with erectile dysfunction and risk factors for cardiovascular disease: a randomized, double-blind, pooled crossover study // *J. Sex. Med.* 2006. Vol. 3. № 6. P. 1034–1037.
15. Schwarz E.R., Kapur V., Rodriguez J. et al. The effects of chronic phosphodiesterase-5 inhibitor use on different organ systems // *Int. J. Impot. Res.* 2007. Vol. 19. № 2. P. 139–148.
16. Aizawa K., Hanaoka T., Kasai H. et al. Long-term vardenafil therapy improves hemodynamics in patients with pulmonary hypertension // *Hypertens. Res.* 2006. Vol. 29. № 2. P. 123–128.
17. Deibert P., Schumacher Y.O., Ruecker G. et al. Effect of vardenafil, an inhibitor of phosphodiesterase-5, on portal haemodynamics in normal and cirrhotic liver – results of a pilot study // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006. Vol. 23. № 1. P. 121–128.
18. Cheon Y.K., Cho Y.D., Moon J.H. et al. Effects of vardenafil, a phosphodiesterase type-5 inhibitor, on sphincter of Oddi motility in patients with suspected biliary sphincter of Oddi dysfunction // *Gastrointest. Endosc.* 2009. Vol. 69. № 6. P. 1111–1116.
19. Corona G., Razzoli E., Forti G., Maggi M. The use of phosphodiesterase 5 inhibitors with concomitant medications // *J. Endocrinol. Invest.* 2008. Vol. 31. № 9. P. 799–808.
20. Ng C.F., Wong A., Cheng C.W. et al. Effect of vardenafil on blood pressure profile of patients with erectile dysfunction concomitantly treated with doxazosin gastrointestinal therapeutic system for benign prostatic hyperplasia // *J. Urol.* 2008. Vol. 180. № 3. P. 1042–1046.
21. Kloner R.A. Pharmacology and drug interaction effects of the phosphodiesterase 5 inhibitors: focus on alpha-blocker interactions // *Am. J. Cardiol.* 2005. Vol. 96. № 12B. P. 42M–46M.
22. Shabsigh R. The effects of testosterone on the cavernous tissues and erectile function // *World J. Urol.* 1997. Vol. 15. № 1. P. 21–26.
23. Corona G., Maggi M. The role of testosterone in erectile dysfunction // *Nat. Rev. Urol.* 2010. Vol. 7. № 1. P. 46–56.
24. Van der Made F., Bloemers J., Yassem W.E. et al. The influence of testosterone combined with a PDE5-inhibitor on cognitive, affective, and physiological sexual functioning in women suffering from sexual dysfunction // *J. Sex. Med.* 2009. Vol. 6. № 3. P. 777–790.

Т.Н. МОИСЕЕВА, В.Г. СЕРПИК, А.Ю. КУЛИКОВ
Фармакоэкономический анализ лечения хронического бактериального простатита с применением монотерапии антибиотиками и комбинацией антибиотиков с препаратом Вобэнзим

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Аленов С.Н. и др. Комплексная медикаментозная терапия хронического простатита // *РМЖ.* 2005. Т. 13. № 25. С. 1675–1678.
2. Аляев Ю.Г., Налобин Н.А., Саенко В.С. Применение системной энзимотерапии и физиотерапевтического комплекса «Андро-Мед» в лечении хронического простатита // *Андрология и генитальная хирургия.* 2001. № 1–2. С. 105–108.
3. Горюловский Л.М., Зингеренко М.Б. Хронический простатит // *Лечащий врач.* 2003. № 7. С. 4–8.
4. Ткачук В.Н., Лукьянов А.Э., Носков Н.Ю. Место системной энзимотерапии в комплексном лечении больных хроническим простатитом // *Врачебное сословие.* 2007. № 5. С. 2–7.
5. Системная энзимотерапия. Опыт и перспективы / под ред. В.И. Кулакова, В.А. Насоновой, В.С. Савельева. СПб.: Интер-Медика, 2004. 264 с.
6. Технологии системной энзимотерапии в педиатрической практике: усовершенствованная медицинская технология / под общ. ред. чл.-корр. РАМН А.Г. Румянцева. М., 2006. 40 с.
7. Ивин Д.И., Сельков С.А., Есинов А.С. Использование препарата Вобэнзим в комплексной терапии хламидийного простатита // *Terra medica.* 2003. № 3. С. 21–22.
8. Леонтьев И.Г. Системная энзимотерапия Вобэнзимом в комплексном лечении хронического уретрогенного простатита // *Тюменский мед. журн.* 2002. № 1. С. 17–19.
9. Прикладная фармакоэкономика / под ред. В.И. Петрова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 335 с.
10. Язудина Р.И., Куликов А.Ю. Фармакоэкономика: общие сведения, методы исследования // *Новая аптека.* 2007. № 9. С. 73–78.

В.С. САЕНКО, Н.К. ДЗЕРАНОВ, С.В. ПЕСЕГОВ
Актуальность применения индигокармина в клинической диагностике

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Индигокармин / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. // www.ellara.ru/files/instr.pdf.
2. Отчет об экспериментальном изучении общей токсичности и влияния на иммунную систему препарата Индигокармин, раствор для внутривенного введения 4 мг/мл производства ООО «Эллара». СПб., 2011. 94 с. // URL: <http://www.ellara.ru/files/doclinika1.pdf>.
3. Урология: учебник для студентов медицинских вузов / под ред. Ю.Г. Аляева. М.: Медицинское информационное агентство, 2005. 638 с.
4. Большая медицинская энциклопедия / под ред. акад. Б.В. Петровского. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1978. Т. 9. С. 603–604.

КНИЖНЫЙ МАГАЗИН



ТОЛЬКО НОВИНКИ!

ТОЛЬКО ЛУЧШЕЕ!

ТОЛЬКО У НАС!

Мы выбрали для вас самые популярные книги по урологии.
Не тратьте время на поиск книг в магазинах своего города,
воспользуйтесь нашим предложением или
виртуальным магазином на сайте www.webmed.ru

Приобрести книгу у нас быстро и просто –
позвоните по телефону (495) 234-07-34 доб. 195, 190
или отправьте бланк заказа по факсу: (495) 234-07-34 доб. 194
или по электронной почте: medbooks@webmed.ru

ДОСТАВКА

курьером (для Москвы)
курьером (для регионов, данная услуга
предоставлена EMS-Почта России)
почтой (для регионов)

ОПЛАТА

наличными курьеру (для Москвы)
наличными курьеру (для регионов)
предоплата (оплата квитанции
в любом отделении Сбербанка России)

Стоимость доставки рассчитывается индивидуально
в зависимости от веса книги и региона

• Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа •

✂
Платательщик:

юридическое лицо

физическое лицо

Выберите способ оплаты:

наличными (для Москвы)

наличными (для регионов)

предоплата

ФИО/ Полное название организации _____

ФИО и должность руководителя для оформления договора _____

(заполняется юр. лицами)

ИНН/КПП (заполняется юр. лицами) _____

Почтовый адрес для доставки с индексом _____

Телефон, факс (с кодом города) _____

Адрес электронной почты (e-mail) _____

Заказ _____



Клиническая андрология

Под ред. В.Б. Шилла,
Ф. Комхаира, Т. Харгива. Перевод с англ.
Бедретдинова Д.А., Гарманова Т.Н. /
Под ред. О.И. Аполихина, И.И. Абдуллина.
ГЭОТАР-Медиа, 2011. 800 с., переплет

Руководство посвящено диагностике и лечению мужского бесплодия, нарушениям половой функции, инфекциям, передаваемым половым путем, нарушениям обмена андрогенов, вопросам старения, доброкачественным и злокачественным новообразованиям половых органов. Включены главы, посвященные фитотерапии, эстетической дерматологии и медицинской косметологии. Книга создана специально для практикующих врачей и построена таким образом, что позволяет получить быстрый доступ к результатам последних исследований и решениям дискуссионных вопросов клинической практики.

Цена 2940 руб.



Диагностика эректильной дисфункции

Жуков О.Б. Бином, 2009.
184 с., переплет

Практикующим врачам предложены простые, доступные, разрабатываемые до деталей клинические и инструментальные критерии выявления нормы и различных нарушений эрекции полового члена. Это позволяет по-новому взглянуть на возникновение, развитие и предупреждение эректильной дисфункции с учетом ранних доклинических изменений эрекции. Большое внимание уделено клинической характеристике заболеваний, факторов риска их развития и соответствующих им семиотических признаков, возникающих при исследовании нарушений эрекции. Результаты кропотливого труда авторского коллектива позволяют ограничить применение инвазивных методов диагностики определенными абсолютными показаниями, выявляемыми после проведения предлагаемого автором алгоритма исследования.

Цена 500 руб.



Радикальная простатэктомия

Под ред. Р. Кирби,
Ф. Монторси, П. Гонтеро,
Дж.А. Смита,
Д.Ю. Пушкаря.
Перевод с англ. /
Под ред. Д.Ю. Пушкаря.
ГЭОТАР-Медиа, 2011.
280 с., переплет

Содержание книги отражает современные представления об оперативных вмешательствах при раке простаты, о послеоперационных осложнениях и методах борьбы с ними. В ней описан опыт нескольких крупных медицинских центров по переходу от открытой простатэктомии к роботизированной. Большое внимание уделяется таким осложнениям, как эректильная дисфункция идержание мочи, а также их лечению.

Цена 1540 руб.



Андрология

Тиктинский О.Л.,
Калинина С.Н. МИА, 2010.
576 с., переплет

В издании приведены сведения об анатомии, физиологии, пороках развития половых органов у мужчин, воспалительных заболеваниях

уретры, придаточных половых желез, урогенитальных инфекциях, травмах, новообразованиях, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, конгестивных заболеваниях органов таза. Подробно описаны соматогенные сексуальные дисфункции, их консервативное и хирургическое лечение, бесплодие у мужчин. Представлены варианты фаллопластики и коррекции пола при транссексуализме.

Цена 1176 руб.



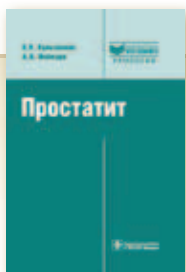
**Урология:
Национальное
руководство (+ CD)**

Под ред. Н.А. Лопаткина.
ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1024 с.,
переплет

Содержит актуальную информацию о диагностике и лечении основных урологических заболеваний.

Самостоятельный раздел посвящен диагностическим методам, применяемым в урологии. Приложение на компакт-диске включает дополнительные главы и иллюстративные материалы, списки рекомендуемой литературы, фармакологический справочник, стандарты медицинской помощи, медицинские калькуляторы. В подготовке издания в качестве авторов-составителей и рецензентов принимали участие ведущие специалисты-урологи. Все рекомендации прошли этап независимого рецензирования.

Цена 2100 руб.

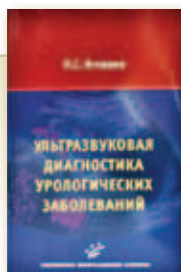


**Простатит.
Диагностика
и лечение**

Кульчавеня Е.В.,
Неймарк А.И.
ГЭОТАР-Медиа, 2010.
256 с., переплет

В книге предпринята попытка систематизировать имеющиеся научные данные по эпидемиологии и этиологии хронического простатита, его патогенезу. Приведен алгоритм обследования и лечения больного хроническим простатитом, в том числе в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Цена 392 руб.

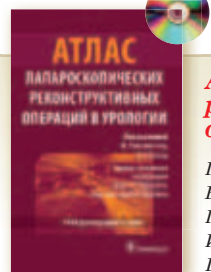


**Ультразвуковая
диагностика
урологических
заболеваний**

Игнашин Н.С.
МИА, 2010. 144 с., обложка

Руководство отражает многолетний опыт автора как в области практического использования ультразвуковых методов в диагностике и лечении урологических заболеваний, так и в подготовке специалистов в этой области.

Цена 896 руб.



**Атлас лапароскопических
реконструктивных
операций в урологии (+ DVD)**

Под ред. М. Рамалингама,
В.Р. Патела. Перевод с англ. /
Под ред. В.Л. Медведева,
И.И. Абдулина.
ГЭОТАР-Медиа, 2011. 552 с., переплет

Атлас содержит 40 глав и 1448 фотографий и схем. В каждой главе краткое изложение темы сопровождается подробными иллюстрациями, дающими представление об используемом инструментарии, анатомии, основных методиках и подходах. На фотографиях пошагово отображены ход операций, возможные осложнения и способы их устранения.

Цена 2240 руб.

Для юридических лиц

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7723809029 КПП 772301001	Сч. №	40702810700000000536
Получатель ООО «Медфорум-Альфа»		
Банк получателя ОАО «Промсвязьбанк» Москва	БИК Сч. №	044525555 30101810400000000555

СЧЕТ № 10/П от «__» _____ 2012 г.

Заказчик:
Плательщик:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1	Подписка на журнал «Эффективная фармакоterapia. Урология»	шт.	6	200-00	1200-00
Итого:					1200-00
Без налога (НДС).					-
Всего к оплате:					1200-00

НДС не облагается.
Всего к оплате: Одна тысяча двести рублей 00 копеек.

Руководитель предприятия
Главный бухгалтер



Handwritten signature
Романенко А.Е.
Макарова О.М.

Для физических лиц

Кассир	<p>Извещение</p> <p style="text-align: right;">Форма №ПД-4</p> <p style="text-align: center;">ООО «Медфорум-Альфа» (наименование получателя платежа) 7723809029 (ИНН получателя платежа)</p> <p>№ 40702810700000000536 (номер счета получателя платежа)</p> <p style="text-align: center;">ОАО «Промсвязьбанк» Москва (наименование банка и банковские реквизиты) к/с 30101810400000000555</p> <p style="text-align: center;">БИК 044525555</p> <p>Оплата подписки на журнал «ЭФТ. Урология» (6 номеров) (наименование платежа)</p> <p>Дата _____ Сумма платежа: 1200 руб. 00 коп.</p> <p>Информация о плательщике: _____ Адрес доставки: _____ (ФИО, адрес, телефон) Плательщик (подпись) _____</p>
	Кассир
Кассир	<p>Извещение</p> <p style="text-align: right;">Форма №ПД-4</p> <p style="text-align: center;">ООО «Медфорум-Альфа» (наименование получателя платежа) 7723809029 (ИНН получателя платежа)</p> <p>№ 40702810700000000536 (номер счета получателя платежа)</p> <p style="text-align: center;">ОАО «Промсвязьбанк» Москва (наименование банка и банковские реквизиты) к/с 30101810400000000555</p> <p style="text-align: center;">БИК 044525555</p> <p>Оплата подписки на журнал «ЭФТ. Урология» (6 номеров) (наименование платежа)</p> <p>Дата _____ Сумма платежа: 1200 руб. 00 коп.</p> <p>Информация о плательщике: _____ Адрес доставки: _____ (ФИО, адрес, телефон) Плательщик (подпись) _____</p>
	Кассир

Лонгидаза® В УРОЛОГИИ

РЕАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ



КОНЬЮГАТ ВЫСОКООЧИЩЕННОГО ФЕРМЕНТА ГИАЛУРОНИДАЗА С ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ НОСИТЕЛЕМ АЗОКСИМЕРА БРОМИДОМ

Лонгидаза® - инновационный препарат с доказанной эффективностью для профилактики и комплексного лечения гиперплазии соединительной ткани (спаечные, фиброзно-гранулематозные, рубцовые, фиброзирующие процессы)

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

- Выраженные противofиброзные свойства
- Гиалуронидазная активность пролонгированного действия
- Увеличивает биодоступность лекарственных и диагностических препаратов
- Противовоспалительное и антиоксидантное действие
- Высокий уровень безопасности

В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

- Хронического простатита
- Интерстициального цистита
- Келоидных, гипертрофических рубцов после травм, ожогов, операций
- Для увеличения биодоступности при совместном введении антибактериальных препаратов

Лонгидаза®

- Подавляет воспалительные реакции, стимулирующие развитие фиброзного процесса
- Останавливает реактивный рост соединительной ткани
- Вызывает обратное развитие фиброза
- Корректирует сложные ауторегуляторные реакции соединительной ткани

 НПО
ПЕТРОВАКС ФАРМ
Препараты будущего – сегодня

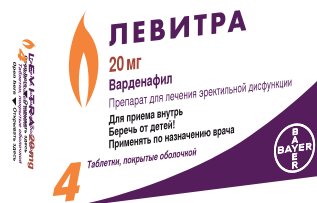
117587, г. Москва, ул. Днепропетровская, д. 2
Тел./Факс: +7(495) 984-2753/54

Подними мужской вопрос!



ЛЕВИТРА®
(ВАРДЕНАФИЛ)

5 мг/10 мг/20 мг таблетки,
покрытые оболочкой



Левитра® — для уверенности в быстром достижении эффекта независимо от возраста, степени тяжести и причины эректильной дисфункции^{1,2}

Краткая информация по медицинскому применению препарата Левитра®

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой. **Состав:** ЛЕВИТРА® 5 мг, 10 мг и 20 мг. Каждая таблетка содержит 5 мг, 10 мг или 20 мг Варденафила. **Показания к применению:** эректильная дисфункция. **Противопоказания:** гиперчувствительность к любому компоненту препарата; одновременное применение с нитратами или донаторами оксида азота и с ингибиторами протеаз ВИЧ. Препарат не показан для применения у женщин, новорожденных и детей. **С осторожностью:** у пациентов с врожденным удлинением интервала QT; анатомической деформацией полового члена; заболеваниями, предрасполагающими к приапизму; тяжелым нарушением функции печени; заболеваниями почек в терминальной стадии; артериальной гипотензией; перенесенным инсультом и инфарктом миокарда; нестабильной стенокардией; наследственными дегенеративными заболеваниями сетчатки; склонностью к кровотечениям; обострением язвенной болезни; аортальным и субаортальным стенозом. **Побочное действие:** головокружение, головная боль, «приливы» (ощущение жара, покраснение кожи лица, «горячие вспышки»), застойная гиперемия слизистой оболочки носа, диспепсия, тошнота. **Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата. Актуальная версия инструкции от 12.02.2009. Регистрационный номер П № 015037/01**

1. Ziegler D., et al. Efficacy and safety of flexible-dose vardenafil in men with type 1 diabetes and erectile dysfunction. J Sex Med. 2006 Sep;3(5):883-91.

2. van Ahlen H., et al. Safety and efficacy of vardenafil, a selective phosphodiesterase 5 inhibitor, in patients with erectile dysfunction and arterial hypertension treated with multiple antihypertensives. J Sex Med. 2005 Nov;2(6):856-64.

реклама

L:RUJGM.08.2010.0031

Телефон доверия по вопросам

мужского здоровья: **8-800-200-10-15**

www.prodlisex.ru



Bayer HealthCare