

14. Neto AF, De Freitas Rodrigues MA, Saraiva Fittipaldi J, Moreira E. The epidemiology of erectile dysfunction and its correlates in men with chronic renal failure on hemodialysis in Londrina, southern Brazil. *Int J Impot Res*. 2002 Aug;14(Suppl 2):S19–S26.

15. Rosas SE, Joffe M, Franklin E, Strom BL, Kotzker W, Brensing C, Grossman E, Glasser DB, Feldman HL. Association of decreased quality of life and erectile dysfunction in hemodialysis patients // *Kidney Int*. 2003 Jul;64(1):232–8.

16. M.S. El-Bahnasawy; A. El-Assmy; E. El-Sawy; B. Ali-El Dein; A.B. Shehab El-Dein; A. Refaie; S. El-Hammady. Critical Evaluation of the Factors Influencing Erectile Function After Renal Transplantation // *J Impot Res* 16(6):521–526, 2004.

17. Cerqueira J, Moraes M, Glina S. Erectile dysfunction: prevalence and associated variables in patients with chronic renal failure // *Int J Impot Res* 2002; 14: 65171.

18. Diemont WL et al. Sexual dysfunction after renal replacement therapy // *Am J Kid Dis* 2000; 35: 845–851.

19. Malavaud B et al. High prevalence of erectile dysfunction after renal transplantation // *Transplantation* 2000; 69: 2121–2124.

20. Abdel-Hamid I, Eraky I, Fouda M, Mansour O. Role of penile vascular insufficiency in erectile dysfunction in renal transplant recipients // *Int J Impot Res* 2002; 14: 32–37.

Медикаментозная терапия хронического простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

М.Ф. Трапезникова, К.В. Поздняков,
А.П. Морозов

ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Урологическая клиника
Кафедра урологии ФУВ, Москва

Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) является частым заболеванием мужчин пожилого возраста [1]. Известно, что гистологические признаки ДГП в возрастной группе 50–59 лет встречаются у 40 % мужчин, в возрасте 60 лет и старше – более чем у 75 %, а клинические проявления заболевания – у 20 % и более чем у 35 % соответственно [1, 2]. Иначе говоря, каждый третий мужчина старше 60 лет имеет симптомы ДГП. В свою очередь, хронический простатит – самое частое заболевание урологического профиля у мужчин до 50 лет и третье по частоте у лиц старше 50 лет. Соответственно напрашивается вывод о том, что у мужчин старше 50 лет должно часто встречаться оба этих заболевания. Насколько это так?

Вероятно, наиболее точным инструментом оценки этого предположения могут служить морфологические исследования ткани предстательной железы у данной категории мужчин. При анализе литературы 1980-х гг. видно, что мнения исследователей по этому вопросу несколько различались. Так, М. Шаркер приводил данные о том, что сочетание этих заболеваний отмечено у 39,5 % мужчин, в то время как Э.А. Зухинис выявил его у 90,3 %. Промежуточные цифры приводили Б.У. Джарбусынов и А.Л. Шабад – 64 % и 72 % соответственно [3]. Если же обратиться к исследованиям последних лет, то видна более единодушная оценка по данному вопросу. Так, Н.А. Лопаткин и Ю.В. Кудрявцев (1999) при морфологическом исследовании ткани простаты у пациентов с ДГП отметили наличие гистологических признаков простатита различной степени

активности в 96,7 % случаев [2, 4], а М.Ф. Трапезникова и И.А. Казанцева (2005) – практически в 100 % случаев [5]. Подобные результаты получил и А.А. Патрикеев (2004) – 98,2 % [6]. Следовательно, современные знания свидетельствуют о том, что практически каждый пациент с ДГП имеет сопутствующее воспаление в простате. Другим вопросом является то, что не всегда гистологические признаки заболевания имеют клинические проявления.

Так, тот же автор [6], при столь высокой частоте морфологической верификации простатита у пациентов с ДГП, микроскопические признаки воспаления выявил у 68 % пациентов, а этиологический микробиологический агент – у 31 %.

Сходство симптоматики ДГП и простатита (и обструктивной, к которой относятся затруднение акта мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, мочеиспускание вялой струей мочи, и ирритативной, проявляющейся в учащенном мочеиспускании, ноктурии, императивных позывах), во многом обусловленное наличием большого количества α -адренорецепторов в шейке мочевого пузыря и простаты, заставляет в обязательном порядке проводить дифференциальную диагностику между этими заболеваниями. Ведь зачастую выраженная симптоматика у пациента с большой предстательной железой практически полностью исчезает после проведенного антибактериального лечения, что свидетельствует прежде всего о том, что вызвана она была обострением сопутствующего хронического простатита. Для эффективного лечения, в первую очередь, необходимо определить, проявлением какого заболевания (ДГП или простатита) является клиническая картина у пожилого пациента. Поэтому проведение микроскопических (анализ секрета простаты) и микробиологических (посев секрета простаты или эякулята) исследований у пациентов с ДГП должно считаться обязательным.

Почему хроническое воспаление так часто сопутствует гиперплазии предстательной железы? Ведь известно, что секрет простаты не только стерил, но и обладает бактерицидными свойствами. По данным Н.А. Лопаткина, причиной этого можно считать такие факторы, как венозный стаз, конгестия предстательной железы, компрессия протоков ацинусов [4]. В последнее время все большее значение придается уретро-простатическому рефлюксу, возникающему за счет гиперактивности α -адренорецепторов с развитием турбулентности тока мочи в задней уретре.

Чем опасен хронический простатит при ДГП? Во-первых, это развитие такого грозного осложнения, как острая задержка мочеиспускания, во-вторых, ухудшение имеющейся симптоматики заболевания, в-третьих, большая вероятность развития интра- и послеоперационных осложнений у пациентов, имеющих показания к оперативному вмешательству, в-четвертых, повышенный риск образования камней простаты, и, наконец, то, что при обострении воспалительного процесса в железе возможно повышение уровня ПСА крови, что иногда, при неадекватной трактовке ситуации, приводит к необходимости выполнения биопсии железы.

Таблица 1. Распределение биоптатов по наличию и степени выраженности активного воспаления ткани предстательной железы

Степень выраженности	ДГП	ОЗМ
Легкая	2 (22,22 ± 13,86 %)	1 (8,33 ± 7,98 %)
Умеренная	6 (66,7 ± 15,71 %)	3 (25,0 ± 12,5 %)
Выраженная	1 (11,11 ± 10,48 %)*	8 (66,7 ± 13,61 %)*
Всего	9 (39,13 ± 10,18 %)**	12 (52,17 ± 10,42 %)**

Примечание: *p < 0,05; **p > 0,05.

Острая задержка мочеиспускания

Для оценки роли воспаления предстательной железы в развитии острой задержки мочеиспускания (ОЗМ) у пациентов с ДГП в урологической клинике МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского было проведено морфологическое исследование биоптатов 46 пациентов, которым была выполнена трансуретральная резекция простаты (ТУРП). Больные были разделены на две группы: в первую группу (n = 23) вошли пациенты, оперативное вмешательство которым было выполнено по поводу ДГП в плановом порядке, вторую группу (n = 23) составили пациенты, у которых показанием к ТУРП явилась ОЗМ. Группы были статистически однородны по возрасту и объему предстательной железы. Критериями оценки служили наличие гистологических признаков простатита, его активности и степени выраженности.

Гистологические признаки хронического простатита

Наличие в строме воспалительной инфильтрации, среди клеточных элементов которой преобладают лимфоциты, плазматические клетки с примесью макрофагов и ксантомных клеток, очаги поражения чередуются с участками неизменной ткани. Одновременно с выраженными дистрофическими и некробиотическими изменениями отмечается развитие грануляционной и рубцовой тканей.

Гистологические признаки активности хронического простатита, помимо вышеописанных признаков, включают:

- наличие альтеративно-экссудативных изменений в железах и строме простаты;
- увеличение количества сегментоядерных лейкоцитов, которые инфильтрируют ткань простаты и могут образовывать абсцессы;
- возможное формирование псевдоабсцессов в просветах желез;
- возникновение очагов молодой соединительной (грануляционной) ткани.

Степени активности воспалительного процесса:

- выраженная степень – воспалительные инфильтраты выявляются более чем в 50 % резецированных фрагментов ткани, среди клеточных элементов преобладают сегментоядерные лейкоциты;
- умеренная – воспалительные инфильтраты – в 20–50 % фрагментов;
- легкая – примесь сегментоядерных лейкоцитов незначительная, отмечается менее чем в 20 % фрагментов.

Признаки хронического простатита были выявлены у 100 % пациентов. Активность процесса отмечена у пациентов 1 группы в 39,13 ± 10,18 % случаев, у пациентов 2 группы – в 52,17 ± 10,42 % (p > 0,05) – разница была статистически недостоверна, однако выраженная степень активности воспаления в 1 группе определялась лишь у 11,11 ± 10,48 % пациентов, в то время как во 2 группе – у 66,7 ± 13,61 % (p < 0,05) (табл. 1).

Таким образом, можно сделать вывод, что выраженный активный простатит играет важную роль в развитии ОЗМ при ДГП и, следовательно, выявление и лечение воспаления предстательной железы у пациентов с ДГП необходимо не только с целью уменьшения симптоматики и улучшения качества жизни, но и с целью профилактики развития ОЗМ.

Интра- и послеоперационные осложнения

Сопутствующее ДГП воспаление ткани предстательной железы чревато развитием осложнений, связанных с выполнением оперативного лечения. При выполнении аденомэктомии возможны технические сложности и повышенное кровотечение при «вылущивании» железы из-за наличия спаек между уретрой и капсулой простаты, а при выполнении ТУРП – повышенное кровотечение из раневой поверхности из-за выраженного кровенаполнения предстательной железы [7]. Послеоперационные осложнения заключаются, прежде всего, в усиленном рубцевании везико-уретрального сегмента в связи с тем, что заживление раны при сопутствующем воспалительном процессе происходит с гиперпродукцией соединительной ткани. Так, по данным Ю.В. Олефира и соавт. [8], при проведении предоперационной подготовки пациентов с хроническим простатитом частота обструктивных осложнений после ТУРП (рубцовая деформация шейки мочевого пузыря, стриктура задней уретры, облитерация уретры) снижается с 13,8 до 5,3 %. Другое послеоперационное осложнение – вторичное кровотечение, развивающееся в силу того, что в замкнутом пространстве ложа удаленной простаты происходит инфицирование остатков ткани и сгустков крови, приводящее к нагноению и лизису последних. Также из-за наличия очага инфекции в ложе удаленной простаты возможно возникновение орхоэпидидимита. В целях профилактики возможных интра- и послеоперационных осложнений у пациентов с ДГП необходимо проведение таких мероприятий, как:

- выявление активного воспалительного процесса в простате, антибактериальная предоперационная подготовка;
- вазостомия с введением антибактериальных препаратов (первые 6 суток послеоперационного периода);
- назначение адекватной антибактериальной терапии в послеоперационном периоде.

Камни предстательной железы

Камни простаты у мужчин старше 50 лет, по данным литературы, выявляются в 1–25 % случаев [9]. Причина их образования недостаточно ясна, но не вызывает споров тот факт, что конкременты поддерживают воспалительный процесс, равно как и наоборот, воспаление способствует образованию камней. Наличие у пациентов хронического калькулезного простатита усугубляет клиническое течение ДГП (выраженная дизурия, постоянный болевой симптом, плохо купирующийся медикаментозной терапией) и затрудняет его лечение (технические сложности при проведении оперативного вмешательства, противопоказание к термальным методам лечения, массажу простаты). Методами выбора лечения данного заболевания является аденомэктомия и ТУРП под контролем трансректального ультразвукового исследования, позволяющего визуализировать местоположение конкрементов и более радикально провести оперативное вмешательство с уменьшением вероятности возникновения таких интраоперационных осложнений, как перфорация капсулы простаты [9]. Профилактикой камнеобразования в предстательной железе явля-

ется выявление в ней воспалительного процесса и его лечение.

С учетом всего вышесказанного становится очевидным не только необходимость проведения у пациентов с ДГП диагностических исследований, направленных на выявление сопутствующего простатита, но и при наличии его обострения – проведение соответствующего лечения.

Несмотря на то что, по данным Европейской ассоциации урологов и ряда отечественных авторов [10–12], частота бактериального простатита (II тип по классификации NIH, 1995) среди всех типов простатита оценивается 5–18,3 %, мы считаем, что бактериальная природа воспалительного процесса в предстательной железе встречается у подавляющего большинства пациентов – 67,4 % [13], причем основным возбудителем является грамположительная флора (93,3 % случаев), ведущая роль в которой принадлежит *Staphylococcus haemolyticus* – 60 % случаев. Наибольшая чувствительность микрофлоры отмечена к фторхинолонам (в частности, чувствительность к ципрофлоксацину составляет 88,9 %). С полученными данными согласуются и результаты многолетнего мониторинга пациентов с хроническим простатитом, осуществляемого в Московской области: по данным диссертационной работы М.В. Нестеровой (2002) [14], у пациентов с бактериальным простатитом ($n = 259$) грамположительная флора высевается в 98 % случаев (в то время как у пациентов с инфекциями мочевых путей – пиелонефритами и циститами ($n = 7143$) – в большинстве случаев (61,6 %) выявляется грамотрицательная флора).

Другие работы клиники [3, 15] непосредственно посвящены рассматриваемой теме. В 1996 г. проведено исследование, в котором с помощью клинко-лабораторных методов обследовано 49 пациентов с ДГП и простатитом. В посеве секрета простаты в 93,9 % случаев выявлены грамположительные микроорганизмы. Наивысшая чувствительность отмечена к ципрофлоксацину – 100 % случаев. В 2002 г. с целью анализа микрофлоры предстательной железы 20 пациентам с ДГП в возрасте от 58 до 75 лет выполнена трансуретральная мультифокальная биопсия с последующим посевом биоптатов. Рост флоры отмечен в 80 % случаев (монокультура – 40 %, 2–4-компонентные ассоциации микроорганизмов – 40 %). Титр менее 10^3 КОЕ/мл отмечен в 72 % случаев, 10^3 – 10^4 КОЕ/мл – в 28 %. Грамположительная флора присутствовала в 60,7 % биоптатов, грамотрицательная – в 25,1 %. Рост анаэробной флоры (*Peptococcus* spp.) отмечен в 14,2 % случаях. Чувствительность грамположительной флоры к ципрофлоксацину составила 90,9 %.

Подводя итоги проводимых клиникой многолетних исследований и наблюдений, можно говорить о том, что простатит у пациентов с ДГП имеет бактериальную природу и вызывается в подавляющем большинстве случаев грамположительной флорой. В отличие от молодых пациентов с хроническим простатитом у пациентов с ДГП отмечается возрастание роли грамотрицательной микрофлоры (3,2 % vs 25,1 %), что связано, по нашему мнению, с влиянием инфравезикальной обструкции и нарушением уродинамики по вышележащим отделам мочевых путей с инфицированием мочи грамотрицательной флорой.

Лечение

Как известно, методы лечения хронического простатита достаточно многочисленны. Однако, по данным J.C. Nickel et al., только ряд из них имеет эффективность, соответствующую критериям доказательной медицины. К ним относятся антибактериальные препараты (4,4 балла по условной 5-

Ципринол®

ципрофлоксацин

таблетки, 250 мг и 500 мг
раствор для инфузий (концентрат), 100 мг/10 мл
раствор для инфузий, 200 мг/100 мл

Оправданное ожидание



Самый назначаемый фторхинолон в мире

Состав: 1 таблетка содержит 250 мг или 500 мг ципрофлоксацина в виде хлорида моногидрата, 10 мл (1 ампула) концентрата содержит 100 мг ципрофлоксацина в виде лактата, 50 мл (1 флакон) раствора содержит 100 мг ципрофлоксацина в виде лактата, 100 мл (1 флакон) раствора содержит 200 мг ципрофлоксацина в виде лактата. **Показания:** Бактериальные инфекции мочевыводящих и нижних отделов дыхательных путей, уха, горла и носа, костей и суставов, кожи, мягких тканей, половых органов. Абдоминальные и гепатобилиарные инфекции. Тяжелые системные инфекции. Инфекции у больных с нейтропенией. Лечение сапмонеллёзных бактерионосителей. Бактериальная диарея. Профилактика инфекций при хирургических вмешательствах. **Дозировка:** Обычно от 250 мг до 750 мг дважды в день внутрь или от 200 мг до 400 мг дважды в день внутривенно в зависимости от тяжести состояния. Таблетки принимаются целиком с небольшим количеством жидкости. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к препарату или другим хинолонам. Беременность и кормление грудью. Не рекомендуется применение ципрофлоксацина у детей и подростков в период роста. Применение препарата в данном возрасте допускается только в случае, если преимущества его применения превышает возможный риск развития нежелательных реакций. **Нежелательные реакции:** Расстройства ЖКТ, тошнота, головокружение, головная боль, реакции гиперчувствительности, локальные реакции в месте инъекции и другие. Очень редко тендовагиниты. **Взаимодействие:** Антациды (содержащие алюминий, магний или кальций), сульфат, препараты, содержащие железо и цинк, снижают всасывание ципрофлоксацина. Одновременный прием ципрофлоксацина и теофиллина (кофеина) может вызвать нежелательное повышение концентрации теофиллина (кофеина) в сыворотке и продлить время их выведения. При одновременном приеме ципрофлоксацина и антикоагулянтов может увеличиться время кровотечения, поэтому рекомендуется чаще контролировать протромбиновое время. Одновременный прием ципрофлоксацина и циклоспорина увеличивает нефротоксичность последнего. **Упаковка:** 10 таблеток по 250 мг или 500 мг, 5 ампул по 100 мг в 10 мл, 1 флакон раствор для инфузий 200 мг в 100 мл, 1 флакон раствор для инъекций 100 мг в 50 мл.

За более подробной информацией обращайтесь к производителю.

Представительство в РФ
123022, г. Москва, ул. 2-я Звенигородская, д. 13, стр. 41, эт. 5
Тел. (495) 739 66 00, Факс (495) 739 66 01, E-mail: info@krka.ru, www.krka.ru

KRKA

бальной шкале), α -адреноблокаторы [3,7], массаж простаты [3,3], нестероидные противовоспалительные препараты [3,3], а также анальгетики и физиотерапевтическое лечение [16, 17]. Альфа-адреноблокаторы также являются препаратами первой линии медикаментозного лечения ДГП [18]. Иначе говоря, антибактериальные препараты и α -адреноблокаторы имеют несомненный приоритет в консервативном лечении пациентов с ДГП и хроническим простатитом. Помимо этого применяются термальные методы лечения (трансректальная гипертермия, трансуретральная термотерапия), различное физиотерапевтическое лечение (лазерное трансректальное воздействие, ультразвуковая терапия).

Какие антибактериальные препараты более предпочтительны? Если обратиться к Рекомендациям Европейской ассоциации урологов (раздел «Уретрогенитальные инфекции»), касающимся диагностики и лечения простатита II типа (NIH), то единственной группой антибактериальных препаратов, в полной мере соответствующей критериям доказательной медицины, являются фторхинолоны [12]. Также рекомендованы к применению триметоприм, тетрациклины, макролиды (как резервные группы антибактериальных препаратов) и цефалоспорины (для лечения простатита I типа). Наиболее распространенным и изученным фторхинолоном является ципрофлоксацин. Чувствительность грамположительной микрофлоры, являющейся этиологическим возбудителем воспалительного процесса у пациентов с ДГП, по нашим данным, основанным на вышеописанных исследованиях, составляет 90,9–100 %.

Эффективность же различных селективных α -адреноблокаторов как в лечении ДГП, так и в лечении хронического простатита в настоящее время признана практически одинаковой, поэтому выбор конкретного препарата зависит от личных предпочтений уролога и экономических факторов. Одним из наиболее изученных селективных α -адреноблокаторов является доксазозин.

В период с ноября 2005 г. по март 2006 г. в урологической клинике МОНИКИ для лечения пациентов с ДГП и сопутствующим простатитом применялись препараты Ципринол (ципрофлоксацин) и Камирен (доксазозин) фирмы KRKA (Словения). Показаниями к применению лекарственных веществ были следующие:

- амбулаторное лечение;
- предоперационная подготовка при выявлении активного воспалительного процесса;
- послеоперационная антибактериальная терапия.

В первом случае назначалась комбинация препаратов: Ципринол по 500 мг два раза в сутки, Камирен по 2–4 мг в сутки (после предварительного титрования дозы). Минимальный срок применения Ципринола составлял две недели, максимальный – один месяц. Минимальный срок приема Камирена составлял один месяц, применялся он в основном в дозе 2 мг в сутки, необходимость в повышении дозировки до 4 мг в сутки возникала редко. Также в курс лечения входили эубиотики и флюконазол. По данной схеме было пролечено 29 пациентов. Обязательными методами обследования до и после лечения являлись микроскопия и посев секрета простаты.

При предоперационной подготовке у пациентов, поступивших в клинику на оперативное лечение, при выявлении лабораторными методами признаков обострения простатита назначался Ципринол в суточной дозировке 1000 мг (двукратный прием). Посев секрета предстательной железы не выполнялся в связи с недостатком времени на проведение полноценного микробиологического исследо-

вания. Выбор антибактериального препарата был обусловлен его высокой тропностью к ткани простаты, широким спектром действия, а также высокой эффективностью ципрофлоксацина к возбудителям воспаления. Послеоперационное лечение Ципринолом проводилось после ТУРП как с целью лечения воспаления у пациентов с диагностированным до операции воспалительным процессом в простате, так и у пациентов без признаков онго с целью профилактики возможных послеоперационных воспалительных осложнений. Всего было пролечено 26 пациентов.

В результате применения данных препаратов отмечена их высокая клиническая эффективность, заключающаяся в уменьшении выраженности симптоматики у амбулаторных больных (уменьшение дизурических явлений, снижение частоты ноктурии, улучшение акта мочеиспускания), увеличении максимальной скорости мочеиспускания, уменьшении количества остаточной мочи, а также уменьшении количества лейкоцитов в секрете простаты и титра микроорганизмов по данным лабораторных исследований. Можно отметить такие положительные качества препаратов, как удобство приема их пациентами и невысокая стоимость. У пациентов, получавших Ципринол в стационаре, отмечена его высокая эффективность, сравнимая с эффективностью парентеральных препаратов, обычно применяемых у данной категории больных (цефалоспорины 2 и 3 поколений).

Побочные эффекты при приеме Камирена, характерные для данной группы препаратов, были быстропреходящими и не требовали отмены препарата. Их частота не превышала известных по литературным данным цифр – 10–16 %. Выраженных осложнений не было ни в одном случае, что, по нашему мнению, обусловлено жестким соблюдением «правила титрования». Не отмечены были также и осложнения при приеме пациентами Ципринола, что во многом обусловлено рациональным курсом лечения (терапевтические дозировки и небольшая длительность терапии), а также применением препаратов, позволяющих уменьшить действие лекарства на флору кишечника.

Резюме

Хронический простатит – частое заболевание у пациентов с ДГП. Морфологические признаки воспаления имеются у 97–100 % пациентов, при этом активность процесса определяется у 39–52 %.

Пациентам с ДГП необходимо в обязательном порядке проведение обследований, направленных на выявление сопутствующего воспаления простаты.

Основная этиологическая роль в возникновении простатита принадлежит грамположительной флоре, при этом ее чувствительность к ципрофлоксацину составляет 90,9–100 %.

Альфа-адреноблокаторы и антибактериальные препараты (фторхинолоны) являются препаратами первой линии при лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом. Камирен (доксазозин) и Ципринол (ципрофлоксацин) обладают хорошей эффективностью и высокой безопасностью у данной категории пациентов.

Литература

1. Горилловский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. М., 1999. 120 с.
2. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / под ред. Н.А. Лопаткина. М., 1999. 216 с.
3. Аль-Сури Ахмад Диагностика и лечение хронического простатита при доброкачественной гиперплазии простаты / Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1996. 95 с.
4. Руководство по урологии / под ред. Н.А. Лопаткина. Т. 3. 670 с.

5. Трапезникова М.Ф., Казанцева И.А., Базаев В.В. и др. Патогенез и профилактика острой задержки мочи у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Альманах клинической медицины. Актуальные вопросы экстренной хирургии. Т. XI. М., 2006. С. 141–144.

6. Патрикеев А.А., Дюсюбаев А.В. Диагностика хронического простатита у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8–10 июня 2004 г. С. 144–145.

7. Базаев В.В. Пути улучшения результатов лечения больных аденомой предстательной железы (доброкачественной гиперплазии простаты) / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1992. 24 с.

8. Олефир Ю.В., Дадашев Э.О., Касаикин А.В. Воспалительный компонент инфравезикальной обструкции при доброкачественной гиперплазии простаты / Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8–10 июня 2004 г. С. 142.

9. Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Уренков С.Б. Трансуретральная резекция под трансректальным ультразвуковым контролем у больных доброкачественной гиперплазией простаты, осложненной хроническим калькулезным простатитом: пособие для врачей. М., 2002. 8 с.

10. Коган М.И., Сизякин Д.В., Сакулов С.В. и др. Анализ структуры и подходы к терапии хронического простатита / Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8–10 июня 2004 г. С. 64–65.

11. Пушкарь Д.Ю. Лечение хронического бактериального простатита / Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8–10 июня 2004 г. С. 289–314.

12. Urinary and mail genital tract infections. EAU Guidelines. 2006 edition.

13. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Поздняков К.В. и др. Соотношение бактериального и абактериального простатитов у пациентов Московского региона / V региональная НПК урологов Сибири «Актуальные вопросы детской и взрослой урологии» / Сборник научных трудов. Томск, 14–15 сентября 2006 г. С. 221–223.

14. Нестерова М.В. Микробиологические аспекты хронического бактериального простатита / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002. 22 с.

15. Трапезникова М.Ф., Савицкая К.И., Нестерова М.В., Уренков С.Б. Анализ возбудителей хронического бактериального простатита, выделенных из биоптатов предстательной железы / Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8–10 июня 2004 г. С. 367–368.

16. J.C. Nickel // Urology. 1999. V. 54. № 2. P. 229–283.

17. Пушкарь Д.Ю. Лечение хронического бактериального простатита / Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8–10 июня 2004 г. С. 289–314.

18. Перепанова Т.С. Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы с позиций доказательной медицины и фармакоэкономики. www.consilium-medicum.ru/media/consilium/01_07/316.shtml.

Эффективность тиоктовой кислоты у больных с диабетической нейропатией и эректильной дисфункцией

А.Л. Верткин, С.А. Зорина

Кафедра клинической фармакологии МГМСУ,
Москва

Современные исследования меняют прежние представления о развитии и течении диабетической полинейропатии (ДПН), распространенность которой варьирует в зависимости от диагностических критериев, используемых в различных исследованиях. По современным оценкам, более чем у 50 % больных сахарным диабетом (СД) развивается это грозное осложнение.

Частичная или полная потеря чувствительности самим больным, как правило, не ощущается, а сама ДПН способствует развитию дальнейших осложнений СД, в т. ч. инфекций, трофических изменений, эректильной дисфункции (ЭД). Помимо периферической полинейропатии важное значение имеет поражение вегетативной нервной системы, которое проявляется различными нарушениями чувствительности и функциональными расстройствами. Особое значение имеет потеря висцеральной чувствительности, которая приводит к развитию бессимптомных инфарктов миокарда. К сожалению, достижения современной медицины по лечению ДПН до сих пор не нашли широкого применения. ДПН значительно снижа-

ет качество жизни больных и является одним из основных факторов риска развития язвенных дефектов стоп у больных СД.

Установлено, что от 40 до 70 % всех нетравматических ампутаций происходит у больных СД, поэтому крайне важно вовремя принять соответствующие меры профилактики и лечения. В последние годы многочисленные клинические исследования (наиболее крупные из них ALADIN, 1995; DEKAN, 1997) доказали эффективность препаратов тиоктовой кислоты в лечении диабетической полинейропатии. Настоящее исследование ставило целью продемонстрировать эффективность тиоктовой кислоты у больных с такими осложнениями СД, как ДПН и ЭД.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 211 мужчин с компенсированным СД 1 и 2 типов (HbA1C не более 7,5 %) в возрасте от 18 до 65 лет (табл. 1), со-

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов

Показатели			Все больные с СД	Больные с СД 1 типа	Больные с СД 2 типа
Общее количество больных			211	89	122
Возраст (M ± SD), лет			51 ± 9,7	39 ± 9,2	54 ± 9,8
Длительность СД (M ± SD), лет			9,2 ± 5,8	10,5 ± 7,2	5 ± 8,3
ИМТ (M ± SD), кг/м ²			26,5 ± 4,8	24,4 ± 3,2	29,3 ± 4,1
Вид сахаро- снижаю- щей терапии	Диетотерапия		7	–	7
	ТСП	Сульфанил- амиды	79	–	79
		Бигуаниды	7	–	7
	Инсулин		89	89	–
	Инсулин + ТСП		18	–	18
Ослож- нения СД	Нефропатия		99	45	54
	Ретинопатия		122	60	62
	Макроангиопатия ниж- них конечностей		131	59	72
	ДН	ДСМПН	133	60	73
		ДАН:	150	63	87
		• кардиальная	150	63	87
		• урогенитальная (ЭД)	120	34	86
Артериальная гипертензия			154	67	87
ИБС			20	7	13

Примечание: ТСП – таблетированные сахароснижающие препараты, ДСМПН – дистальная симметричная сенсомоторная полинейропатия, ДАН – автономная нейропатия.