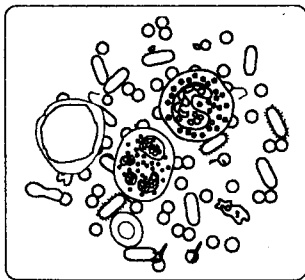


агностики острого пиелонефрита и его стадий (серозная, гнойно-деструктивная), отдельных форм гнойного пиелонефрита (апостематозный нефрит, карбункулы и абсцессы почек). Успешно внедрена в практику и адаптирована к пиелонефриту у беременных "ступенчатая" антибактериальная терапия.

Все это позволило добиться хороших и эффективных результатов при лечении этой группы больных, вплоть до полного отказа от хирургических вмешательств при гнойных формах пиелонефрита. Появилась возможность отказаться от преры-

ваний беременности при остром пиелонефрите независимо от его тяжести.

Все вышеизложенное диктует необходимость пересмотра стандартов диагностики, профилактики и лечения инфекций мочевых путей у беременных. Предлагаемые стандарты рассчитаны на различный уровень ЛПУ, на поэтапную диагностику и лечение инфекций мочевых путей у беременных. Мы полагаем, что они достаточно просты для восприятия, требуют специальных знаний и умений и надеемся на их эффективное использование в практике врача.



И.В. Емельянова, В.М. Нагорный

ПРИМЕНЕНИЕ α -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТОУРЕТРИТОМ

*Группа независимых врачей, г. Владивосток,
Владивостокский государственный медицинский университет*

В клинике хронических простатитов присутствуют симптомы дискомфорта в органах малого таза, уретре, различные нарушения акта мочеиспускания, снижение тонуса струи мочи. Наличие подобных жалоб у больных независимо от этиологической принадлежности основного заболевания позволило нам использовать α -адреноблокаторы как средство патогенетической терапии в лечении этого контингента больных. В своей работе мы использовали альфузозин (дальфаз), тамсулозин (омник), доксазозин (кардура) и теразозин (сетегис). Наш опыт показал неоспоримость действия практически всех α -адреноблокаторов при данной патологии. Выбор сетегиса (венгерский фармацевтический завод "Эгис") был продиктован большей экономической доступностью препарата при равных фармакологических возможностях. Поэтому основное количество наблюдений мы имели при использовании этого препарата.

Нами пролечено 20 пациентов с хроническим простатитом, имевших дизурический и болевой синдромы. Наряду с этиотропной терапией все они получали сетегис в терапевтической дозе от 2 до 5 мг однократно на ночь в течение 2-3 мес. В соответствии с рекомендациями производителя подбор дозы проводился методом титрования, начиная с 0,25 мг, и удвоением через каждые 4-7 дней. Из всей группы наблюдавшихся больных 18 чел. были нормотониками, но ни один пациент при указанной методике титрования не отметил побочных эффектов, связанных с колебанием артериального давления (головокружения, головные боли, ортостатические коллапсы), и цифры арте-

риального давления у них оставались в пределах нормы. У 2 пациентов с исходной артериальной гипертонией при отсутствии дополнительных гипотензивных препаратов артериальное давление на протяжении всего курса лечения снизилось и держалось в пределах рабочей нормы. При этом они не отмечали головокружения и головных болей.

Положительная динамика дизурических расстройств наблюдалась у всех пациентов с 4-7 дня при применении минимальных дозировок и с постепенным полным исчезновением дизурии в течение 2-3 нед., в зависимости от выраженности нарушений.

Динамика исчезновения болевого синдрома была также отчетлива, но отсрочена по времени на 7-10 дней в сравнении с дизурическим. Максимально положительный эффект купирования дискомфорта и болевых ощущений наступал у всех пациентов к 3-4 нед. лечения.

В результате накопленных наблюдений мы пришли к убеждению, что:

— опасности коллапсов от применения α -адреноблокаторов удается избежать при правильном титровании дозы;

— титрование и разъяснение режима приема не столь обременительно для доктора, как кажется на первый взгляд;

— необходимость титрования не только не причиняет неудобства врачу и больному, но и позволяет остановиться на индивидуально необходимой дозе конкретному пациенту, тем самым дополнительно экономя средства больного;

— возможно применение препарата у нормотоников.