



Тема номера: Фармацевтический бизнес в России.

·» Превратности фармацевтического рынка.....	2
·» Врачи и медицинские представители: что изменилось?.....	10
·» Эякуляторная дисфункция: новые решения известной проблемы	12
·» Эффективность и безопасность альфа-1-блокаторов в терапии ДГПЖ... ..	22
·» Редкие формы недержания мочи у женщин	24
·» Выход есть? Выход есть.	28
·» Новые свойства известных препаратов.....	33
·» Лекарства на основе клюквы в качестве профилактики ИМП.....	36
·» Связь физической активности, курения и употребления алкоголя с СНМП.....	40
·» И снова о варикоцеле	42
·» Увеличение массы висцерального и абдоминального жира у мужчин с РПЖ..	46
·» Как лечатся россияне?.....	46
·» Контрацепция – от Клеопатры до наших дней.....	48
·» Такие разные больные	54
·» Мировая классика	60



Превратности фармацевтического рынка



В.А. Шадеркина
Руководитель
проекта
«Дайджест урологии»

Было бы сверхнаивностью полагать, что компании, производящие лекарства, ставят перед собой альтруистические цели. Это касается в одинаковой степени как зарубежных, так и отечественных компаний. Законы бизнеса едины – получение максимальной прибыли.

Фармацевтический рынок давно входит в число наиболее прибыльных, его рентабельность в среднем составляет около 13%, а в отдельных случаях превышает и 50%. Другое дело, что бизнес, особенно, когда речь идет о здоровье и жизни людей, должен быть цивилизованным, честным и основываться на взаимовыгодных основах. Недаром существует пословица: «Бизнес – это когда всем хорошо».

Россия как фармрынок



Сегодня на российском фармацевтическом рынке присутствует около тысячи игроков, причем ведущую роль играют зарубежные производители. Первые места по объему продаж занимают фармацевтические гиганты – не более 12 фирм-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования. Именно Россия для них наиболее привлекательна, поскольку в западных странах ожидать столь быстрого прироста продаж не приходится. Российский фармацевтический рынок один из самых доходных – в прошлом году его объем составил более 800 млрд. руб. Его перспективность объясняется и большой численностью населения страны, и ростом в России количества людей пожилого возраста, что связано с увеличением продолжительности жизни, и с сохраняющимся еще низким уровнем здоровья нации.



Наш фармацевтический рынок выгоден еще и потому, что потребление лекарств в пересчете на человека у нас все еще в три раза меньше, чем в Европе и в пять раз - чем в США, а значит, резервы есть. И в то же время доходы населения медленнее, чем хотелось бы, но растут, а с ростом дохода повышается внимание к здоровью, возрастает и потребление лекарств. Более того, дешевые дженерики постепенно вытесняются дорогостоящими оригинальными препаратами, возрастает потребление витаминов, биодобавок. В последние годы правительство стало вкладывать больше средств в здравоохранение, и это тоже привело к росту продаж. Кстати, уровень участия государства в здравоохранении, в том числе и в обеспечении населения лекарствами, у нас один из самых высоких в мире.

Но по мере насыщения отечественного фармрынка усиливается конкурентная борьба за потребителя. И методы, которыми она ведется, далеко не всегда безупречны.

Реклама – двигатель торговли

Как известно, «реклама – двигатель торговли». Рассчитана она на самые широкие слои населения, а большинство людей в тонкостях медицины и фармацевтики разбираются плохо или не разбираются вообще, а потому верят на слово массовой прессе, телевидению и радио. Мнением

этих людей легко манипулировать. В результате все активнее пропагандируется самолечение с помощью лекарств быстрого действия, якобы способных за считанные дни или даже часы избавить человека от того или иного расстройства здоровья. При этом предусмотрительно “не замечается” тот факт, что в большинстве случаев речь идет не об излечении болезни, а всего лишь о снятии симптома. Совершенно упускается из виду недопустимость рекламирования “отдельно взятого” препарата в качестве панацеи, без учета индивидуальных особенностей конкретного организма человека. В рекламе, как правило, не говорится и о существующих многочисленных противопоказаниях. К тому же сложилось так, что в наших аптеках большинство рецептурных препаратов, например, кардиологических и сосудистых, отпускается без рецептов врача. Как итог – у человека складывается впечатление, что он может вылечиться самостоятельно, без врачебной помощи. А такое лечение нередко заканчивается нанесением вреда здоровью.

Еще одна опасность. Реклама, рассчитанная на неподготовленного потребителя, пренебрегает информацией о возможных побочных эффектах, не имеющих особого значения для одного человека, но опасными для другого, особенно если этот другой страдает сразу несколькими хроническими заболеваниями. В некоторых случаях, учитывая узкий избирательный характер воздействия многих лекарственных средств, ограничения, ■

связанные с побочными эффектами, могут превосходить показания к применению. У нас нет собственной статистики на этот счет, обратимся к зарубежной. В США от неправильного применения и побочных действий лекарств ежегодно погибают более 200 000 человек. При этом, качество самих лекарств становится причиной смерти не чаще чем в 10 % случаев. Главная проблема – в качестве применения препаратов. Трудно предположить, что наши показатели будут ниже.

Ответственность за недобросовестную рекламу, за нанесение вреда здоровью людей лежит на производителях лекарственных препаратов, они же заказчики рекламы, они оплачивают ее размещение на страницах газет и журналов, в эфире телевидения и радио. Но не только – средства массовой информации нарушают, или соблюдают лишь формально Закон о рекламе. Они не требуют упоминая о побочных действиях, противопоказаниях к применению, игнорируют правило, что каждая публикация или сюжет о лекарстве обязательно должны сопровождаться оговоркой, что размещаются они “на правах рекламы”.

В большинстве развитых стран контроль за рекламой лекарственных средств возложен на общественные организации вроде Союзов потребителей. Аналогичная структура существует и в России, очевидно, она должна заниматься и этим. Скорее всего, в сферу

особого надзора следует включить не только сугубо лекарственные средства и препараты, но и весь обширный спектр продукции, который выдается за таковые. К ним, в первую очередь, следует отнести различные пищевые биологически активные добавки (БАД), сжигатели жира и тому подобные препараты.

Для определенного вида продукции фармацевтических фирм существуют жесткие ограничения. Закон о рекламе допускает рекламирование рецептурных лекарств, а также медикаментов и изделий медицинского назначения, использование и применение которых требует специальной подготовки, только в специализированных изданиях, рассчитанных на медицинских и фармацевтических работников. И при условии, что дается полная информация о препарате с детальным описанием всех необходимых показаний. Иными словами, речь идет об информировании медицинского сообщества о появлении на рынке новых препаратов, их преимуществах по сравнению с уже имеющимися и опасностях, которые могут подстеречь при их применении. По этому пути идут известные, уважающие себя и потребителя фармфирмы.

Фармфирмы и врачи – вместе тесно, а врозь скучно?

Кроме прямой рекламы есть и другие варианты продвижения продукции, которые используют солидные фармацев-



тические компании. Прежде всего, это сотрудничество с учеными и врачами страны, в рынке которой компания заинтересована. Большой опыт взаимопольного сотрудничества, насчитывающего уже многие годы, есть у российского урологического сообщества. Оно работает со многими продвинутыми фирмами, производящими препараты, применяемые в урологической практике. Компании спонсируют выпуск печатной научной литературы, проведение научных конгрессов, съездов, конференций, на которые съезжаются врачи из самых разных, а том числе и отдаленных регионов страны. Для региональных специалистов это возможность послушать доклады ведущих отечественных и зарубежных ученых, познакомиться с новейшими исследованиями и представить свои исследования и клинические наработки. Такие мероприятия обычно сопровождаются выставками, на которых представлена продукция компаний, и каждый заинтересованный участник конференции может получить компетентную консультацию. В рамках мероприятия фирмы проводят сателлитные симпозиумы, во время которых обсуждаются преимущества того или иного препарата, причем с докладами выступают не только представители компании, но и специалисты, изучающие новое лекарство и работающие с ним.

Но тут притаилась другая опасность. В последнее время в России стало проводиться большое количество конфе-



ренций, конгрессов, съездов, сателлитов и т.д. Дело даже не столько в их количестве, повторяемости тем и докладов, небольшой научной составляющей, сколько в излишней ангажированности и заинтересованности бизнес-структур, не имеющих никакого отношения ни к науке, ни к клинике, ни к медицинскому сообществу вообще. Результаты этой ситуации можно наблюдать и на примере урологического сообщества – полупустые залы, заинтересованность социальной программой в большей степени, чем научной, а главное – малое количество новой профессиональной информации, способной в будущем повысить уровень оказания медицинской помощи.

Клинические исследования в России – кому выгодны?

Современные крупные фармацевтические компании – это не только производство и маркетинг, по сути дела это научно-исследовательские центры, в их лабораториях разрабатываются препараты, которые затем проходят долгий ■



путь, прежде, чем попадают потребителю. Каждое новое лекарство сначала опробуется на клетках и тканях, затем на лабораторных животных, после чего наступает момент истины - клинические испытания. Обойтись без них нельзя, это обязательное условие внедрения нового лекарства в клиническую практику. Участвовать в таких исследованиях, согласно закону, человек может только при его полном и сознательном добровольном согласии. При этом каждый пациент должен быть полностью информирован о возможных последствиях своего участия. В информированном письменном согласии излагаются цели исследования, преимущества, которые получит пациент, описываются известные нежелательные явления, связанные с исследуемым пре-

паратом, условия страхования участника. Сначала новый препарат испытывается на здоровых добровольцах, ведь как бы тщательно не проверялся он в лаборатории, организм человека и организм кролика - совершенно различные биосистемы. Потом на небольшой группе больных, причем половина из них получает плацебо, то есть остается на некоторое время практически без лечения. Затем, при положительных результатах группа участвующих в исследовании увеличивается. Все исследования проводятся под контролем Росздравнадзора, он же выдает медицинским учреждениям лицензии на эту деятельность, в отличие от Европы, где специальные лицензии не нужны: там больница получает одну лицензию - на ведение медицинской деятельности.

У многих вызывает беспокойство рост клинических испытаний в нашей стране. Приводится такая статистика. Согласно данным официального регистра ClinicalTrials.gov, у нас сейчас проходит в год 2205 международных клинических исследований (тогда как в Европе - 1139). Для сравнения: в 2009 году пропорции были другими - в России проводилось 500 международных испытаний, а в Европе - 4414. Каковы причины? Вот фрагмент из статьи, опубликованной в газете «Совершенно секретно»: «Очевидно, здесь важна финансовая составляющая. В России клинические исследования обходятся дешевле, чем в Европе: меньше претен-



зий от пациентов, и, соответственно – выплат по страховкам в случае вреда здоровью и летального исхода. Насколько научная культура врачей России соответствует европейским стандартам – это вопрос. Насколько препарат, протестированный для проформы в каком-нибудь институте, действительно безопасен (а ряд исследований проходит именно так)? Кто платит за исследование, тот и заказывает музыку, полагают в России и подгоняют результаты исследований под нужную статистику. Интересы пациента здесь вторичны», – утверждает председатель Общественного совета по защите прав пациентов Александр Саверский.

Нам это утверждение не кажется вызывающим доверия. Ведь клинические испытания проводятся в серьезных научных центрах, в научно-исследовательских институтах, на кафедрах медицинских вузов, то есть в авторитетных учреждениях авторитетными специалистами и к тому же под контролем Минздрава. Для того, чтобы заподозрить уважаемых ученых и врачей в фальсификации результатов, надо иметь очень серьезные, основанные на фактах доказательства. А их ни газета, ни господин Саверский в статье не приводят. Остается предположить, что их просто нет. Что касается «научной культуры врачей России», то их высокий научный уровень, знания и образованность многократно подтверждались зарубежными коллегами, с которыми наши специали-

сты успешно сотрудничают многие годы.

Думается, что увеличения объема клинических испытаний в России объясняется несколькими причинами, прежде всего, социальными – не всем доступно дорогостоящее лечение, дорогие лекарства. Игрет роль и бум в последние годы на фармацевтическом рынке – компании, предпочитают проводить клинические испытания в стране, где они активно продвигают свои лекарства. Не надо забывать и о таком факторе, как традиционный менталитет – надежда не русское «авось», и, кроме того, сложившееся еще в советские годы убеждение, что заграничное всегда лучше. Это предубеждение можно преодолеть, только развивая отечественную фармацевтическую промышленность, обеспечивая рынок высококачественными лекарствами российского производства.

Нет уж, лучше вы к нам!

Еще в бытность свою председателем правительства В.В. Путин озвучил новый, план по модернизации фармацевтической отрасли страны, который даст возможность отечественным компаниям не только конкурировать с западными на внутреннем рынке, но и увеличить свое присутствие на международных рынках. На это планируется потратить 3,9 млрд. долларов бюджетных средств. По мнению Путина, это позволит к 2020 году ■

90% жизненно необходимых лекарств и 50% медицинского оборудования производить в России, а экспорт должен возрасти в восемь раз. Иностранные фармацевтические компании и производители медицинского оборудования, по его словам, столкнутся с ограничениями продаж своих товаров в России, если не переведут сюда свои технологии и производственные предприятия. "Мы введём ограничения для таких компаний, если предметом импорта не станут также технологии и производство", - сказал Путин, пояснив, что торговые барьеры будут вводиться постепенно.

Западные фармацевтические гиганты уже начали организовывать производство в России, чтобы вложиться в растущий потенциал рынка. Так, швейцарский гигант "Новартис" объявил о намерении инвестировать в Россию 500 млн. долларов в следующие пять лет, построив фабрику в Санкт-Петербурге и начав совместные исследовательские проекты с российскими компаниями. Швейцарский "Никомед" и датский "Ново-Нордиск" также объявили о планах производства в России, а американская "ГлаксоСмитКлайн" уже запустила производство вакцины совместно с "Биннофармом" – компанией, штаб-квартира которой находится в Москве. В начале февраля состоялась встреча председателя правления компании «Бионорика» профессора М. Поппа с гу-

бернатором Воронежской области Алексеем Гордеевым, по результатам которой Bionorica SE может начать строительство предприятия уже весной 2014 года. Первый этап производства предполагает создание линии упаковки препаратов. В перспективе компания заинтересована в запуске полного цикла производства, включая экстракцию, и культивации в области лекарственных трав. По последнему вопросу руководство «Бионорики» уже провело предварительные переговоры о возможном сотрудничестве с ЗАО «Агрофирма Павловская Нива». И этот список можно продолжить.

Эпилог

Хочется верить, что сотрудничество фармацевтических компаний и врачей, как элиты общества, останется в рамках – этических, моральных и профессиональных. Получая информацию от фармпроизводителей, специалисты будут использовать ее грамотно, только с целью вылечить пациентов и не с какими иными. А фармпроизводители, проводя корректные клинические исследования, будут столь же корректно предоставлять информацию медицинскому сообществу. А государство внесет примет закон о строго рецептурном отпуске лекарств в аптеках и о запрете рекламы лекарств в общедоступных СМИ. Миру – мир! ■



105425 г. Москва,
ул. 3-я Парковая, д. 51, стр. 4

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

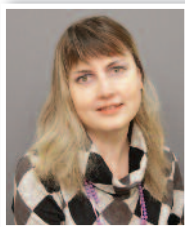
Профессиональное издание для урологов, онкологов, урогинекологов, андрологов, детских урологов, фитизиоурологов и врачей смежных специальностей, научных работников, ординаторов, аспирантов.

Информация о современных методах профилактики, диагностики и лечения урологических заболеваний, результаты клинических исследований, научные аналитические обзоры, оригинальные дискуссионные статьи по фундаментальным и прикладным проблемам урологии, материалы конференций и съездов, лекции ведущих российских и зарубежных специалистов, эксклюзивные клинические случаи, новые медицинские технологии.

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

Независимое рецензирование и открытый бесплатный доступ на сайте журнала www.ecuro.ru.

Врачи и медицинские представители: что изменилось?



Е.В. Болотова
Журналист

Недавно проведенный сайтом Medpred.ru опрос показал, что в 2012 году в работе медицинских представителей не произошло больших изменений. В опросе принимали участие практически все фармацевтические компании; опытные сотрудники, среди которых медпредставители с опытом работы более трех лет (32,4%), более одного года (23,8%); и региональные менеджеры (10,9%).



Исследование предполагало ответы на следующие вопросы: каким образом в 2012 году изменилась их работа, какие обязанности добавились, какие новые ограничения ввели фармкомпании в сотрудничество с докторами и менеджерами аптек и ЛПУ, произошли ли изменения в отношении медиков к медицинским представителям.

Анализ ответов показал, что большинство респондентов считают, что их работа в 2012 году изменилась незначительно. Основные изменения: значительно вырос ассортимент продуктов, продвигаемый одним медицинским пред-



ставителем, а также увеличилось количество групповых презентаций для врачей. **Изменение количества индивидуальных визитов к врачам не отмечается.**

В отдельных региональных представительствах компаний наблюдается увеличение контактов с торговыми организациями и дистрибьюторами. Среди новейших коммуникаций на первом месте – групповые презентации, их общая доля составляет 36,7%, на втором месте – вебинары и онлайн-семинары (21,9%), далее следуют электронные рассылки (18,6%), презентации с помощью планшетных компьютеров (15,7%), презентации с помощью онлайн-технологий, в том числе и скайпа (6,4%), а также презентации с помощью мобильных приложений (3,3%). Среди представителей зарубежных компаний повысились профессиональные требования. Специалисты должны хорошо разбираться в проблемах современной медицины, уметь научно аргументировать преимущества своих препаратов.

По мнению респондентов, увеличение роста отчетов, усиление контроля со стороны руководства в предыдущем году усложнило работу. Среди введенных компаниями ограничений участники опроса отмечают сокращение бюджетов на канцелярские принадлежности в качестве сувениров для целевых аудиторий (52,4%). Однако, вместе с тем в прошлом году произошло увеличение зарплаты (62,7%). 61,4% опрошенных считают, что отношение врачей и руко-

водителей ЛПУ и аптек к медицинским представителям и фармацевтическим компаниям осталось на прежнем уровне, практически все решает личное отношение с конкретным специалистом.

Как показали исследования, представление о фармацевтических препаратах у врачей и медиков в целом несколько иное. Так, 64% врачей в процессе общения с медицинскими представителями желают получать информацию о препаратах, в том числе – и о преимуществах конкретного препарата, в отличие от его аналогов. Врачам важно понимать место данного препарата в лечении заболевания, а также обоснование его назначения. Специалисты хотели бы получать также рекомендации по дозировке, длительности курса (21% опрошенных). На сегодняшний день врачам недостаточно традиционной информации о лекарствах – среди участников опроса лишь четвертая часть довольствуется этим (26%).

Более половины респондентов отмечают большое значение различных образовательных мероприятий, проводимых фармкомпаниями (55%). Многие врачи по-прежнему хотели бы получать от медицинских представителей различную сувенирную и подарочную продукцию – халаты, календарики, ручки, блокноты и т. д. (39%).

И, в заключение, надо сказать, что всего 6% участников опроса отрицательно относятся к визитам медпредставителей. ■

Эякуляторная дисфункция: новые решения известной проблемы



И.А. Тюзиков
К.м.н., профессор РАЕ,
Ярославль

Успешность лечения нередко зависит не только от своевременной постановки диагноза и правильно подобранной схемы лечения – того, что справедливо называют «мастерством врача». Нередко серьезным препятствием на пути выздоровления становится... сам пациент.



Эякуляторная дисфункция: определение, эпидемиология и классификация

Эякуляторная дисфункция – это мультифакторное патологическое состояние, которое характеризуется нарушением как длительности полового акта, так и количественных и/или качествен-

ных параметров семяизвержения, приводящие к существенному снижению качества полового общения или полной невозможности сексуальной жизни. В современной структуре сексуальных нарушений у мужчин эякуляторная дисфункция является наиболее значимой после эректильной дисфункции медико-социальной и психо-сексуальной проблемой по ряду причин. Во-первых, эякуляторная дисфункция характеризуется высокой частотой распространения среди мужчин, составляющей, по разным оценкам, от 5 до 30% (Аляев Ю.Г., 2010; Кашченко Е.А., 2010; Giuliano F., 2011; Master V.A., 2001; Serefoglu E.C., Saitz T.R., 2013). Во-вторых, нарушения эякуляции, являясь мужской гендерной сексуальной проблемой, оказывают крайне негативное влияние на частоту и качество сексуальных отношений обоих партнеров. В-третьих, под маской эякуляторной дис-



функции нередко скрывается эректильная дисфункция (ЭД), поэтому оценка качественных и количественных параметров эякуляции является важным этапом диагностики любой формы ЭД (Courtois F. et al., 2013; Wespes E. et al., 2013). Расстройства эякуляции достаточно разнообразны по клиническим проявлениям и времени возникновения. Чаще всего в клинической практике встречаются следующие варианты эякуляторной дисфункции:

- Преждевременная эякуляция - неспособность контролировать эякуляцию во время полового акта в течение достаточного времени для того, чтобы оба партнера достигли оргастической разрядки. Самая частая клиническая форма эякуляторных дисфункций.

- Замедленная эякуляция (ретардация эякуляции) – состояние, при котором для достижения эякуляции и оргазма требуется повышенная и более длительная стимуляция. Это субъективное ощущение, поэтому сложно определить время, по истечении которого отсутствие эякуляции может рассматриваться как патологическое. С возрастом у мужчины происходит некоторая задержка скорости эякуляции, что является отражением физиологии процесс старения. У молодых мужчин ретардация эякуляции может быть следствием гипотонии или атонии семявыбрасывающих протоков/семенных пузырьков/ предстательной железы, дисфункции α -адренорецепторов простатического отдела уретры, урогенитальной

нейропатии, венозной тазово-простатической конгестии и т.д.

- Анэякуляция (отсутствие эякуляции при половом акте при условии сохранности оргазма) возникает в результате либо полного отсутствия компонентов эякулята (истинный асперматизм), либо непроходимости уретры (стриктура), либо как результат ретроградного заброса эякулята в мочевой пузырь (ложный асперматизм, или ретроградная эякуляция, которая нередко рассматривается как отдельная форма эякуляторной дисфункции).

- Снижение силы эякуляции (астено-эякуляция)- это субъективное ощущение, когда эякулят выделяется из уретры не мощной струей, а порционно или вялой струей, либо небольшими порциями уже после наступления оргазма. С возрастом происходит ослабление тонуса семявыносящих путей, поэтому при старении сила эякуляции может закономерно уменьшаться. У молодых мужчин следует исключать стриктуру уретры, дивертикулы уретры или ослабление мышечного тонуса малого таза, в том числе, ассоциированного с тазовой нейропатией, дефицитом тазово-простатического кровообращения, андрогенным дефицитом, которые сопровождаются гипотонией/атонией предстательной железы (простатостаз) и семенных пузырьков.

- Малообъемная эякуляция. Несмотря на то, что многие мужчины не имеют понятия о нормальном объеме ■

эякулята, тем не менее, они могут обратить внимание на уменьшение его объема по сравнению, например, с некоторым временем назад. Такой вид эякуляторной дисфункции может быть связан либо с обструкцией семявыносящих путей, либо с нарушениями синтеза компонентов эякулята в половых придаточных железах на фоне гормональных нарушений (прежде всего, андрогенного дефицита). Объем эякулята - индивидуальный и точный маркер андрогенной насыщенности мужского организма, так как все половые придаточные железы являются андроген-зависимыми. Нередко малообъемная эякуляция встречается на поздних стадиях хронического простатита в результате необратимой потери массы железистого и секретирующего простатического эпителия (фиброз, фиброцирроз и склероз простаты).

- Ретроградная эякуляция (ложный аспематизм) - это полный или частичный заброс эякулята ретроградно в мочевого пузырь, которые позднее выводится вместе с мочой, при сохраненном оргазме («сухой» оргазм). Причинами служат нейрогенные (любая нейропатия) или органические (стриктура уретры, ДГПЖ, склероз простаты, рак простаты) нарушения проходимости простатического или бульбозного отделов уретры.

- Болезненная эякуляция (альго-эякуляция) - это болезненные ощущения в зоне половых органов во время или (реже) после эякуляции. Наиболее частой причиной является хронический

простатит и колликулит, но нередко это проявления нейропатических механизмов боли (частичное повреждение спинного мозга, инсулинорезистентность, урогенитальная нейропатия любой этиологии).



Преждевременная эякуляция: эпидемиология, современное определение, классификация

Традиционно преждевременная эякуляция (ПЭ) является самой частой мужской сексуальной жалобой, распространенность которой составляет 3-30 % (Аляев Ю.Г., 2010; Courtois F. et al., 2013). По данным эпидемиологических опросов, около 88% мужчин хотя бы раз в жизни испытали преждевременное семяизвержение (Аляев Ю.Г., 2009). Вплоть до настоящего времени нет методологического единства в определении самого понятия «преждевременная эякуляция», поэтому в рекомендациях ЕАУ последних лет су-



ществует четыре варианта его определения, предложенные различными научными организациями и комитетами, и ни одно из них не принято в качестве базового и официального (ЕАУ, 2010-2012). Основные споры ведутся вокруг основного параметра оценки преждевременности семяизвержения, каковым является время интравагинальной задержки семяизвержения (ВИЗС). В новой версии руководства ЕАУ по мужской сексуальной дисфункции (2013) в качестве рекомендованного определения понятия ПЭ приведено полностью новое и первое научно-обоснованное определение ПЭ, принятое Международным Обществом сексуальной медицины (ISSM, 2008): «Преждевременная эякуляция – это мужская сексуальная дисфункция, которая характеризуется эякуляцией, наступающей всегда или почти всегда до вагинальной пенетрации или в течение 1 минуты после нее, и неспособностью отсрочить эякуляцию при каждой или почти каждой вагинальной пенетрации, что приводит к негативным последствиям для самого пациента, таких, как стресс, беспокойство, фрустрация и/или уход от сексуальных отношений» (McMahon C.G. et al., 2008).

ПЭ может быть врожденной (первичной) и приобретенной (вторичной). Врожденная (первичная) ПЭ характеризуется возникновением после первого в жизни сексуального контакта и остается проблемой в течение всей жизни (Corona G. et al., 2004). Полагают, что эта форма

ПЭ связана с нарушением серотонинергических структур головного мозга, изменениями в 5-НТ2С- и 5-НТ1А-серотониновых рецепторах и высоким содержанием лептина в крови (Atmaka J. et al., 2002). Лептин – гормон жировой ткани, который активно взаимодействует с серотониновыми рецепторами мозга. Прием современных ингибиторов обратного захвата серотонина приводит к снижению уровня лептина в ЦНС и уменьшению выраженности преждевременной эякуляции (Adson A. 2003).

Приобретенная (вторичная) ПЭ характеризуется постепенным или внезапным возникновением на фоне нормального до этого семяизвержения. Время до наступления эякуляции при вторичной ПЭ обычно такое же короткое, как и при первичной ПЭ. Вторичная ПЭ связывается, прежде всего, с хроническими воспалительными заболеваниями мужских половых придаточных желез и семенного бугорка. Однако, независимо от формы ПЭ, он оказывает негативное влияние на партнерские взаимоотношения. Это может вызвать психологические нарушения, беспокойство и депрессию у партнеров. Для дальнейшей детализации ПЭ описываются еще два феномена, связанные с эякуляцией: «естественно изменяющаяся (преходящая) ПЭ» и «нарушения эякуляторной функции в виде ПЭ» (трактовка пациентом нормальной по времени эякуляторной реакции как преждевременной), что не следует рассматривать как патологию (Maldinger M.D., 2006). ■



Преждевременная эякуляция: этиология и патогенез

ПЭ считается физиологической сексуальной реакцией, если ей предшествует длительный период половой абстиненции без мастурбационной практики. Новая партнерша или первый половой акт в жизни молодого мужчины также могут вызвать транзиторную преждевременную эякуляцию, которая в дальнейшем самостоятельно ликвидируется. Нередко ПЭ ассоциируется с психосексуальными расстройствами (повышенная тревожность, страх, мнительность, ложные комплексы собственной неполноценности, привычка к быстрому наступлению эякуляции, чаще возникающая у молодых мужчин из-за неблагоприятных условий для проведения коитуса - т.н. секс «на ходу»). Признаки, указывающие на вероятный психогенный характер преждевременной эякуляции:

- При половом акте возбуждение мужчины нарастает постепенно, затем следует неконтролируемый «скачок», и наступает эякуляция.

- Парадоксальная реакция — эякуляция наступает тем скорее, чем дольше мужчина стремиться ее задержать.

- Из-за повышенной нервной возбудимости эякуляция наступает тем быстрее, чем слабее у мужчины эрекция.

- Избирательность расстройства (с одной партнершей есть нарушения, с другой – нет).

- В эротических сновидениях таких мужчин часто фигурирует преждевременная эякуляция (они склонны интерпретировать этот факт, как проявление тяжести расстройства).

- Атмосфера спешки и нервозности, необходимость выполнения прерванного полового акта усиливает возбуждение и ускоряет эякуляцию.

- Спонтанные периоды удлинения коитуса (часто после отдыха).

- Нередко наличие у мужчины тревожно-невротической симптоматики.

- Возможно некоторое удлинение акта под влиянием транквилизаторов и алкоголя.

Первичное поражение высших корковых центров регуляции уrogenитальных автоматизмов (опорожнение прямой кишки и мочевого пузыря, семяизвержение) и периферических рецепторов и нервных окончаний органов-мишеней половой системы приводит к развитию патологически повышенного эякуляторного рефлекса.



В специальной литературе (Г.С.Васильченко, 1990) описан синдром парацентральных долек (первичная патогенетическая дезинтеграция эякуляторной составляющей). Этиология этого синдрома в большинстве случаев остается невыясненной. В клинической картине на фоне первичной ПЭ можно наблюдать ночной энурез с раннего детства, поллакиурию, ранние сексопатологические симптомы (более ранние первые дневные и ночные поллюции), а также возможность ночных поллюций у мужчины после 40 лет. Может наблюдаться психическая мастурбация (за счет одних фантазий без механической стимуляции) или феномен эякуляторной атаксии (при повторных половых актах их продолжительность практически не увеличивается, а затем резко наступает анэякуляция, когда во время очередного коитуса эякуляции вообще нет). Это сопровождается слабым пролонгирующим эффектом либо его полным отсутствием при употреблении алкоголя или использовании местноанестезирующих мазей. Неврологическая симптоматика свидетельствует о локализации патологии в парацентральных долях головного мозга. Наиболее типичный признак – инверсия рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, непостоянная анизокория, симптомы орального автоматизма, внутричерепная гипертензия (Васильченко Г.С., 1990).

Таким образом, в основе патогенеза первичной ПЭ могут лежать генетические особенности иннервации урогенитального тракта (повышенный эякуляторный реф-

лекс), которые сохраняются на протяжении всей жизни пациента. При вторичной ПЭ следует ожидать негативного эффекта на психогенные и нейро-гуморальные механизмы эякулятодинамики со стороны приобретаемых в течение жизни системных и местных факторов. Среди местных факторов преобладают воспалительные заболевания мужских половых придаточных желез, артерио-венозные заболевания малого таза и предстательной железы, нейромышечная дисфункция органов малого таза различной этиологии. Роль системных факторов могут играть метаболическая урогенитальная нейропатия различной этиологии (диабетическая, уремическая, алкогольная и т.д.), симпатическая гиперактивность (стресс, ожирение, метаболический синдром, курение, перекисное окисление липидов и т.д.), прием медикаментов, депрессии и т.д. В последнее время активно обсуждается роль гормонов (тиреоидные гормоны, окситоцин, кортизол, эстрогены, андрогены) в регуляции семяизвержения (Corona G. et al., 2012).

Таким образом, ПЭ – многофакторный и полиэтиологический синдром, требующий комплексного подхода к диагностике.

Диагностика ПЭ

Диагностика ПЭ основана на медицинском и сексологическом анамнезе пациента (ЕАУ, 2013). При анализе медицинской истории следует уточнять форму ПЭ (постоянная (первичная, вторичная) или ситуационная, связанная со спецификой обстоятельств или спецификой партнера). ■



Обследование имеет целью не только определение основного параметра ПЭ – ВИЗС, но и проведение дифференциальной диагностики с другими сексуальными дисфункциями и, прежде всего, с ЭД (ЕАУ, 2013). Определение ВИЗС основано на сообщениях самого пациента о длительности полового акта, что рассматривается новой версией Руководства по мужской сексуальной дисфункции (2013) как адекватный показатель. Ряд авторов предлагает использование в диагностике ПЭ специализированных анкет, среди которых наиболее часто используются шкала профиля ПЭ и индекс ПЭ (Jannini E.A., Maggi M., Lenzi A., 2011). Исследования показали, что самооценка пациентов, основанная на применении этих анкет, относительно хорошо коррелирует с объективным определением ВИЗС посредством секундомера (Jannini E.A., Maggi M., Lenzi A., 2011). Однако, нужны дальнейшие исследования, чтобы рекомендовать их для клинического применения, а определение ИВЗС секундомером обычно необходимо

в клинических исследованиях (ЕАУ, 2013).

Физикальное обследование пациента с ПЭ должно быть направлено на выявление состояний, ассоциированных с ПЭ и другими сексуальными нарушениями, особенно, с ЭД (ЕАУ, 2013). Рутинные лабораторные или нейрофизиологические тесты не рекомендованы. Дополнительные тесты должны быть направлены на диагностику тех специфических данных, которые выявлены в ходе оценки анамнеза или при физикальном исследовании (ЕАУ, 2013).

Лечение ПЭ

Приступая к лечению ПЭ, следует помнить, что при выявлении в ходе ее диагностики у пациента ЭД, других сексуальных дисфункций или инфекции урогенитального тракта (например, простатита), именно эти состояния подлежат предварительному лечению до начала терапии ПЭ (ЕАУ, 2013). Только при их отсутствии или после предварительного лечения используются рекомендованные методы коррекции ПЭ, которые представлены в таблице 1.



Таблица 1. Обзор основных методов лечения преждевременной эякуляции (ЕАУ, 2013).

Методы лечения ПЭ	Показания к применению и эффективность
Психологические и поведенческие стратегии	Поведенческие стратегии включают в основном методику «стоп-старт» терапии, разработанную Semans, и ее модификации, например, метод «сдавливания» (Masters, Johnson). Мастурбация перед половым актом - еще одна альтернативная техника, которую используют многие молодые мужчины. Общий показатель эффективности составляет 50-60%. Улучшения, достигнутые с использованием этих методик, как правило, кратковременны (ЕАУ, 2013). Кроме того, поведенческие методики требуют много времени, поддержки партнера, а их коррекция нередко представляет трудную задачу.
Фармакотерапия - основа лечения первичной (врожденной) ПЭ	
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): пароксетин (20-40 мг/сут), сертралин (25-200 мг/сут), флуоксетин (10-60 мг/сут) Дапоксетин - новый СИОЗС короткого действия, первый и единственный препарат, зарегистрированный для терапии ПЭ по требованию 7 странах Европы (Швеция, Австрия, Финляндия, Германия, Испания, Италия, Португалия) (2008).	СИОЗС достоверно повышают временные параметры ИВЗС. Способность отсрочить эякуляцию может возникнуть уже через несколько дней терапии, но обычно требуется 1-2 недели для достижения эффекта, который может поддерживаться данными препаратами годами. Ежедневный прием СИОЗС - нелегальная терапия первой линии ПЭ. Фармакологический профиль современных СИОЗС не поддается точной коррекции для терапии по требованию. Интегрированный анализ двух рандомизированных клинических исследований показал, что дапоксетин в дозах 30 и 60 мг достоверно увеличивает время ИВЗС по сравнению с плацебо. Об улучшении контроля над семяизвержением сообщили 51% и 58% пациентов, принимавших дапоксетин, соответственно, по 30 и 60 мг/сутки. Обе дозировки оказались эффективными после первого приема.
Местные анестетики - возможная альтернатива нелегальной терапии препаратами СИОЗС (кроме дапоксетина)	Крем с лидокаином и прилокаином (5%) используется за 20-30 мин до полового акта. При этом необходимо одновременное использование презерватива для предупреждения диффузии анестетика во влагалище, что вызывает снижение чувствительности у партнерш. В двух рандомизированных клинических исследованиях этот крем достоверно повышал ИВЗС по сравнению с плацебо. О существенных побочных эффектах не сообщалось. В настоящее время проходит клинические испытания аэрозоль с лидокаином 7,5 мг и прилокаином 2,5 мг (Topical Eutectic Mixture for Premature Ejaculation, препарат TEMPE), который показывает аналогичные результаты. SS-крем - местный анестетик из экстрактов 9 растений. Его наносят на головку полового члена за 1 час до полового акта, а непосредственно перед половым актом смывают. В рандомизированных клинических исследованиях использование 0,2 г SS-крема достоверно увеличивало ИВЗС в сравнении с плацебо. О местном ощущении жжения и боли средней степени интенсивности сообщили 18,5% пациентов, использовавших SS-крем. Побочных эффектов со стороны сексуальной функции или системного характера не выявлено.

Методы лечения ПЭ	Показания к применению и эффективность
У мужчин с ПЭ может быть принято лечение ингибиторами ФДЭ-5 типа	Проведено только одно рандомизированное клиническое исследование по сравнению силденафила и плацебо. Хотя время ИВЗС увеличивалось на фоне приема силденафила недостоверно, препарат продемонстрировал повышение уверенности и контроля за семяизвержением, а также улучшение степени сексуального удовлетворения, снижение тревожности по поводу эякуляции и уменьшение времени рефрактерного периода до возникновения повторных эрекций. Данные по другим ингибиторам ФДЭ-5 типа немногочисленны. В некоторых неконтролируемых исследованиях показано, что комбинированная терапия ингибиторами ФДЭ-5 типа и СИОЗС эффективнее, чем монотерапия только СИОЗС. В целом роль ингибиторов ФДЭ-5 типа при лечении ПЭ следует уточнять в дальнейших доказательных исследованиях.

Заключение

Проблема ПЭ остается важной сексуальной проблемой на фоне растущего числа половых нарушений у мужчин в целом. Стремление современных клиницистов и экспертов к выработке единообразного понимания понятия «преждевременная эякуляция» безусловно оправдано с той точки зрения, что это позволит в клинической практике достаточно стандартно подходить к диагностике данной сексуальной дисфункции, что позволит со временем оценить истинный масштаб ее распространенности. В новой версии Руководства по мужской сексуальной дисфункции (ЕАУ, 2013) также обращает на себя внимание упоминание важных «клинических масок» ПЭ - эректильной дисфункции и хронического простатита, которые требуют одновременной диагностики и комплексной предварительной терапии перед тем, как назначить фармакотерапию непосредственно ПЭ.

Отсюда становится понятным обсуждение роли ингибиторов ФДЭ-5 типа в арсенале терапии ПЭ, а также широко обсуждаемый в научной литературе вопрос об эффективности антибактериальной терапии хронического инфекционного простатита, ассоциированного с ПЭ, для увеличения времени продолжительности полового акта. Такие данные в современной литературе есть, будем надеяться, что со временем европейские эксперты проанализируют и эту сторону проблемы. Очевидно то, что ПЭ, согласно новым рекомендациям диагностики, становится междисциплинарной проблемой, поскольку в ходе физикального обследования пациента с ПЭ необходимо исключить не только простатит, но и эндокринопатии, нейропатии, стресс и т.д. (ЕАУ, 2013). Только двигаясь именно в этом направлении, мы сможем скорее существенно обогатить наше представление о ПЭ, сделать ее лечение максимально эффективным, а эффект от терапии максимально длительным и стойким. ■



0,4 мг тамсулозин + 5 мг финастерид



Мужской набор

Комбинированное
лечение ДГПЖ
без лишних затрат!



ГЕДЕОН РИХТЕР

реклама

Эффективность и безопасность альфа-1-блокаторов в терапии ДГПЖ

Эффективности и безопасности блокаторов альфа-1-адренорецепторов ($\alpha(1)$ -блокаторов) в лечении доброкачественной гиперплазии простаты (ДГПЖ) посвящено большое число клинических испытаний и систематических обзоров. Урологи из Китая сделали краткую сводку этих обзоров с целью получения объединенного резюме, доказывающего эффективность и безопасность различных $\alpha(1)$ блокаторов в терапии ДГПЖ.

Авторы работы использовали следующие базы данных: PubMed, EMBASE, базу данных Кокрановского сотрудничества, а также национальные базы China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Chinese BioMedical Literature Database (CBM) и Chinese Scientific Journal Database. При отсутствии прямых доказательств авторами использовалась модель случайных эффектов в рамках Байесовой статистики для получения косвенной статистики.

Критериям включения в общей сложности соответствовало 15 систематических обзоров, анализирующих эффективность пяти альфа-1-блокаторов. Авторам удалось обнаружить прямые доказательства того, что $\alpha(1)$ блокаторы превосходят плацебо в уменьшении выраженности симптомов нарушения опорожнения и увеличении максимальной скорости потока мочи.

Особо авторы отметили, что доксазозин значительно уменьшал уровень выра-

женности симптомов, что было сопоставимо с тамсулозином и альфузозином. Косвенные данные говорят о том, что снижение уровня симптомов и увеличение скорости потока мочи при терапии нафтопидилом (блокатор кальциевых каналов 3го поколения – в России не зарегистрирован – прим. редакции) сопоставимы с результатами прочих $\alpha(1)$ блокаторов.

Побочные эффекты $\alpha(1)$ блокаторов в целом оказались более выраженными по сравнению с плацебо, и более частыми в случае с теразозином, чем в случае с остальными $\alpha(1)$ блокаторами. Однако вообще, побочные эффекты можно считать умеренными и допустимыми. ■

Источник: Curr Med Res Opin. 2013 Jan 29.

Авторы: Yuan J, Liu Y, Yang Z, Qin X, Yang K, Mao C.

School of Public Health and Primary Care, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong; Evidence-Based Medicine Center, School of Basic Medical Sciences, Lanzhou University, Lanzhou, China.

Артезин®

ДОКСАЗОДИН

УЛУЧШАЕТ
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ
И ХРОНИЧЕСКИМ
ПРОСТАТИТОМ

ГАРАНТИРУЕТ
БЫСТРОЕ
НАСТУПЛЕНИЕ
ЭФФЕКТА

ДОКАЗАННО
УЛУЧШАЕТ
УРОДИНАМИКУ

НОРМАЛИЗУЕТ
ЛИПИДНЫЙ
ПРОФИЛЬ

ОБЛАДАЕТ ВЫСОКИМ
ПРОФИЛЕМ
БЕЗОПАСНОСТИ

СНИЖАЕТ
РИСК РАЗВИТИЯ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ
И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

ОТВЕТСТВЕННЫЕ РЕШЕНИЯ МУЖСКИХ ПРОБЛЕМ

ОАО «ВАЛЕНТА ФАРМ»
119530, Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2
Тел.: (495) 933 60 80. Факс: (495) 933 60 81



РН 001615/01 от 06.08.2008

Редкие формы недержания мочи у женщин



Г.Р. Касян
к.м.н.,
доцент кафедры
урологии МГМСУ
(Москва)

По данным европейской и американской статистики, известно, что около 45% женского населения в возрасте 40-60 лет в той или иной степени отмечают симптомы непроизвольной потери мочи. Согласно результатам отечественных исследований, симптомы недержания мочи встречаются у 38,6% женщин, проживающих в России.

Недержание мочи подразделяют на следующие формы:

- стрессовую, или недержание мочи при напряжении (вследствие повышения внутрибрюшного давления),
- императивную (в следствие гиперактивности детрузора) и
- смешанную.

Но в клинической практике встречаются еще так называемые, редкие формы недержания мочи, диагностика и лечение которых, порой представляют трудности вследствие скудной освещенности проблемы в литературе.

Недержание при смехе

В литературе можно встретить такие термины, как недержание мочи при смехе/хохоте (giggle incontinence) или enuresis risoria. Данный вид недержания

мочи характеризуется потерей мочи во время смеха, обычно сильного, неудержимого смеха, при отсутствии других жалоб и нарушения уродинамики. Встречается у детей в возрасте 5-7 лет, чаще у девочек, однако также описаны случаи этой формы недержания мочи у взрослых.

Такой тип недержания достаточно редко встречается в повседневной практике, чаще персистирует в школьном возрасте и имеет тенденцию к улучшению или полному исчезновению симптоматики с возрастом.

Диагностика проводится по анамнестическим данным и определяется как неожиданное непроизвольное сокращение мочевого пузыря во время смеха с полным опорожнением последнего. Этиология данного типа недержания до конца неизвестна. Однако известно, что enuresis risoria не является вариантом



стрессового недержания мочи и не связана со слабостью сфинктера или анатомическими изменениями тазового дна.

В современной литературе встречаются публикации, обобщающие большие серии наблюдений. В Schneider Children's Hospital было исследовано 109 детей с недержанием мочи при смехе и выявлено, что в основе недержания мочи лежит детрузорная гиперактивность. Вероятнее всего недержание мочи происходит в результате активации сложных триггерных механизмов, приводящих к непроизвольному сокращению детрузора.

Диагноз ставится на основании анамнестических данных. Вопрос о целесообразности выполнения комплексного уродинамического исследования в данном случае остается открытым. Выполнение уродинамического исследования в данном случае может быть неоправданным и неинформативным. Для максимальной информативности исследования необходимо воспроизвести жалобы в условиях уродинамической лаборатории, что может быть достаточно затруднительным, особенно при исследовании детей. Цистометрия наполнения без провокационных тестов (воспроизведения недержания) выглядит в виде нормы и в большинстве случаев не помогает разобраться с диагнозом. В случае, когда жалобы удалось воспроизвести, на графике это выглядит как детрузорная гиперактивность и императивное недержание мочи.

Так как механизм возникновения недержания мочи до конца не изучен, достаточно тяжело подобрать подходящую форму лечения. Наилучший эффект в лечении недержания мочи при смехе был отмечен при применении метилфенидата (риталин) - препарата из группы неамфитаминных психостимуляторов. Однако, все данные по лечению ограничены единичными публикациями с низким уровнем доказательности (D).

Недержание мочи при половом сношении



Недержание мочи во время половой контактов является серьезной проблемой, значительно влияющей на качество жизни сексуально активных женщин, и встречается у 10-24% женщин, страдающих различными дисфункциями тазовых органов. В силу деликатности ■

проблемы только 3% женщин предъявляют жалобы на непроизвольное выделение мочи во время половой жизни, в то время как около 20% женщин признаются о наличии данной проблемы при целенаправленном сборе анамнеза.

Недержание мочи при половом сношении принципиально подразделяют на недержание мочи во время пенетрации и на недержание мочи во время оргазма. В 1988 г. Hilton впервые выделил основные патофизиологические механизмы, лежащие в основе недержания мочи во время коитуса. Данные проспективного исследования показали, что в основе недержания мочи во время пенетрации лежит стрессовое недержание мочи, в то время, как недержание мочи во время оргазма ассоциировано с детрузорной гиперактивностью.

Однако, Морган высказал предположение, что обе формы недержания мочи при половом сношении, являются результатом недостаточности уретрального сфинктера. В своем исследовании Морган изучил 228 женщин с жалобами на недержание во время половой жизни. 158 (69,3%) женщин предъявляло жалобы на потерю мочи во время пенетрации, а 45 (19,7%) – во время оргазма, третья группа имела жалобы на недержание мочи в обоих случаях (25 пациенток, 11%). По результатам проведенного исследования, истинное стрессовое недержание мочи было выявлено в 126 (79,8%) случаев в первой группе, 42 (93,2%) во второй группе и 23 (92%) в

третьей. Нестабильность детрузора в этой работе было отмечено как редкое явление.

Korda A. et al. исследовали распространенность недержания мочи при половом сношении среди австралийских женщин. В исследовании приняло участие 192 пациентки. Разделение на недержание мочи при оргазме и НМ во время пенетрации не проводилось. Всем женщинам было выполнено уродинамическое исследование. Стрессовое НМ было выявлено в 49% случаев, когда ДГ была диагностирована в 26,6% случаев. У 23,4% пациенток выявлен смешанный тип недержания.

В 2007 г. Serati M. et al. исследовали 132 женщины с жалобами на недержание мочи при половом сношении. Сорок девять женщин (37,1%) предъявляли жалобы на потерю мочи во время оргазма, когда 83 (62,9%) жаловались на недержание во время пенетрации. Всем пациенткам было выполнено комплексное уродинамическое исследование. По результатам которого было выявлено, что у пациенток с недержанием во время оргазма в 69,4% (34 женщины) случаев была диагностирована гиперактивность детрузора, стрессовое недержание в 10,2% (5 женщин), неопределенные результаты получены у 10 женщин, что составило 20,4%, смешанный тип не был выявлен ни у одной пациентки. У пациенток с жалобами на непроизвольное выделение мочи при пенетрации гиперактивность



детрузора была выявлена у 24 из 83 пациенток, что составило 28,9%, стрессовое недержание было выявлено в 48,2% (40 женщин) случаев, смешанный тип у 11 (13,2%) и неоднозначные результаты получены в 19 случаев, что составило 22,9%.

В целом, принято считать, что в большинстве случаев в основе недержания мочи во время оргазма лежит гиперактивность детрузора, в то время как недержание мочи при пенетрации преимущественно объясняется недостаточностью сфинктера уретры. ■

Таблица 1. Распределение пациенток в наблюдаемых группах больных, страдающих недержанием мочи при половых сношениях

	Недержание мочи при пенетрации	Недержание мочи при оргазме	Недержание мочи при пенетрации и оргазме
Serati M. et al. (n=132)	62,9%	37,1%	
Moran et al. (n=228)	69,3%	19,7%	11%
Hilton P. (n=79)	63% (2/3)?	34% (1/3)?	—

Таблица 2. Результаты комплексного уродинамического исследования

	Недержание мочи при пенетрации		Недержание мочи при оргазме		Недержание мочи при пенетрации и оргазме	
	Стрессовое НМ	ДГ	Стрессовое НМ	ДГ	Стрессовое НМ	ДГ
Serati M. et al. (n=132)	48,2%	28,9%	10,2%	69,4%	—	—
Moran et al. (n=228)	79,8%		93,2%		92%	—
Korda A. et al. (n=192)	<u>49%</u>	<u>26,6%</u>	<u>49%</u>	<u>26,6%</u>	—	—
Hilton P. (n=79)	70%	4%	42%	35%	—	—

Выход есть? Выход есть.



В.А. Шадеркина
Руководитель
проекта
«Дайджест урологии»

Пациентки с инфекцией нижних мочевых путей (ИНМП) являются самыми частыми посетителями поликлиник, именно поэтому тема рецидивирующей инфекции мочевых путей неизменно вызывает большой интерес у амбулаторных урологов, а также гинекологов и терапевтов, т. е. тех специалистов, которые сталкиваются с данной категорией пациентов.

Новый взгляд на лечение рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей представил в своем докладе на конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии 2013» один из ведущих российских экспертов в лечении ИМП – профессор кафедры урологии МГМСУ Зайцев Андрей Владимирович. Тему ошибок в лечении ИМП раскрывает в своих докладах и разборах клинических случаев профессор РМАПО Синякова Любовь Александровна. Профессор ФГБУ «НИИ урологии» Перепанова Тамара Сергеевна многие годы посвятила изучению проблемы инфекций мочевых путей, их диагностике и правильной тактике ведения пациентов. Урологи не могут сейчас сетовать на отсутствие информации по диагностике и лечению ИМП.

Итак, что мы знаем про ИМП?

- ИМП отмечаются у 50% взрослых женщин
- У 25% наступает рецидив ИМП в течение 6 месяцев
- 40% женщин отмечают рецидив ИМП в течение 1 года
- 20-30% женщин имеют > 1 эпизода дизурии в год
- В 75-90% случаев причиной развития ИМП у сексуально активных женщин является coitus.

Согласно Рекомендациям Европейской ассоциации урологов по ИМП (2010) современная классификация инфекций мочевых путей включает:

- Неосложненные инфекции нижних отделов мочевыводящих путей (цистит)
- Неосложненный пиелонефрит



- Осложненные ИМП с/без пиелонефрита
- Уросепсис
- Уретрит
- Особые формы (простатит, эпидидимит, орхит)

Какова же структура патогенов, вызывающих РИНМП?

Исследование, проведенное с 2003 по 2006 гг, в котором приняли участие 10 стран, в том числе и Россия – ARESC (Antimicrobial Resistance Epidemiological Survey on Cystitis) показало, что *Escherichia coli* является причиной ИМП в 76% случаев, *S. Saprophyticus* в 3,6% случаев, чуть меньше – *Klebsiella pneumoniae* 3,5%.

Что же в России?

Проведенное на территории в 2010-2011 гг исследование «Дармис» показало, что главная роль в развитии неосложненных ИМП принадлежит все той же *Escherichia coli* 64,63%, *Klebsiella* 8,5%, *Staphylococcus spp* 5%, *Proteus mirabilis* 4,08%.

А есть ли проблема?

Сталкиваясь с рецидивами ИМП, урологи назначают тонны антибиотиков, меняют препараты без веских на то оснований. В итоге лекарства приносят пациентке лишь кратковременное улучшение до

Рецидивирующая ИМП - более 2 эпизодов инфекции в течение 6 месяцев или 3 эпизода в течение 12 месяцев

очередного рецидива. Все это сопровождается рекомендациями по введению в мочевой пузырь различных лекарств, смесей, некоторые из которых просто поражают воображение своей экзотичностью.

15% всех антибиотиков в урологии выписываются именно по поводу РИНМП.

Многие пациентки, перепробовав все известные методы лечения, мучаются от проблем с кишечником, страдают от дисбиоза влагалища, и ... от непрекращающегося цистита. Качество жизни катастрофически низкое – страдает психологическое состояние пациентки, делая ее нервной и раздражительной, что неизменно отражается на всех сторонах ее жизни.

Рецидив ИМП после антибиотикопрофилактики наблюдается в течение года у 30-50% пациенток. ■

Рецидив ИМП после антибиотикопрофилактики наблюдается в течение года у 30-50% пациенток.

Что делать?

Лечение всех форм ИМП подробно рассмотрено в Национальных рекомендациях по лечению ИМП (2012 г).

В рекомендациях EAU 2012 года по лечению ИМП у женщин отмечено, что врач-уролог должен в первую очередь рассмотреть меры профилактики без использования антибиотиков, и только в случае ее неэффективности рекомендуется применять антибиотики.

Известные на сегодняшний день методы профилактики ИМП:

1. Антибиотикопрофилактика
2. Иммунопрофилактика
3. Пробиотики
4. Подкисление мочи
5. Клюквенный сок

В настоящее время единственным препаратом для иммунопрофилактики ИМП, имеющим достаточную доказательную базу, является **Уро-Ваксом**, содержащем 18 штаммов *Escherichia coli*.

Механизм действия препарата заключается в стимуляции клеток иммунной системы в зоне Пейеровых бляшек принятым перорально бактериальным экстрактом. В свою очередь, иммунная система активирует Т- и В-лимфоциты. Последние циркулируют по кровеносным и лимфатическим сосудам, мигрируют в мочевые пути, и вызывают продукцию защитных и специфических антител в слизистой обо-

лочке мочевого пузыря. В результате происходит повышение защитных свойств организма против инфекции мочевых путей.

Как назначать?

Острые эпизоды ИМП:

1 капс/день не менее 10 дней, в сочетании с обычной антимикробной терапией.

Превентивная терапия:

1 капс /день в течение 90 дней (3 месяца).

Итоги

Таким образом, рецидивирующая ИМП представляет серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему во всем мире. Существуют различные подходы к проблеме профилактики рецидивирующей ИМП – антибиотикопрофилактика, иммунопрофилактика, применение пробиотиков, подкисление мочи, употребление клюквенного сока.

Однако, в настоящее время только некоторые препараты пригодны для антимикробной профилактики ИМП в связи с развитием бактериальной резистентности, комплаентности и нежелательных явлений. По мнению директора АНО «Институт клинической фармакологии» проф. В.В. Рафальского, **в ближайшие 10-15 лет в мире не появится ни одного принципиально нового**



Уро-Ваксом®

капсулы 6 мг



Иммунотерапия инфекций мочевыводящих путей

Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б. В.» (Нидерланды) г. Москва,
109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16.
Тел. +7(495) 737-07-55, Факс +7(495) 737-07-53, 54, 57, 58.

Утвержденная инструкция по медицинскому применению препарата Уро-Ваксом®
(ПН011541/01 от 06.10.2011)



В журнале *Antimicrob Agents Chemother* (2012 March) профессором Stuck A. был опубликован анализ 11799 врачебных назначений (из них 70% были врачами общей практики) по поводу ИМП в 2006-2008 гг. Пациентами в 82% случаев были женщины, средний возраст которых составил 57,3 года. В 90% всех назначений (10674 назначения) пациенткам были назначены антибиотики. Фторхинолоны были назначены в 78% случаев.

антибиотика. Поэтому необходим поиск и разработка других подходов к этой проблеме, одним из которых является иммунопрофилактика – активизация соб-

венных защитных сил организма. Иммунопрофилактика с использованием нового препарата Уро-Ваксом позволяет предотвратить развитие рецидивов цистита. ■





Новые свойства известных препаратов

Несмотря на широкое и активное применение оперативных методов лечения мочекаменной болезни, в том числе малоинвазивных, таких как дистанционной ударно-волновой литотрипсией (ДУВЛ), перкутанной уретеролитотрипсией и эндоскопической литоэкстракцией, консервативная терапия МКБ не теряет своей актуальности, а в некоторых случаях становится незаменимой для пациентов.

Для этой цели используют водную нагрузку, повышенную двигательную активность, диуретики, спазмолитики, альфа-1-адреноблокаторы, а также препараты растительного происхождения.

В 2003 году в России был зарегистрирован препарат Пролит, содержащий экстракт листьев шелковичного шелкопряда курчавого, папайи, осота полевого, филантуса нирури, плодов перца кубебы, корневища императы цилиндрической, травы почечного чая. С 2005 года началось изучение его эффективности у пациентов с МКБ, которое доказало, что он улучшает динамику верхних мочевыводящих путей, оказывает мочегонное и противовоспалительное действие.

Препарат Пролит фирмы «П.Т. Индастри Джаму Боробудур» (Индонезия) зарегистрирован и разрешен к применению в России Минздравом РФ для лечения больных мочекаменной болезнью (Регистрационное удостоверение № 005326-И.360.09.2003) в 2003 году.

В 2012 году стали доступными результаты исследования санкт-петербургских

урологов под руководством д.м.н., профессора, мэтра отечественной урологии **Владимира Николаевича Ткачука**, которое было посвящено изучению эффективности применения препарата Пролит у больных мочекаменной болезнью с преимущественной локализацией камня в мочеточнике. Особое внимание в исследовании было уделено оценке выраженности боли при проведении фитотерапии препаратом Пролит, для чего использовали рейтинговую шкалу боли.

Под наблюдением находилось 225 пациентов (110 мужчин и 115 женщин) с одичными конкрементами различных отделов мочеточника, размеры которых варьировались от 0,4 до 0,7 см. Больные в зависимости от проводимого лечения были разделены на две группы. Больные основной группы (175 человек) получали только (!) Пролит в течение 30 - 40 дней по 5 пилюль 3 раза в день (1125 мг), а больные контрольной группы (50 человек) получали стандартное лечение (спазмолитики, водная нагрузка и т.д.). ■

В исследование не были включены больные МКБ с находящимися в мочеточнике фрагментами разрушенных во время ДУВЛ камней почек, а также пациенты с наличием тяжелых сердечно-сосудистых, онкологических, психоневрологических и других сопутствующих заболеваний. В верхней трети мочеточника до проводимого нами лечения камень находился у 102 (45,3%) больных, в средней трети – у 63 (28,0%) , в нижней трети – у 60 (26,7%) пациентов.

По клиническому течению болезни, локализации и размерам камня у больных различий между этими группами не было. Для оценки эффективности проводимого лечения всем больным было проведено комплексное обследование, включающее УЗИ почек, рентгенологическое исследование, оценку функционального состояния почек, биохимическое исследование крови и мочи, тщательно были изучены жалобы больных. Оценка выраженности болевого синдрома была проведена по рейтинговой шкале.

Эффективность применения Пролита у больных с камнями мочеточника оценивали по следующим критериям:

- 1) отхождение камня во время лечения;
 - 2) выраженности болевого синдрома;
 - 3) влиянию препарата на течение воспалительного процесса в почках;
 - 4) времени самостоятельного отхождения камня от начала лечения;
 - 5) динамика биологических показателей до и после приема препарата;
 - 6) переносимости препарата.
- Проведенное исследование показало,

что применение Пролита у больных с камнями мочеточника существенно повышало эффективность лечения и способствовало более частому отхождению конкремента при меньшей выраженности болевого синдрома, что подтвердило наличие нового свойства Пролита – анальгезирующего эффекта.

В результате лечения камня мочеточника отошли самостоятельно у 158 (90,3%) больных основной группы, но только у 21 (42,0%) больного контрольной группы. Почечная колика во время лечения была отмечена у 14,3% больных основной группы, но в 4 раза чаще – у 52,0% больных контрольной группы. **При этом интенсивность болевого синдрома у больных при приеме Пролита была менее выраженной – 4,2 ± 0,6 балла, а у больных контрольной группы – 7,1 ± 0,9 балла.**

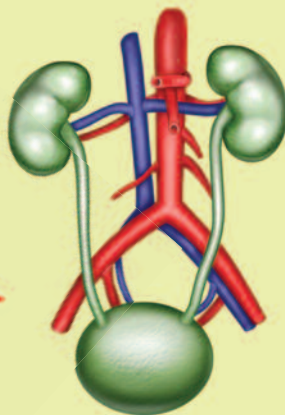
Лечение больных с камнем мочеточника преследует две основные цели: устранение факторов, препятствующих миграции конкремента по мочеточнику, и уменьшение выраженности болевого синдрома во время миграции. Препятствуют миграции камня отек стенки мочеточника, его спазм и воспалительный процесс. При приеме Пролита отмечен противоотечный, спазмолитический, противовоспалительный и мочегонный эффект, поэтому использование этого препарата существенно повышает вероятность самостоятельного отхождения камня из мочеточника и способствует меньшей интенсивности болевых приступов во время миграции камня. ■

ПРОДИТ

**Эффективная помощь
при инфекционно-воспалительных заболеваниях
мочевыделительной системы и мочекаменной болезни**

Применяется в комплексной терапии:

- мочекаменной болезни, кристаллурии;
- острых и хронических инфекций мочевого пузыря и почек;
- неинфекционных хронических воспалений почек.



- Способствует разрыхлению и выведению камней из почек и мочевых путей
- Оказывает противовоспалительное и спазмолитическое действие
- Улучшает клубочковую фильтрацию, усиливает диурез
- Обладает антибактериальными свойствами
- Повышает эффективность лечения антибиотиками

Клинические исследования проведены в НИИ урологии Минздрава РФ и более чем в 25 городах России.

Рекомендован ведущими урологами России.

Может применяться длительно, не вызывает привыкания и синдрома отмены.

Реализуется в аптечных сетях, доступен по цене.

**www.netkamney.ru • неткамней.рф
www.netinfection.ru • нетинфекций.рф**

Растительный
препарат
компании  ГРИНВА

Наши дистрибьюторы – ведущие национальные фармацевтические компании.
Розничные продажи: 78 регионов, более 100 крупнейших аптечных сетей России, более 30 000 аптек.

109012, г. Москва, ул. Варварка, 14. Тел. (495) 229-14-30 (многоканальный)



Лекарства на основе клюквы в качестве профилактики ИМП

Инфекции мочевых путей (ИМП) являются одними из наиболее частых бактериальных инфекций у человека. ИМП ежегодно являются причиной приблизительно 7 000 000 обращений в амбулаториях в США и 1 000 000 обращений в неотложную службу, что приводит приблизительно к 100 000 госпитализаций в год. Расходы на лечение внебольничных ИМП составляют в США около 1,6 млрд. долларов в год.

Взрослые женщины являются особенно чувствительной к ИМП популяцией. От 40 до 50% женщин испытывают как минимум 1 эпизод ИМП за свою жизнь. Около 20-30% женщин, у которых ранее отмечалась ИМП, сталкиваются с рецидивом инфекции. Другими группами с повышенной чувствительностью к ИМП являются беременные женщины, пожилые пациенты и пациенты с нейрогенными расстройствами мочеиспускания.

Народное средство

Клюква (род *Vaccinium*, включая разновидности *V. oxycoccus*, *V. macrocarpon*, *V. microcarpum* и *V. erythrocarpum*) длительное время использовалась как «народное» средство для профилактики ИМП. В двадцатые годы прошлого века подобный эффект клюквы и ее производных расценивался как результат подкисления мочи, однако, это утверждение было опровергнуто в 1959 году. В 1984 году было обнаружено, что вещества, содержащиеся в клюкве,

препятствуют прикреплению бактерий к клеткам уротелия, тем самым предупреждая возникновение инфекции. В 1989 году были открыты проантоцианиды типа А (ПАЦ), которые ингибируют прикрепление *Escherichia coli* к слизистой мочевых путей. Однако в клюкве содержится много других веществ, роль которых в профилактике ИМП еще предстоит установить.

Научный подход и поиск доказательной базы

Неоднократно учеными предпринимались попытки формирования доказательной базы эффективности препаратов клюквы. Так, например, метаанализ Кокрановского сотрудничества, выполненный Jepson и Craig, привел некоторые доказательства того, что клюквенный сок уменьшает число симптоматических инфекций мочевых путей, в особенности – у женщин с рецидивирующими инфекциями. Однако в связи с небольшим количеством включенных исследований, анализ не позволил оценить влияние других факторов,





таких, как доза, частота использования и вид продукта, содержащего клюкву, на эффективность профилактики ИМП. Более того, с момента публикации появилось несколько новых исследований.

Ученые из Тайваня Chih-Hung Wang и коллеги выполнили обзор, задачей которого был пересмотр современных представлений об эффективности продуктов, содержащих клюкву, в отношении ИМП и оценка факторов, способных влиять на их эффективность.

Для данного систематического обзора были отобраны 13 рандомизированных контролируемых исследований.

Из 13 исследований 10 были выполнены в Северной Америке (США и Канада), 3 исследования в Европе (Англия и Ирландия, Финляндия и Италия). Все, кроме одного исследования, включали пациентов, находящихся в обычных условиях проживания. В дальнейшем, популяция пациентов, включенных в исследование, подразделялась на подгруппы, необходимые для анализа: женщины с рецидивирующими инфекциями, пожилые пациенты, пациенты с нейрогенным мочевым пузырем, беременные пациентки и дети. Всего в анализ были включены 1616 пациентов.

Использование продуктов, содержащих клюкву, отличалось между исследованиями в аспектах формы продукта, ежедневного количества, содержания ПАЦ и частоты использования. В девяти исследованиях использовался клюквенный сок, в четырех – капсулы или таблетки, содержащие клюкву. Дневное содержание клюквы составляло от 0,4 до 194,4 граммов. В трех исследованиях было указано количество используемого

деривата клюквы без указания количества в пересчете на массу ягоды. В большинстве исследований клюква использовалась на протяжении 6 месяцев.

Из 3-х исследований с участием детей только Foda et al. использовали подбор дозы с учетом массы тела. В 10 исследованиях использовалось плацебо, два исследования были плацебо-неконтролируемыми и в 1 исследовании использовало воду в качестве контроля.

Определение ИМП значительно различалось между группами в порогах определяемых уровней бактериурии и лейкоцитурии. Присутствие симптомов не было необходимым для включения в двух исследованиях. С целью анализа данных большинство исследований использовало периодические встречи врач-пациент, самостоятельно заполняемые пациентками опросники и подсчет оставшихся капсул или таблеток.

Обобщенная частота возникновения ИМП была указана в 10 исследованиях, которые и были в последующем проанализированы с использованием количественного синтеза. Эти исследования включали 1494 пациента, среди которых 794 пациента использовали клюкву и ее дериваты, а 700 пациентов составляли контроль.

Наибольшую эффективность показали продукты, основанные на клюкве, у женщин с рецидивирующими ИМП. Объединенная подгруппа пациенток с включением указанных пациенток, а также девочек и беременных женщин, также продемонстрировала положительный эффект от профилактики с использованием клюквы и ее производных. ■

Эффективность профилактики с использованием клюквенного сока была аналогична профилактике с использованием таблеток и капсул. Это могло быть связано с тем, что пациенты, принимавшие сок, были лучше гидратированы. Кроме того, эффект от использования сока носил дозозависимый характер. Также, следует сказать, что в соке могли быть другие синергично действующие вещества, присутствующие в клюкве, активность которых в отношении ИМП еще не до конца изучена. Следует учитывать, что прием клюквенного сока сопряжен с поступлением в организм достаточно большого количества сахара, что следует учитывать у пациентов с сахарным диабетом и патологией желудочно-кишечного тракта. В одном из исследований это стало причиной уменьшения дозы употребляемого продукта.

Положительный эффект от использования клюквы и ее производных был отмечен при режиме употребления более двух раз в сутки. Поскольку в одном из исследований *in vitro* было показано, что подавление адгезивных свойств *E. coli* наблюдалось в течение 8 часов после использования клюквенного сока, частота использования более 2 раз в сутки представляется вполне обоснованной.

Исследование содержания ПАЦ в употребляемых продуктах было доступно лишь в 3 из 13 исследований, включенных в настоящий анализ. Сравнение результатов исследований без оценки этого показателя на данный момент представляется достаточно сложным.

В одном из исследований *in vitro* было показано, что дневная доза ПАЦ 72 мг поз-

воляет активно противостоять адгезии бактерий в мочевых путях, однако в двух исследованиях, включенных в анализ, использование этой дозы в качестве терапевтического порога не продемонстрировало защитного эффекта.

Таким образом, следует сказать, что представления о возможности использования клюквенного сока для профилактики ИМП в значительной мере эволюционировали в последнее время. Главным открытием следует считать идентификацию химического вещества ПАЦ, которое, по крайней мере, частично отвечает за эффект клюквы. Во всех последующих исследованиях необходимо учитывать содержание ПАЦ в используемых продуктах, в противном случае результаты этих исследований очень сложно интерпретировать.

Подводя итог, результаты метаанализа, проведенного Chih-Hung Wang и коллегами, показали, что использование клюквы и ее субпродуктов может быть эффективным в отношении предупреждения инфекций мочевых путей. Дериваты клюквы являются наиболее эффективными у пациентов (в том числе у женщин и детей) с рецидивирующими инфекциями при использовании в виде сока более 2 раз в день.

Проведенный метаанализ продемонстрировал убедительное наличие защитного эффекта клюквы и ее производных в отношении ИМП. ■

Cranberry-Containing Products for Prevention of Urinary Tract Infections in Susceptible Populations
Систематический обзор и мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований.
Chih-Hung Wang, Cheng-Chung Fang, Nai-Chuan Chen, Sot Shih-Hung Liu, Ping-Hsun Yu, Tao-Yu Wu, Wei-Ting Chen, Chien-Chang Lee, Shyr-Chyr Chen

Монурель

Превидист

защита от цистита

НА ТРАВЯХ РЕЗУЛЬТАТЫ



3 эффекта в одной таблетке

Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)

Препятствует адгезии кишечной палочки к клеткам уротелия

1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

Витамин С

3. Повышает сопротивляемость организма

1 таблетка в день:

- После курса антибактериальной терапии для поддержания достигнутого эффекта
- При часто рецидивирующих инфекциях мочевых путей
- Во время периодов наибольшей подверженности стрессовым ситуациям с возможным развитием инфекций мочевых путей

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Экстракт
клюквы
36 мг РАС
+
Витамин С



ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

Zambon
1997

ООО «Замбон Фарма»
119002, Москва, Глазовский пер., д.7, офис 17
Тел.: +7 (495) 933-38-30/32 Факс: +7 (495) 933-38-31
e-mail: zambon@zambon.ru www.zambon.ru

Связь физической активности, курения и употребления алкоголя с СНМП

Результаты популяционного обсервационного исследования

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) широко распространены среди населения любого возраста. Связь образа жизни и развития симптомов нижних мочевых путей в значительной степени не исследованы.

Урологи из Научно-исследовательского института Новой Англии сделали попытку выяснить связь физической активности, курения и употребления алкоголя с развитием симптомов нижних мочевых путей у мужчин и женщин.

Для своего исследования ученые воспользовались данными из обсервационного исследования BACH (Boston Area Community Health). Посредством личных интервью пациентов, проводимых с 2002 по 2005 гг., анализировались: уровень физической активности, факт курения и потребления алкоголя. Опросы в течение последующего пятилетнего наблюдения (с 2006 по 2010 годы у 4145 пациентов) выявили новые эпизоды симптомов нижних мочевых путей – от умеренных до тяжелых по AUASI (индексу симптомов AUA). Анализ был проведен с использованием многомерной логистической регрессии.

В результате анализа выяснилось, что симптомы нижних мочевых путей развились у 7,7% мужчин и 12,7% женщин группы риска. У женщин с высоким уровнем физической активности симптомы нижних мочевых путей встречались на 68% реже. Хотя ситуация у мужчин была похожей, она не являлась статистически значимой и не влияла на медицинские и социально-демографиче-

ские характеристики в многомерной модели. Курящие женщины в два раза чаще испытывали СНМП, в частности симптомы наполнения мочевого пузыря, по сравнению с никогда не курившими пациентками, были выражены сильнее. Среди мужчин курение не было связано с СНМП. Результаты относительно приема алкоголя не согласовывались по уровню его потребления и подтипу симптомов.

Таким образом, исследователи сделали вывод о том, что низкий уровень физической активности приводит к 2-3х-кратному увеличению вероятности симптомов нижних мочевых путей. Курение также может способствовать развитию СНМП у женщин, но не у мужчин. Клиницисты должны рекомендовать физическую активность и отказ от курения своим пациентам, особенно женщинам, отметив положительные стороны такого образа жизни для предотвращения развития симптомов нижних мочевых путей. ■

*Авторы: Maserejian NN, Kupelian V, Miyasato G, McVary KT, McKinlay JB.
New England Research Institutes, Watertown, Massachusetts, USA.*

*J Urol. 2012 Aug;188(2):490-5. doi: 10.1016/j.juro.2012.03.128.
Are physical activity, smoking and alcohol consumption associated with lower urinary tract symptoms in men or women? Results from a population based observational study.*

ЦЕРНИЛТОН®

Лекарственное средство
для лечения простатита и аденомы простаты

Результаты клинического исследования*
(пациенты с диагнозом простатит принимали по 2 таблетки 3 раза в день
в течение 3 месяцев):

Анализ объективных показателей:

- Уменьшение количества лейкоцитов в секрете предстательной железы на 71%
- Уменьшение объема остаточной мочи на 66%
- Статистически значимое уменьшение объема простаты на 9% (по данным ТРУЗИ)

Анализ субъективных ощущений:

- Уменьшение количества баллов по шкале NIH-CPSI с 20,2 до 12,5
- Уменьшение количества баллов по линейной шкале выраженности симптомов на 58%
- Уменьшение количества баллов по шкале частоты симптомов с 17,7 до 11,0



ЦЕРНИЛТОН® | таблетки

в аптеках РФ отпускается без рецепта,
по 100 и 200 таблеток в упаковке

ЦЕРНИЛТОН® форте | капсулы

Новый препарат! В аптеках с 2013 года!

Действующее вещество –
микробиологически
ферментированный экстракт пыльцы
разновидных растений, содержащий
гидрофильную и липофильную
фракции в соотношении 20:1

ЦЕРНИЛТОН® успешно применяется в
медицинских центрах IV Главного управления
Министерства здравоохранения СССР

ЦЕРНИЛТОН® производится в США
фармацевтическим концерном «Graminex LLC»
по стандартам GMP

* Журнал «Урология», 2010, №1, «Сравнительное клиническое рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата **ЦЕРНИЛТОН®** у пациентов с хроническим неинфекционным простатитом», О.И.Аполин, Ю.Г.Аляев, А.В.Сивков, А.З.Винаров, В.Н.Ощепков, Н.Г.Кешишев, Д.А.Бедретдинова, Н.Д.Ахвледиани

Журнал «Экспериментальная и клиническая урология», 2010, №2, «Об эффективности лекарственного средства **ЦЕРНИЛТОН®** при хроническом неинфекционном простатите», О.И.Аполин, А.В.Сивков, В.Н.Ощепков, Н.Г.Кешишев, Д.А.Бедретдинова



ООО Группа компаний «Граминэкс – фарма»
Эксклюзивный представитель фармацевтического
концерна Graminex LLC (США) в РФ, странах СНГ и Балтии

117292, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, 16, корп. 2, оф. 147
телефон: +7 (499) 124-02-21, факс: +7 (499) 124-11-80
www.cernilton.ru; e-mail: info@cernilton.ru

И снова о варикоцеле

Варикоцеле – распространенное андрологическое заболевание, которое сопровождается морфофункциональными изменениями гонад и приводит к бесплодию. Серьезные нарушения сперматогенеза отмечаются приблизительно у 1/3 больных, оперированных в детском возрасте. В общей сложности с варикозом семенных вен связывают 30–40% бездетных браков.

Операция не оказывает прямого влияния на герминативные системы. Она направлена на устранение варикозных изменений в регионарных венах яичка в расчете на опосредованное улучшение органного кровообращения, расстройства которого, наряду с циркуляторной гипоксией тестикулярной ткани, относятся к ведущим факторам патогенеза патоспермии и бесплодия.

Влияние оперативного вмешательства на кровообращение гонад было изучено группой урологов* в комплексной работе в течение 6 лет на базе Тушинской детской больницы. Урологами было обследовано 688 больных 10–18 лет, оперированных по поводу варикоцеле левосторонней локализации. В эту группу вошли пациенты, у которых варикозное расширение вен гроздевидного сплетения исчезло сразу же после операции и не выявлялось в отдаленном периоде.

Тотальная форма заболевания была отмечена у 61,8% детей, ограниченная форма – у 38,2%. Операция Иванисевича была выполнена у 414 из них, операция Паломо

у 274 детей. Эффективность лечения была изучена спустя 2–3 года после вмешательства по ультразвуковым показателям структуры и функции регионарных и органных сосудов яичка в сравнении с исходом и нормой, установленной при специальном исследовании у 100 здоровых подростков аналогичного возраста (группа сравнения).

Сосудистую систему гонад оценивали в ходе скротальной эхографии в обычном и цветовом режимах (цветовое доплеровское картирование, энергетический доплер). В гроздевидных венах регистрировали наличие или отсутствие варикозов и рефлюкса крови, измеряли диаметр сосудов в покое и на фоне пробы Вальсальвы. Паренхиматозный кровоток изучали при импульсной доплерографии возвратных артерий яичка по общепринятым качественным и количественным параметрам скоростного спектра.

Для оценки качества спермы использовали критерии протокола ВОЗ 1992 года. Изучение спермы проводилось у 87 мальчиков спустя 2,3 года (в среднем).



Результаты исследования показали, что у всех оперированных пациентов был хороший косметический эффект, что связано с ликвидированием варикосов во время операции. Вторым важным моментом было нарастание объема левого яичка, которое достигало своих возрастных нормативов спустя 6-12 мес.

При доплеровском исследовании урологи не смогли отметить выраженного положительного эффекта после оперативного вмешательства. Исследования в катмнезе спустя 2-3 года показали незначительное нарастание показателей сосудистого сопротивления, более выраженное после операции по Иванисевичу. Однако и после артериосохраняющих операций индекс резистентности (ИР) практически не достигал нормативных показателей. У определенной части больных нагрузочные пробы провоцировали обратное движение крови по сохранившимся венам, обуславливая рецидив заболевания (12,7%). После операции по Паломо в достоверно большей степени фиксировалось такое осложнение, как водянка оболочек яичка, которая сама по себе также ухудшает показатели микроциркуляции в тестикулярной паренхиме.

Анализ функциональных показателей спермы в 87 наблюдений больных варикоцеле 14-18 лет, прооперированных 1-3 года назад (в среднем 2,3 года) по методикам Иванисевича и Паломо в различных модификациях, показал, что объем эякулята был снижен у 40,7% больных, рН превысила нормальный уровень (была равна или

выше 8,0) у 20%, концентрация сперматозоидов была снижена в 13,3% случаев (олигоспермия 1 ст. 6,66%, олигоспермия 2 ст. 6,66%). Некроспермия была выявлена в 40% случаев. Астеноспермия отмечена у 40,7% больных, активная подвижность была снижена у 40,4%, процент неподвижных сперматозоидов был повышен у 32,8% пациентов. Тератоспермия была зафиксирована у 14% наших пациентов. У 40 человек (45%) не было нарушений подвижности и концентрации. Таким образом, в наших наблюдениях после оперативного лечения варикоцеле около 55% больных были потенциально инфертильными.

Кроме этих важных результатов, учеными была предпринята попытка объяснить возникновение варикоцеле у оперированных больных.

Проведенные гистологические и иммуногистохимические исследования в 20 случаях показали, что одной из основных причин развития варикоцеле можно считать нарушение формирования левой тестикулярной вены из гроздевидного сплетения, когда вместо одного сосуда обнаруживается сеть вен мышечного типа различной морфологической характеристики. Нельзя исключить возможность нарушения ангиогенеза в период эмбрионального развития сети вен, входящих в это сплетение, и формирующих тестикулярную вену. Выявлено отсутствие в стенках венозных сосудов коллагена IV, значительные нарушения в формировании коллагена III. Иммуногистохимические исследования отражают дисбаланс ■

клеточно-клеточных и клеточно-матриксных взаимоотношений, которые в свою очередь, приводят к дискомфорту в системе оттока крови, к развитию компенсаторных процессов, их дестабилизации и формированию варикоцеле. Изменения в стенке вен (расширение, склероз, деструкция клапанов), обнаруженные в биоптатах, наслаиваясь на врожденную патологию формирования сосудов, носят вторичный характер. Они могут быть следствием отсутствия клапана в устье тестикулярной вены, подъема давления в левой почечной вене, венозного рефлюкса, ретроградного течения крови за счет меньшего количества клапанов в левой v. spermatica interna, по сравнению с правой, и, по-нашему мнению, повреждения клапанов («обрывки» клапанов в венах).

Авторы исследования сделали следующие выводы:

- Ультразвуковой метод исследования с использованием доплеровских технологий представляет собой высокоэффективный способ оценки как анатомических показателей, касающихся размеров яичка, сосудов, состояния паренхимы, так и функциональных показателей венозного и артериального кровотока.

- Существует высокая корреляционная связь между параметрами микроциркуляции (периферическое сопротивление в мелких артериях яичка) и данными сперматогенеза. Патоспермия практически всегда сопровождается снижением ИР. Это позволяет при варикоцеле оценивать кос-

венным образом фертильность эякулята, которая при любых оперативных вмешательствах (артериоуносящих и артериосохраняющих) не восстанавливается у более половины пациентов.

- В основе развития варикоцеле лежат нарушения эмбриогенеза венозной сети яичка и семенного канатика, выражающиеся в рассыпном типе строения вен, нарушениях формирования коллагена в стенках сосудов клапанного аппарата. Эти изменения усугубляются нарушением гемодинамики, повышением гидростатического давления в сосудах при ретроградном движении крови, значимом аорто-мезентериальном конфликте.

- **Все вышесказанное позволяет сделать вывод о неэффективности доминирующей на сегодня практике лечения при варикоцеле у детей.** Тактический подход к лечению варикоцеле в свете современных исследований, нуждается в широком обсуждении и пересмотре. По всей видимости, необходимо проводить консервативную терапию венозной недостаточности при условии раннего выявления этого заболевания, чтобы исключить повреждающий эффект высокого венозного давления. ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина по результатам исследования:

М.И. Пыков*, В.Т. Кондаков*, Д.Н. Годлевский*, Т.Р. Лаврова, М.Ю. Любаева*, Р.М. Споркус*, Е.А. Филиппова*, Ф.Ш. Мамедова*, О.А. Вороненко**, Э.С. Севергина***, Л.В. Леонова*****

**РМАПО,*

***Тушинская детская больница,*

****ММАим. И.М. Сеченова, ****РГМУ*

Вода натуральная минеральная природная



CERELIA – ВОДА РИМСКИХ ИМПЕРАТОРОВ

*Обладает уникальным лечебным
и профилактическим эффектом*



Лечебные свойства минеральной воды Черелия (Cerelia):

- Снижает кислотность мочи
- Уменьшает концентрацию солей в моче
- Приводит к уменьшению размера камней почек
- Усиливает диурез
- Способствует выведению мелких камней из мочевыводящей системы (почке, мочеточников, мочевого пузыря).
- Усиливает процесс отхождения фрагментов конкрементов после их разрушения методом ДЛТ и КЛТ
- Тормозит и предотвращает развитие рецидивного нефролитиаза
- Способствует выведению бактерий и продуктов их жизнедеятельности из мочевыводящих путей
- Снижает вероятность воспалительных осложнений при нефролитиазе

Химический состав, мг/л

Ионы Кальция Ca^{++}	120 - 130
Ионы Магния Mg	10 - 15
Ионы Хлорида Cl^-	менее 5
Ионы Кремния Si	17 - 20
Ионы Сульфата SO_4	7 - 10
Ионы Гидрокарбоната HCO_3^- ..	395 - 415
Ионы Натрия и Калия Na^+K^+ ..	менее 10

Уровень минерализации, г/л: 0,45-0,50



Официальный
дистрибьютор

127051, Москва,
Петровский бул., 13
+7(495)708-4769

www.cerelia.ru



Wellness
Philosophy

Увеличение массы висцерального и абдоминального жира у мужчин с РПЖ

Андрогенная депривация (АД) при раке предстательной железы (РПЖ) связана с увеличением жировой массы и риском развития сахарного диабета II типа, однако взаимоотношения между недостаточностью половых стероидов и распределением абдоминального жира остаются активно обсуждаемой темой.

Австралийские урологи провели 12-ти месячное проспективное наблюдательное исследование по изучению этой взаимосвязи.

Группа медиков под руководством Эммы Гамильтон (Emma J. Hamilton) из Университета Мельбурна исследовала изменения в распределении абдоминального жира и инсулинорезистентностью у 26 мужчин ($70,6 \pm 6,8$ лет) с метастатическим раком предстательной железы в течение первого года проведения андрогенной депривации.

Двенадцать месяцев гормональной терапии увеличили площадь висцерального абдоминального жира на 22% (с $160,8 \pm 61,7$ до $195,9 \pm 69,7$ см²) и площадь подкожного жира на 13% (с $240,7 \pm 107,5$ до $271,3 \pm 92,8$ см²). Жировая масса увеличилась на 14% (+3,4 кг) а масса мышечной ткани уменьшилась на 3,6% (- 1,9 кг).

Резистентность к инсулину (НОМА-IR) увеличилась на 12% ($2,50 \pm 1,12$ до $2,79 \pm 1,31$). Ученым не удалось обнаружить изменения в уровнях глюкозы и гликозилированного гемоглобина натощак.

Общий тестостерон (ОТ) оказался

обратно пропорционально связан с площадью висцерального жира независимого от эстрадиола (Е2), но в тоже время Е2 не ассоциировался с областью висцерального жира зависимого от ОТ. Площадь висцеральной жировой ткани, а не ОТ или Е2, была независимо связана с резистентностью к инсулину.

Таким образом, андрогенная депривация при раке предстательной железы приводит к аккумуляции как висцерального абдоминального жира, так и подкожной жировой клетчатки. Увеличение площади висцерального жира, как предполагается в исследовании, более тесно связано с тестостероном, нежели с недостатком эстрогенов. Увеличение резистентности к инсулину может возникнуть вторично по отношению к накоплению висцерального жира, а не как прямой результат дефицита половых стероидов. ■

Clin Endocrinol (Oxf) (Clinical endocrinology) 2011 Mar;74(3):377-83.

Hamilton EJ, Gianatti E, Strauss BJ, Wentworth J, Lim-Joon D, Bolton D, Zajac JD, Grossmann M.

Increase in visceral and subcutaneous abdominal fat in men with prostate cancer treated with androgen deprivation therapy.



ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России



**Малоинвазивные технологии лечения
онкоурологических заболеваний**

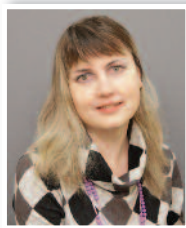
"Инновационные технологии видеоэндохирургии рака почки"

ШКОЛА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

5 июля 2013 года



Как лечатся россияне?



Е.В. Болотова
Журналист

*Пью медицинский спирт,
Закусываю докторской колбасой,
А здоровье почему-то всё хуже и хуже.
(Народный юмор)*



Пожалуй, ни в одной другой стране мира самолечение не так распространено, как в России. Мы любим лечиться, следуя советам родственников, друзей, знакомых, соседей, коллег. К официальной медицинской помощи при этом относимся весьма скептически. Но уж, если самолечение не дает желаемых результатов или его итогом стало ухудшение самочувствия, так спешим обратиться к врачу, причем к врачу муниципальной клиники, а не частной.

Несмотря на стремительное развитие коммерческой медицины, в которой услуги, по словам большинства пациентов «качественнее, врачи внимательнее, клиники оснащены современным оборудованием», и шансов вылечиться, ка-



залось бы, больше, россияне отдают предпочтение государственным медицинским учреждениям, т.е. бесплатное лечение по-прежнему более востребовано, нежели платное.

По данным ВЦИОМ за 2012 год, 55% россиян за медицинской помощью обращаются именно в муниципальную поликлинику. Интересно, что число это растет: так в 2008 году доля таких пациентов составляла 50%.

Основную массу пациентов муниципальных медицинских учреждений составляют пенсионеры (68%) и россияне со средним уровнем доходов (62%). Как ни странно, доля обращений граждан к услугам бесплатной медицины примерно равна как среди граждан с низким доходом (55%), так и с высоким (54%). Бесплатное лечение выбирают как женщины, так и мужчины, 53% и 56% соответственно. И всего 8% женщин и 5% мужчин обращаются в коммерческие клиники.

Статистика показывает, что только 9% среди россиян средних лет обращаются к платной медицине, однако, как правило, среди них десятую часть составляет доля очень обеспеченных граждан страны (10%).

Треть населения России (33%) предпочитает бороться со своими болезнями самостоятельно. Любопытно, что самолечением занимаются граждане как с низким доходом (37%), так и с высоким (30%). В выборе самолечения мужчины и женщины проявляют поразительное

единодушие, процент тех, кто лечит себя сам у мужчин и женщин примерно одинаковый, 34% и 32% соответственно.

Если смотреть на стремление россиян вылечиться самостоятельно с возрастной точки зрения, то основную массу среди тех, кто занимается самолечением, составляют граждане 25-34 лет (38%), в меньшей степени занимаются самолечением пенсионеры (21%). Как правило, подобную стратегию при лечении заболеваний выбирают и россияне с доходами ниже среднего уровня (37%).

К сожалению, 6% населения (возрастная категория 35-44 лет) живет с надеждой на авось, пуская все свои заболевания на самотек, ожидая, что болезнь пройдет сама без лечения (3%). Еще меньше тех, кто обращается к народным целителям (2%).

Данные приведенных исследований ВЦИОМ, несомненно, представляют большой интерес.

Как лечиться от недуга, в какую клинику обращаться, чьим рекомендациям следовать – близких и друзей или дипломированных специалистов – в конечном счете, каждый решает сам. Но... пренебрегать своим здоровьем, относиться к нему по остаточному принципу, экономить на лечении недопустимо, ведь здоровье – это бесценное богатство, которое у нас есть. Давайте относиться к нему с любовью и уважением, и тогда наверняка оно вас не подведет! ■

Контрацепция — от Клеопатры до наших дней



Е.В. Болотова
Журналист

В современном мире регулирование деторождения особой проблемой не является. Существуют центры планирования семьи, где и бесплодие лечат, и помогут избежать нежелательной беременности. Доброжелательный доктор расскажет о современных контрацептивах, подберет безопасный препарат, подходящий именно этой пациентке. У женщин появилась возможность отложить беременность, не лишая себя шанса в будущем стать матерью. Но так было не всегда.



Медицинская наука всерьез обратила внимание на эту далеко не второстепенную проблему лишь в начале прошлого века. А она, эта проблема, была актуальна испокон веков, и наши предки решали ее эмпирически, основываясь на опыте – удачном и неудачном. Те способы, которые они применяли, результат в большинстве случаев давали, но таили порой угрозу не только здоровью, но и жизни женщины.



Противозачаточными средствами пользовались в древности еще африканские племена. До нас дошли сведения, что уже тогда женщинами использовались различные вещества растительного происхождения, которые вводились глубоко во влагалище. Древние египтянки для контрацепции использовали влагалищный тампон, пропитанный медом и акацией. Для большего эффекта в этот состав добавляли еще и крокодилий навоз. Знаменитая Клеопатра прибегала к барьерному способу: морские губки, пропитанные уксусом, либо предупреждали беременность, либо вы-

зывали ее преждевременное прерывание. Во многом именно они стали прообразом современных шеечных колпачков и влагалищных диафрагм.

В Риме времен императоров вопрос о нежелательной беременности стоял особенно остро. В литературе всех времен красочно описываются оргии с участием Нерона и других императоров. И, конечно, одалиски не могли не заботиться о том, чтобы избежать зачатия. Они обращались к календарному методу: женщины знали, что сразу же после и за несколько дней до менструации они могут спокойно вступать в половые отношения. Но использовали они и опыт своих греческих предшественниц, которые для предотвращения нежелательной беременности использовали ■



тампоны из слоновьего навоза, а также тампоны из пауков.

Не были исключением и восточные страны. Здесь считалось, что решить проблему можно, меняя химическую среду во влагалище, вводя различные вещества. Так, в Китае в качестве контрацептивного средства использовалась ртуть, в Японии пропитанный маслом бамбуковый лист, который предупреждал проникновение в матку сперматозоидов. Популярны были также серебряные шарики, которые вводились во влагалище.



У индусов для предохранения от нежелательной беременности существовала особая технология массажа, при котором с помощью надавливания на переднюю брюшную стенку смещалась матка. Но такой способ был эффективным только тогда, когда его проводил умелый специалист, а мастерством владела немногие, оно передавалось из поколения в поколение по наследству. Этот метод долго оставался популярным – и не только в Индии, он распространился и на Европу.



На Руси самым распространенным было спринцевание мочой, причем моча использовалась как своя, так и сексуального партнера, а также настои из различных трав.

Индейцы Северной Америки еще до прихода европейцев применяли в качестве противозачаточного средства промывание влагалища после полового акта отваром из лимона и коры красного дерева, в Австралии для этого использовалась смесь экстракта фикуса и пруда, а на Суматре – опий. В некоторых племенах Латинской Америки основным средством предупреждения беременности было длительное, в течение нескольких лет после рождения ребенка кормление грудью.

Из европейской медицинской литературы до нас дошли сведения, что в XII–XVIII вв. многие женщины пользовались примером египетской царицы Клеопатры, а известный итальянский писатель и авантюрист Джакомо Казанова в своих письмах утверждал, что хорошо предупреждает беременность лимонная долька, помещенная во влагалище.



К этому же времени относится и появление презервативов. Один из самых старых презервативов, дошедший до нас, найден в Швеции и датируется 1640 годом. Однако есть сведения и о том, что презервативы использовались мужчинами еще и в Древнем Египте и Древнем Риме, т. е. 3000 лет назад. О них упоминали Овидий и Лукреций как «чехлах, надеваемых на половой член при половом акте». Материалы изготовления были самыми разнообразными: рыбы пузыри, ткань со специальной пропиткой, пергамент.

Презервативы были распространены и в Азии. В Японии их изготавливали из бамбукового листка, пропитанного маслом. В Китае презервативы производили из смазанной маслом шелковой бумаги либо из кишечника ягнят, но в конце XV века их стали делать из тонкой кожи. В отличие от японских, они закрывали весь половой член. Из Азии в Европу завозились матерчатые презервативы, а так же более дорогие из слепых кишок животных. В XVI веке, итальянский врач Фаллопио предложил

использовать специальные мешочки, надеваемые на половой член не только в качестве контрацептивного средства, но и для предохранения от заражения сифилисом, завезенным в Европу после открытия Америки. Он разработал специальный льняной чехол, который замачивался в химическом растворе и высушивался на солнце. Он надевался на головку полового члена и крепился с помощью подвязки. Применение противозачаточных средств резко ограничивалось христианской церковью, но возможность защиты от неизлечимой в то время инфекции стала серьезным аргументом в пользу презерватива. ■



В наше время существует 39 официальных признанных марок презервативов, соответствующих европейским и мировым стандартам. Во всем мире их ежегодно производится 2,5 миллиарда, причем 50% скупают японцы. По данным на 1992 год максимальный показатель во Франции - 100 миллионов.

С XVIII века начинается производство презервативов разных размеров и видов. Их делали из льна, а также из обработанных серой или содой кишок или мочевого пузыря животных. В Западной Европе и в России их продавали в парикмахерских, аптеках, на рынках, а также во время театральных представлений. Подобные презервативы существуют и в настоящее время и рекомендуются тем, у кого есть аллергия на латекс и прочие синтетические материалы. И лишь в конце XIX века – после открытия каучука – был создан современный вид презерватива. Сегодня им пользуются как противозачаточным средством, так и как средством предохранения от СПИДа и венерических заболеваний.

История использования контрацептивных средств в виде таблеток, влияющих на активность сперматозоидов, берет свое начало со времени Великой Французской революции. Именно тогда один из видных политических деятелей призывал французов к ограничению деторождения в виду того, что человечество обязано своим детям давать не



только жизнь, но и счастье. Это заставило многих врачей активнее разрабатывать различные средства, предупреждающие беременность. В 1813 году – в Англии появляется книга неизвестного автора о методах контрацепции. А чуть позднее – в 1823-м – увидела свет и другая, не менее значительная книга о методах предохранения от нежелательной беременности доктора Уотерса.





Многие методы контрацепции для женщин были усовершенствованы в начале XX века. Так, в 1908 году становится популярным барьерный метод контрацепции благодаря разработке шеечного колпачка. Тремя годами раньше – в 1905-м – исследователи проводили опыты с помощью серебряной, золотой и шелковой струн. Предполагалось, что этот метод оказывает спермицидный эффект за счет воздействия ионов серебра и золота. Спустя 25 лет в Европе была издана книга «Ноке», где были систематизированы и описаны 180 разных спермицидов. А через год становится известным так называемое кольцо Отта, которым пользуются и по сей день. Этот способ предполагал использование кольца из золота или серебра, его введение в матку обеспечивало длительный контрацептивный эффект. Однако внутриматочные спирали различной формы обрели популярность только к концу 50 – началу 60-х годов XX века.

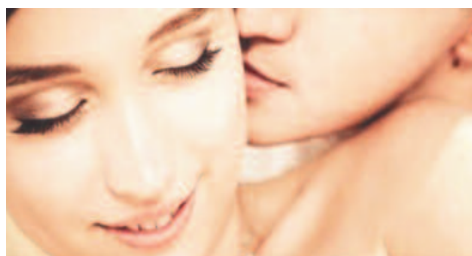
В XX веке ученые обратились и к опыту наших предков. Они убедились в том, что многие природные компоненты, различные растения, известные с древних времен, могут действительно использоваться как составляющие контрацептивных препаратов. Это стало предпосылкой к созданию противозачаточных таблеток. В 1952 г. американский биолог Жорж Пинкус предложил в качестве противозачаточного средства использовать прогестерон. Первые таблетки содержали очень высокую по современным меркам дозу гормонов. Впервые комбинированные противозачаточ-

ные таблетки, были применены в 1956 году, а в 1960-м они разрешены для повсеместного применения.

В арсенале медицины сегодня есть различные, научно обоснованные методы предупреждения нежелательной беременности. Об их популярности свидетельствуют результаты опроса 2000 посетителей сайта Medlinks.ru, который показал, что

- презервативы используют 40,86% участников опроса;
- гормональные противозачаточные – 20,7%
- прерванный половой акт практикует 18,22%;
- календарный метод (Огино) – 4,59%;
- никакими – 5,62%;
- нет необходимости использовать контрацепцию – 3,68%;
- другое – 6,32%.

Пройдя методом проб и ошибок многовековой путь от простейших, не всегда безопасных противозачаточных средств, человечество пришло к созданию безопасных и надежных способов предупреждения нежелательной беременности. Результат этого – сохранение физического и морального здоровья женщины, возможность разумного планирования семьи. ■



Такие разные больные



С.В. Шабанова
Журналист

Успешность лечения нередко зависит не только от своевременной постановки диагноза и правильно подобранной схемы лечения – того, что справедливо называют «мастерством врача». Нередко серьезным препятствием на пути выздоровления становится... сам пациент.

Любой, даже не имеющий медицинского образования, человек всегда имеет собственное представление о своей болезни. Ориентируясь на внутренние ощущения, предыдущий опыт и умозаключения различной сложности, пациент формирует и отношение к лечению, от которого как раз во многом и зависит прогноз развития его заболевания.

Комплекс из субъективных ощущений больного, его опыта общения с медицинским персоналом, информации о болезни, которую он успел получить из различных источников, результатов сравнения себя с другими больными психологи называют обычно внутренней картиной болезни.

То, как человек будет относиться к своему заболеванию, насколько успешным будет его сотрудничество с врачами, во многом зависит от таких факторов, как

пол, возраст, характер, особенности болезни, профессиональная деятельность и так далее. И вот теперь от скучной теории пора перейти к самой что ни на есть практике – делению пациентов на различные типы отношения к собственной болезни. Воспользуемся типологией, которую в начале 80-х годов прошлого века разработали советские психологи Андрей Евгеньевич Личко и Николай Яковлевич Иванов.

«Реалисты»

Этот тип пациентов психологи также называют «гармоничным». Это идеальные и практически легендарные пациенты, о которых может мечтать любой практикующий врач. Подобные пациенты адекватно оценивают свое состояние и охотно устанавливают контакт с лечащим врачом. Именно такие паци-



енты внимательно слушают, стремятся получить максимум информации о своём заболевании, схеме лечения, побочном действии препаратов. И активно пользуются полученной информацией, чтобы лечение стало максимально эффективным.

«Трудоголики»

Другое название этого типа реакции на собственную болезнь – эргопатический. Эргопаты - типичные трудоголики, которые зарабатывают свои хронические заболевания из-за полного погружения в рабочий процесс. Они недосыпают, питаются через раз непонятно чем, испытывают хронический стресс и не готовы остановить свой бег по карьерной лестнице, даже угодив в стационар.

Врачу стоит приготовиться к тому, что «трудоголик», заболев, начнет относиться к собственной работе с еще большим фанатизмом. Ведь она – отличный способ игнорировать состояние собственного здоровья и делать вид, что «все в порядке». Подобные пациенты не готовы на длительное обследование, они не могут отпроситься с работы даже для того, чтобы сдать простой анализ крови, а назначаемое врачом лечение, по их мнению, никак не должно снижать их работоспособность. Несмотря на тяжесть заболевания, люди с эргопатическим типом реакции на болезнь хотят продолжать работу – причем в прежнем качестве и с прежней активностью.

«Беглецы»

Это так называемый анозогнозический тип реакции на болезнь. Он характеризуется избеганием даже мыслей о наличии болезни, вплоть до полного отрицания очевидных симптомов болезни. Их такой пациент будет списывать на «простуду», «усталость» или «стресс». Подобные пациенты отказываются от обследования и просят прописать им «витаминки», собираются попить «травки» или утверждают, что все пройдет само. Эти пациенты считают, что «врачам лишь бы напугать», они же – авторы расхожего мифа о том, что «доктора готовы насмерть залечить здорового человека».

Подобный вариант реакции на болезнь может принимать и эйфорическую форму. Больного легко узнать по необоснованно приподнятому настроению, крайнему легкомыслию и пренебрежению к самым простым назначениям врача. Именно такие пациенты – злостные нарушители режима стационаров, которые ползут покурить, только выйдя из наркоза. Они же способны устроить алкогольную вечеринку сразу после того, как врач строжайше запретит им употреблять алкоголь. Как правило, даже идеально подобранная схема лечения для подобных больных оказывается неэффективной, поскольку любые разумные доводы разбиваются о желание такого человека «жить нормальной жизнью». ■

«Мнительные»

Этот тип реагирования на болезнь называется тревожным. И, пожалуй, он чаще всего встречается среди пациентов.

Такие люди крайне мнительны, они испытывают непрерывную тревогу по поводу особенностей течения их заболевания и его возможных последствий. Они склонны считать назначенное лечение опасным и неэффективным, а врачей – «садистами».

Подобные пациенты постоянно находятся в поиске: они типичные посетители околоручебных интернет-тусовок, где с удовольствием читают истории болезней «братьев по несчастью», они всегда в курсе «самых передовых» методов лечения, они постоянно пытаются менять лечащих врачей в попытке найти «светило» и несколько раз перепроверяют самый очевидный диагноз. И они же – потенциальные клиенты тех, кто «лечит рак мазью» и избавляет от простатита «наложением рук». Ведь каждый последующий специалист, к которому они обращаются, по их мнению, гораздо профессиональнее, чем предыдущий – ведь не зря же они потратили столько сил на его поиски. Результат такого отношения к болезни – безнадежно упущенное время и необходимость более сложного и дорогого лечения.

Иногда тревожный тип отношения к болезни наблюдается в так называемом обсессивно-фобическом варианте. В таком случае лечащий врач может наблю-

дать картину образцовой мнительности: больной находит повод для страхов в самых маловероятных осложнениях болезни, заранее считает лечение опасным и неудачным, переживает по поводу утраты трудоспособности и крахе личной жизни даже при постановке рядового и неопасного диагноза. При этом воображаемые проблемы больного волнуют гораздо больше, чем реальные, которые можно решить, просто начав лечение. Именно таким пациентам начинают сниться «вещие сны», перебегать дороги черные кошки и они способны отказаться от срочной операции, если фаза луны «неудачна».

«Мечущиеся»

Это представители ипохондрического типа реакции на болезнь. Те самые героини «врачебных» анекдотов, максимально и с удовольствием сосредоточившиеся на своих болезненных ощущениях и испытывающие непреодолимую тягу к ознакомлению окружающего мира со своим самочувствием. Именно они создают основной звуковой фон в холлах больниц и поликлиник, и они – лучшая находка для пациентов «мнительного» типа, обожающих слушать о том, «как это было у других».

Ипохондрики склонны преувеличивать собственные страдания. А если серьезных или неприятных симптомов не наблюдается – они их обязательно найдут и немедленно озвучат.



С подобной категорией больных лечащему врачу приходится так же трудно, как и военному саперу с престарелой авиабомбой. Даже дистиллированная вода способна вызвать у ипохондрика страшные побочные действия, а любое, даже неинвазивное исследование вызывает массу неприятных ощущений.

При этом больной, принадлежащий к ипохондрическому типу, не отказывается от лечения, но оно проходит невероятно тяжело из-за сочетания желания выздороветь с одной стороны и постоянной боязни потенциального вреда и болезненности процедур – с другой.

«Раздражительные»

Этот тип отношения к болезни называется неврастеническим типом. Для таких больных характерны постоянные вспышки раздражения и гнева, особенно, если они испытывают боли, неудобства во время процедур или лечение проходит не слишком удачно. Страдают, как правило те, кто первым «попадется под руку» – лечащий врач, младший медицинский персонал, родные и близкие. Подобная реакция вызвана тем, что подобные люди не умеют и не хотят терпеть и ждать. Это касается как болезненных ощущений: «Ваши таблетки мне совершенно не помогают!», так и диагностических и лечебных процедур: «Сколько можно копать? В намеренно делаете мне больно!»

Правда, впоследствии подобные больные раскаиваются, пытаются неловко извиняться за необдуманные и резкие слова. Но при малейшем дискомфорте снова приходят в крайнее раздражение.

«Пессимисты»

Этот тип реакции на болезнь называется меланхолическим. Он характеризуется постоянно пониженным настроением у больного, его неверием в выздоровление, правильность установленного диагноза и назначенного лечения. Даже если результаты анализов показывают значительное улучшение, а самочувствие нормализуется, такие пациенты продолжают сомневаться в успехе.

И именно этот тип больных игнорируют назначения врача также часто, как и «беглецы». Но не из легкомыслия, а потому, «что все равно это все без толку».

«Безразличные»

Этот тип реакции на болезнь называется апатическим. Таким больным свойственно полное безразличие к собственному здоровью, лечению, последствиям заболевания. Назначенные процедуры и прием лекарств осуществляются по принципу «что воля, что неволя – все едино». И, как правило, успешным лечение подобных пациентов оказывается только при активном участии их близких и при изрядном упорстве и настойчивости со стороны лечащего врача. ■

«Чувствительные»

Этот тип отношения к болезни называется сенситивным. Подобные больные требуют в отношении к себе иногда даже чрезмерной осторожности и чуткости. Они ранимы и крайне озабочены тем, как окружающие реагируют на их заболевание. Как ни странно, довольно часто представители сенситивного типа реакции на болезнь встречаются среди внешне успешных и самоуверенных бизнесменов: они считают, что заболевание заставит окружающих относиться к ним, как к неполноценным, вызовет жалость, появление сплетен и слухов. Особенно, если заболевание традиционно относится к «интимным»: причины и симптомы таких болезней люди подобного типа относят к факторам, способным не только разрушить их имидж, но и сделать страшной обузой для родных и близких.

«Артисты»

Такой тип реакции на болезнь называется эгоцентрическим. В данном случае болезнь – это не проблема, требующая решения, а отличный повод для получения личной выгоды. Пациенты с таким типом реакции на болезнь отчасти даже рады своему состоянию – ведь теперь можно показать окружающим «нечеловеческие страдания» и полностью завладеть вниманием аудитории, показав свою исключительность.

Больные требуют от врачей и близких отказаться от всех дел и посвящать все время исключительно их болезни, а другие пациенты рассматриваются исключительно, как «конкуренты» и «симулянты».

Таких пациентов легко опознать по гордости, которая проскальзывает в их интонации при озвучивании симптоматики или диагноза, особенно, если заболевание действительно серьезное и не самое распространенное.

«Жертвы»

Это представители паранойяльного типа отношения к болезни, главные герои ночных кошмаров любого лечащего врача. Такие пациенты крайне подозрительны и насторожены: они стараются «фильтровать» информацию в постоянных поисках злого умысла. Сама болезнь для них чаще всего результат внешних причин – от «плохой экологии» до прямых происков личных врагов. А лечащий врач с первой минуты знакомства – потенциальный киллер. Именно поэтому возможные неудачи в лечении, малейшие побочные действия лекарств или болезненность процедур с точки зрения таких пациентов – результаты преступной халатности врачей. Обвинения в которой и угрозы неотвратимой кары следуют незамедлительно. И нередко претворяются в жизнь. Ведь паранойяльность отлично уживается с сутяжничеством.



«Агрессоры»

Этот тип реагирования на болезнь называется дисфорическим. Иногда его можно спутать с эгоцентрическим и даже паранойальным. И действительно, поведение больных нередко представляет смесь обычных проявлений двух этих типов. «Агрессоры» мрачны, озлоблены и постоянно всем недовольны. Здоровые люди вызывают у них зависть, ненависть и попытки обвинений в собственной болезни. А по отношению к близким они – типичные тираны и деспоты, требующие беспрекословного подчинения и бесконечного удовлетворения их прихотей. Эти пациенты требуют исключительного внимания к себе, но при этом с подозрением относятся ко всем манипуляциям и назначенному лечению.

Конечно, все эти типы пациентов встречаются в практике любого лечащего врача и иной раз доставляют им массу хлопот. Но что делать с этим знанием? Очень просто – готовиться к возможным трудностям и учитывать личностные особенности пациента, как дополнительный фактор в течении и прогнозе заболевания.

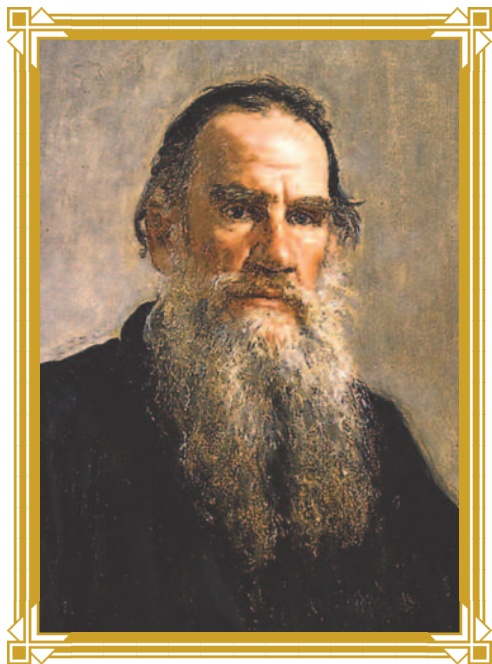
Понимание того, с чем придется столкнуться во время взаимодействия с тем или иным пациентом, приходит постепенно, с многолетним опытом: во время сбора анамнеза, общения с родными и близкими пациента и наблюдения за его поведением. Это достаточно сложно для врача, не имеющего специализацию клинического психолога и тре-

бует большого количества времени, которого, как правило, вечно не хватает.

Однако, существуют экспериментально-психологические методики, которые позволяют собрать информацию о типе отношения к собственному заболеванию на первом же приеме. Наиболее удобным инструментом можно считать методику психологической диагностики отношения к болезни, разработанную Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом имени В.М. Бехтерева и одобренную к использованию Минздравом еще в 2001 году. Эта адаптированная методика представляет собой простой для понимания и легкий в заполнении опросник, позволяющий определить, к каким из описанных выше типов относится пациент.

Особенно актуальной эта методика будет для тех пациентов, которые страдают хроническими соматическими заболеваниями, и, значит, их взаимодействие с лечащим врачом будет носить весьма длительный характер. ■





Л.Н. Толстой
«Смерть Ивана Ильича»
(отрывок)

«... Все было, как он ожидал; все было так, как всегда делается. И ожидание, и важность напускная, докторская, ему знакомая, та самая, которую он знал в себе в суде, и постукивание, и выслушивание, и вопросы, требующие определенные вперед и, очевидно, ненужные ответы, и значительный вид, который внушал, что вы, мол, только подвергнитесь нам, а мы все устроим, — у нас известно и несомненно, как все устроить, все одним манером для всякого человека, какого хотите. Все было точно так же, как в суде. Как он в суде делал вид над подсудимыми, так точно над ним знаменитый доктор делал тоже вид.

Доктор говорил: то-то и то-то указывает, что у вас внутри то-то и то-то; но если это не подтвердится по исследованиям того-то и того-то, то у вас надо предположить то-то и то-то. Если же предположить то-то, тогда... и т. д. Для Ивана Ильича был важен только один вопрос: опасно ли его положение или нет? Но доктор игнорировал этот неуместный вопрос. С точки зрения доктора, вопрос этот был праздный и не подлежал обсуждению; существовало только взвешивание вероятностей — блуждающей почки, хронического катара и болезней слепой кишки. Не было вопроса о жизни Ивана Ильича, а



был спор между блуждающей почкой и слепой кишкой. И спор этот на глазах Ивана Ильича доктор блестящим образом разрешил в пользу слепой кишки, сделав оговорку о том, что исследование мочи может дать новые улики и что тогда дело будет пересмотрено. Все это было точь-в-точь то же, что делал тысячу раз сам Иван Ильич над подсудимыми таким блестящим манером. Так же блестяще сделал свое резюме доктор и торжествующе, весело даже, взглянув сверху очков на подсудимого. Из резюме доктора Иван Ильич вывел то заключение, что плохо, а что ему, доктору, да, пожалуй, и всем все равно, а ему плохо. И это заключение болезненно поразило Ивана Ильича, вызвав в нем чувство большой жалости к себе и большой злобы на этого равнодушного к такому важному вопросу доктора.

Но он ничего не сказал, а встал, положил деньги на стол и, вздохнув, сказал:

— Мы, больные, вероятно, часто делаем вам неуместные вопросы, — сказал он. — Вообще, это опасная болезнь или нет?..

Доктор строго взглянул на него одним глазом через очки, как будто говоря: подсудимый, если вы не будете оставаться в пределах ставимых вам вопросов, я буду принужден сделать распоряжение об удалении вас из зала заседания.

— Я уже сказал вам то, что считал нужным и удобным, — сказал доктор. — Дальнейшее покажет исследование. — И доктор поклонился...

Но вот звонок в передней. Авось доктор. Точно, это доктор, свежий, бодрый, жирным, веселый, с тем выражением — что вот вы там чего-то напугались, а мы сейчас вам все устроим. Доктор знает, что это выражение здесь не годится, но он уже раз навсегда надел его и не может снять, как ■



человек, с утра надевший фрак и едущий с визитами. Доктор бодро, утешающе потирает руки.

— Я холоден. Мороз здоровый. Дайте обогреться, — говорит он с таким выражением, что как будто только надо немножко подождать, пока он обогрется, а когда обогрется, то уж все исправит.



— Ну что, как?

Иван Ильич чувствует, что доктору хочется сказать: «Как делишки?», но что и он чувствует, что так нельзя гово-

рить, и говорит: «Как вы провели ночь?»

Иван Ильич смотрит на доктора с выражением вопроса: «Неужели никогда не станет тебе стыдно врать?»

Но доктор не хочет понимать вопрос.

И Иван Ильич говорит:

— Все так же ужасно. Боль не проходит, не сдается. Хоть бы что-нибудь!

— Да, вот вы, больные, всегда так. Ну-с, теперь, кажется, я согрелся, даже аккуратнейшая Прасковья Федоровна ничего бы не имела возразить против моей температуры. Ну-с, здравствуйте. — И доктор пожимает руку.

И, откинув всю прежнюю игривость, доктор начинает с серьезным видом исследовать больного, пульс, температуру, и начинаются постукивания, прослушивания.

Иван Ильич знает твердо и несомненно, что все это вздор и пустой обман, но когда доктор, став на коленки, вытягивается над ним, прислоняя ухо то выше, то ниже, и делает над ним с значительнейшим лицом разные гимнастические эволюции, Иван Ильич поддается этому, как он поддавался, бывало, речам адвокатов, тогда как он уж очень хорошо знал, что они всё врут и зачем врут.

Доктор, стоя на коленках на диване, еще что-то выстукивал, когда зашумело в дверях шелковое платье Прасковьи



Федоровны и слышался ее упрек Петру что ей не доложили о приезде доктора.

Она входит, целует мужа и тотчас же начинает доказывать, что она давно уж встала и только по недоразумению ее не было тут, когда приехал доктор.

Иван Ильич смотрит на нее, разглядывает ее всю и в упрек ставит ей и белизну, и пухлость, и чистоту ее рук, шеи, глянец ее волос и блеск ее полных жизни глаз. Он всеми силами души ненавидит ее, и прикосновение ее заставляет его страдать от прилива ненависти к ней.

Ее отношение к нему и его болезни все то же. Как доктор выработал себе отношение к больным, которое он не мог уже снять, так она выработала одно отношение к нему — то, что он не делает чего-то того, что нужно, и сам виноват, и она любовно укоряет его в этом, — и не могла уже снять этого отношения к нему.

— Да ведь вот он, не слушается! Не принимает вовремя. А главное — ложится в такое положение, которое, наоборот, вредно ему — ноги кверху.

Она рассказала, как он заставляет Герасима держать себе ноги.

Доктор улыбнулся презрительно-ласково: «Что ж, мол, делать, эти больные выдумывают иногда такие глупости; но можно простить».

Когда осмотр кончился, доктор по-

смотрел на часы, и тогда Прасковья Федоровна объявила Ивану Ильичу, что уж как он хочет, а она нынче пригласила знаменитого доктора, и они вместе с Михаилом Даниловичем (так звали обыкновенного доктора) осмотрят и обсудят.

Действительно, в половине двенадцатого приехал знаменитый доктор. Опять пошли выслушиванья и значительные разговоры при нем и в другой комнате о почке, о слепой кишке и вопросы и ответы с таким значительным видом, что опять вместо реального, вопроса о жизни и смерти, который уже теперь один стоял перед ним, выступил вопрос о почке и слепой кишке, которые что-то делали не так, как следовало, и на которые за это вот-вот нападут Михаил Данилович и знаменитость и заставят их исправиться.

Знаменитый доктор простился с серьезным, но не с безнадежным видом. И на робкий вопрос, который с поднятыми к нему блестящими страхом и надеждой глазами Обратил Иван Ильич, есть ли возможность выздоровления, отвечал, что ручаться нельзя, но возможность есть. Взгляд надежды, с которым Иван Ильич проводил доктора, был так жалок, что, увидав его, Прасковья Федоровна даже заплакала, выходя из дверей кабинета, чтобы передать гонорар знаменитому доктору...» ■



М.А. Булгаков.
«Стальное горло» из цикла
«Записки юного врача».
(отрывок)

«Мечтал об уездном городе – он находился в сорока верстах от меня. Мне очень хотелось убежать с моего пункта туда. Там было электричество, четыре врача, с ними можно было посоветоваться, во всяком случае, не так страшно. Но убежать не было никакой возможности, да временами я и сам понимал, что это малодушие. Ведь именно для этого я учился на медицинском факультете...

«...Ну, а если привезут женщину и у нее неправильные роды? или, предположим, больного, а у него ущемленная грыжа? Что я буду делать?

Посоветуйте, будьте добры. Сорок восемь дней тому назад я кончил факультет с отличием, но отличие само по себе, а грыжа сама по себе. Один раз я видел, как профессор делал операцию ущемленной грыжи. Он делал, а я сидел в амфитеатре. И только»

Холодный пот неоднократно стекал у меня вдоль позвоночного столба при

мысли о грыже. Каждый вечер я сидел в одной и той же позе, налившись чаю: под левой рукой у меня лежали все руководства по оперативному акушерству, сверху маленький Додерляйн. А справа десять различных томов по оперативной хирургии, с рисунками. Я кряхтел, курил, пил черный холодный чай...

И вот я заснул: отлично помню эту ночь – 29 ноября, я проснулся от грохота в двери. Минут пять спустя я, надевая брюки, не сводил молящих глаз с божественных книг оперативной хирургии. Я слышал скрип полозьев во дворе: уши мои стали необычайно чуткими. Вышло, пожалуй, еще страшнее, чем грыжа, чем поперечное положение младенца: привезли ко мне в Никольский пункт-больницу в одиннадцать часов ночи девочку. Сиделка глухо сказала:

– Слабая девочка, помирает... Пожалуйте, доктор, в больницу ...

Помню, я пересек двор, шел на кероси-



новый фонарь у подъезда больницы, как зачарованный смотрел, как он мигает. Приемная уже была освещена, и весь состав моих помощников ждал меня уже одетый и в халатах. Это были: фельдшер Демьян Лукич, молодой еще, но очень способный человек, и две опытных акушерки – Анна Николаевна и Пелагея Ивановна. Я же был всего лишь двадцатичетырехлетним врачом, два месяца назад выпущенным и назначенным заведовать Никольской больницей.

Фельдшер распахнул торжественно дверь, и появилась мать. Она как бы влетела, скользя в валенках, и снег еще не стоял у нее на платке. В руках у нее был сверток, и он мерно шипел, свистел. Лицо у матери было искажено, она беззвучно плакала. Когда она сбросила свой тулуп и платок и распутала сверток, я увидел девочку лет трех. Я посмотрел на нее и забыл на время оперативную хирургию, одиночество, мой негодный университетский груз, забыл все решительно из-за красоты девочки. С чем бы ее сравнить?... Ангелов так рисовали. Но только странная муть гнездилась на дне ее глаз, и я понял, что это страх, – ей нечем было дышать. «Она умрет через час», – подумал я совершенно уверенно, и сердце мое болезненно сжалось...

Ямки втягивались в горле у девочки при каждом дыхании, жилы надувались, а лицо отливало из розоватого в легонький лиловый цвет. Эту расцветку я сразу понял и оценил. Я тут же сообразил, в чем дело, и первый раз диагноз поставил совершенно правильно, и, главное, одновременно с акушерками – они-то были опытные: «У девочки дифтерийный круп, горло уже забито пленками и скоро закроется наглухо...»

– Сколько дней девочка больна? – спросил я среди насторожившегося молчания моего персонала.

– Пятый день, пятый, – сказала мать и сухими глазами глубоко посмотрела на меня.

– Дифтерийный круп, – сквозь зубы сказал я фельдшеру, а матери сказал:

– Ты о чем же думала? О чем думала?

И в это время раздался сзади меня плаксивый голос:

– Пятый, батюшка, пятый!

Я обернулся и увидел бесшумную, круглолицую бабку в платке. «Хорошо было бы, если б бабок этих вообще на свете не было», – подумал я в тоскливом предчувствии опасности и сказал:

– Ты, бабка, замолчи, мешаешь, – матери же повторил: – О чем ты думала?

Пять дней? А?

Мать вдруг автоматическим движением передала девочку бабке и стала передо мной на колени.

– Дай ей капель, – сказала она и стукнулась лбом в пол, – удавлюсь я, если она помрет.

– Встань сию же минуточку, – ответил я, – а то я с тобой и разговаривать не стану.

Мать быстро встала, прошелестев широкой юбкой, приняла девчонку у бабки и стала качать. Бабка начала молиться на косяк, а девочка все дышала со змеиным свистом. Фельдшер сказал:

– Так они все делают. На-род – Усы у него при этом скривились набок.

– Что ж, значит, помрет она? – глядя на меня, как мне показалось, с черной яростью, спросила мать.

– Помрет, – негромко и твердо сказал я. Бабка тотчас завернула подол и стала ■

им вытирать глаза. Мать же крикнула мне нехорошим голосом:

– Дай ей, помоги! Капель дай!

Я ясно видел, что меня ждет, и был тверд.

– Каких же я ей капель дам? Посоветуй. Девочка задыхается, горло ей уже забило. Ты пять дней морила девочку в пятнадцати верстах от меня. А теперь что прикажешь делать?

– Тебе лучше знать, батюшка, – заныла у меня на левом плече бабка искусственным голосом, и я ее сразу возненавидел.

– Замолчи! – сказал ей. И, обратившись к фельдшеру, приказал взять девочку. Мать подала акушерке девочку, которая стала биться и хотела, видимо, кричать, но у нее не выход уже голос. Мать хотела ее защитить, но мы ее отстранили, и мне удалось заглянуть при свете лампы-«молнии» девочке в горло. Я никогда до тех пор не видел дифтерита, кроме легких и быстро забывшихся случаев. В горле было что-то kloкочущее, белое, рваное. Девочка вдруг выдохнула и плюнула мне в лицо, но я почему-то не испугался за глаза, занятый своей мыслью.

– Вот что, – сказал я, удивляясь собственному спокойствию, – дело такое. Поздно. Девочка умирает. И ничто ей не поможет, кроме одного – операции. И сам ужаснулся, зачем сказал, но не сказать не мог. «А если они согласятся?» – мелькнула у меня мысль. – Как это? – спросила мать.

– Нужно будет горло разрезать пониже и серебряную трубку вставить, дать девочке возможность дышать, тогда, может быть, спасем ее, – объяснил я.

Мать посмотрела на меня, как на безумного, и девочку от меня заслонила ру-

ками, а бабка снова забубнила:

– Что ты! Не давай резать! Что ты? Горло-то?!

– Уйди, бабка! – с ненавистью сказал я ей. – Камфару впрысните, – сказал я фельдшеру.

Мать не давала девочку, когда увидела шприц, но мы ей объяснили, что это не страшно.

– Может, это ей поможет? – спросила мать.

– Нисколько не поможет.

Тогда мать зарыдала.

– Перестань, – промолвил я. – Вынул часы и добавил: пять минут даю думать. Если не согласитесь, после пяти минут сам уже не возьмусь делать.

– Не согласна! – резко сказала мать.

– Нет нашего согласия! – добавила бабка.

– Ну, как хотите, – глухо добавил я и подумал: «Ну, вот и все! Мне легче. Я сказал, предложил, вон у акушеров изумленные глаза. Они отказались, и я спасен». И только что подумал, как другой кто-то за меня чужим голосом вымолвил:

– Что вы, с ума сошли? Как это так не согласны? Губите девочку.

Соглашайтесь. Как вам не жаль?

– Нет! – снова крикнула мать.

Внутри себя я думал так: «Что я делаю? Ведь я же зарезу девочку». А говорил иное:

– Ну, скорей, скорей соглашайтесь! Соглашайтесь! Ведь у нее уже ногти синеют.

– Нет! Нет!

– Ну, что же, уведите их в палату, пусть там сидят.

Их увели через полутемный коридор. Я слышал плач женщин и свист девочки.



Фельдшер тотчас же вернулся и сказал:

– Соглашаются!

Внутри у меня все окаменело, но выговорил я ясно: – Стерилизуйте немедленно нож, ножницы, крючки, зонд!

Через минуту я перебежал двор, где, как бес, летала и шаркала метель, прибежал к себе и, считал минуты, ухватился за книгу, перелистал ее, нашел рисунок, изображающий трахеотомию. На нем все было ясно и просто: горло раскрыто, нож вонзен в дыхательное горло. Я стал читать текст, но ничего не понимал, слова как-то прыгали в глазах. Я никогда не видел, как делают трахеотомию. «Э, теперь уж поздно», – подумал я, взглянул с тоской на синий цвет, на яркий рисунок, почувствовал, что свалилось на меня трудное, страшное дело, и вернулся, не заметив выюги, в больницу.

В приемной тень с круглыми юбками прилипла ко мне, и голос заныл:

– Батюшка, как же так, горло девчонке резать? Да разве же это мыслимо?

Она, глупая баба, согласилась. А моего согласия нету, нету. Каплями согласна лечить, а горло резать не дам.

– Бабку эту вон! – закричал я и в запальчивости добавил: – Ты сама глупая баба! Сама! А та именно умная! И вообще никто тебя не спрашивает! Вон ее!

Акушерка цепко обняла бабку и вытолкнула ее из палаты.

– Готово! – вдруг сказал фельдшер.

Мы вошли в малую операционную, и я, как сквозь завесу, увидал блестящие инструменты, ослепительную лампу, клеенку... В последний раз я вышел к матери, из рук которой девочку еле вырвали. Я услышал лишь хриплый голос, который го-

ворил: «Мужа нет. Он в городе. Придет, узнает, что я наделала, – убьет меня!»

– Убьет, – повторила бабка, глядя на меня в ужасе.

– В операционную их не пускать! – приказал я.

Мы остались одни в операционной. Персонал, я и Лидка – девочка. Она, голенькая, сидела на столе и беззвучно плакала. Ее повалили на стол, прижали, горло ее вымыли, смазали йодом, и я взял нож, при этом подумал «Что я делаю?» Было очень тихо в операционной. Я взял нож и провел вертикальную черту по пухлому белому горлу. Не выступило ни одной капли крови. Я второй раз провел ножом по белой полоске, которая выступила меж раздавшейся кожей.

Опять ни кровинки. Медленно, стараясь вспомнить какие-то рисунки в атласах, я стал при помощи тупого зонда разделять тоненькие ткани. И тогда внизу раны откуда-то хлынула темная кровь и мгновенно залила всю рану и потекла по шее. Фельдшер тампонами стал вытирать ее, но она не унималась. Вспоминая все, что я видел в университете, я пинцетами стал зажимать края раны, но ничего не выходило. Мне стало холодно, и лоб мой намок. Я остро пожалел, зачем пошел на медицинский факультет, зачем попал в эту глушь. В злобном отчаянии я сунул пинцет наобум, куда-то близ раны, зашелкнул его, и кровь тотчас же перестала течь. Рану мы отсосали комками марли, она предстала передо мной чистой и абсолютно непонятной. Никакого дыхательного горла нигде не было. Ни на какой рисунок не походила моя рана. Еще прошло минуты две-три, ■

во время которых я совершенно механически и бестолково ковырял в ране то ножом, то зондом, ища дыхательное горло. И к концу второй минуты я отчаялся его найти. «Конец, – подумал я, – зачем я это сделал? Ведь мог же я не предлагать операцию, и Лидка спокойно умерла бы у меня в палате, а теперь умрет с разорванным горлом, и никогда, ничем я не докажу, что она все равно умерла бы, что я не мог повредить ей...» Акушерка молча вытерла мой лоб. «Положить нож, сказать: не знаю, что дальше делать», – так подумал я, и мне представились глаза матери. Я снова поднял нож и бессмысленно, глубоко и резко полоснул Лидку. Ткани разъехались, и неожиданно передо мной оказалось дыхательное горло.

– Крючки! – сипло бросил я.

Фельдшер подал их. Я вонзил один крючок с одной стороны, другой – с другой, и один из них передал фельдшеру. Теперь я видел только одно: сероватые колечки горла. Острый нож я вколол в горло – и обмер. Горло поднялось из раны, фельдшер, как мелькнуло у меня в голове, сошел с ума: он стал вдруг выдирать его вон. Ахнули за спиной у меня обе акушерки. Я поднял глаза и понял, в чем дело: фельдшер, оказывается, стал падать в обморок от духоты и, не выпуская крючка, рвал дыхательное горло «все против меня, судьба, – Подумал я, – теперь уж, несомненно, зарезали мы девочку, – и мысленно строго добавил: – Только дойду домой – и застрелюсь...» Тут старшая акушерка, видимо, очень опытная, как-то хищно рванулась к фельдшеру и перехватила у него крючок, причем сказала, стиснув зубы:

– Продолжайте, доктор...

Фельдшер со стуком упал, ударился, но мы не глядели на него. Я вколол нож в горло, затем серебряную трубку вложил в него. Она ловко вскользнула, но Лидка осталась недвижимой. Воздух не вошел к ней в горло, как это нужно было. Я глубоко вздохнул и остановился: больше делать мне было нечего. Мне хотелось у кого-то попросить прощенья, покаяться в своем легкомыслии, в том, что я поступил на медицинский факультет. Стояло молчание. Я видел, как Лидка синела. Я хотел уже все бросить и заплакать, как вдруг Лидка дико содрогнулась, фонтаном выкинула дрянные стуски сквозь трубку, и воздух со свистом вошел к ней в горло, потом девочка задышала и стала реветь. Фельдшер в это мгновение привстал, бледный и потный, тупо и в ужасе поглядел на горло и стал помогать мне его зашивать.

Сквозь сон и пелену пота, застилавшую мне глаза, я видел счастливые лица акушеров, и одна из них мне сказала:

– Ну и блестяще же вы сделали, доктор, операцию.

Я подумал, что она смеется надо мной, и мрачно, исподлобья глянул на нее. Потом распахнулись двери, повеяло свежестью. Лидку вынесли в простыне, и сразу же в дверях показалась мать. Глаза у нее были как у дикого зверя.

Но когда я услышал звук ее голоса, пот потек у меня по спине, я только тогда сообразил, что было бы, если бы Лидка умерла на столе. Но голосом очень спокойным я ей ответил:

– Будь поспокойнее. Жива. Будет, надеюсь, жива. Только, пока трубку не вынем, ни слова не будет говорить, так не бойтесь. ■



Урологическое ТВ

Дистанционные образовательные курсы

Цистит. Инфекции мочевыводящих путей

22.04.13 - 01.06.13
[Подать заявку](#)

Анатомия и физиология Заболевания

ДГПЖ
Простатит
Бесплодие
Цистит
Онкоурология

Рак мочевого пузыря
Рак полового члена
Рак почки
Рак предстательной железы

Инфекции мочевых путей
Эректильная дисфункция
Недержание мочи

ГАМП
Мочекаменная болезнь
Варикоцеле

Диагностика

Всё

Новые видео**Фотоальбом****Мероприятия**

Популярные видео

Интервью с проф. Л. Штраймер в рамках конференции "Мочекаменная..."
29-04-2013 Просмотров - 143

Семенов Д.В. "Таргетная терапия метастатического рака почки в СПб..."
29-04-2013 Просмотров - 95

Интервью с проф. Х. Ван Поппель на Конгрессе Международного урологического...
29-04-2013 Просмотров - 84

Сизонов В.В. "Секретный доступ при извлечении яичка"
29-04-2013 Просмотров - 64

Всё отсюда

Последние видео

Мочекаменная болезнь
29-04-2013 Просмотров - 12

Стенд компании Дорные МедТех Европа ГнБХ...
29-04-2013 Просмотров - 27

Рудин Ю.З. "Эталонное лечение экстрем..."
29-04-2013 Просмотров - 10

Буркин А.Г. "Ведение пациентов пс..."
29-04-2013 Просмотров - 6

Обновленная версия Uro.TV работает не только на компьютерах и ноутбуках, но также на мобильных устройствах, включая iPhone и iPad!

Лечение

Маловыяженная терапия
HIFU
Криоблация
Фотодинамическая терапия

Профилактика
Санаторно-курортное лечение

Консервативное лечение
Визуализация в урологии

Детская хирургия
Оперативное вмешательство

Малые операции
Операции на мочевом пузыре

Операции на органах мошонки
Операции на почках и надпочечниках

Операции на простате
Дистанционная литотрипсия

Стенты в урологии
Трансплантация в урологии

Результаты

Отчеты о конференциях
Интервью
Образование
Защита диссертаций

Дистанционные образовательные курсы по андрологии на 2012-2013гг
При поддержке:
[Посмотреть расписание](#)

Интервью

Интервью с проф. Л. Штраймер в рамках конференции "Мочекаменная..."
29-04-2013 Просмотров - 143

Интервью с проф. Х. Ван Поппель на Конгрессе Международного урологического...
29-04-2013 Просмотров - 84

Интервью с проф. Сейджи Наито на Конгрессе Международного урологического...
29-04-2013 Просмотров - 25

Интервью с проф. М. Десан на Конгрессе Международного урологического о...
29-04-2013 Просмотров - 34

Все интервью

Зоркин С.Н. - "Новая методика прямо..."
29-04-2013 Просмотров - 5

Меновщикова Л.Б. "Иммунологическая р..."
29-04-2013 Просмотров - 6

Ю.З.Рудин "Эндовидеохирургия в детс..."
29-04-2013 Просмотров - 8

Интервью с проф. Л. Штраймер в рамках к...
29-04-2013 Просмотров - 143

Все видео

МЕКРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ-АНДРОЛОГОВ
3 СЪЕЗД ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ-АНДРОЛОГОВ
20-21 апреля 2013
Видеоматериалы конференции



ПРИГЛАШЕНИЕ

Уважаемые коллеги, 24-26 октября 2013 года в Новосибирске состоится международная конференция

«Urogenital Infections and Tuberculosis»

(Урогенитальные инфекции и туберкулёз)

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Российское общество урологов

Европейская ассоциация урологов, секция урогенитальных инфекций (ESIU)

Международное общество химиотерапии инфекций и рака (ISC)

Национальная ассоциация фтизиатров

ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулёза Минздрава России

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

В рамках конференции состоится заседание Международной согласительной комиссии, которая выработает единый взгляд на классификацию, диагностику, терапию, хирургическое лечение и диспансерное наблюдение больных мочеполовым туберкулёзом, а также создаст концепцию организации раннего выявления этих больных.

Будет издан сборник статей по материалам конференции, опубликовано Соглашение как результат работы комиссии.

Планируется обсудить следующие вопросы:

1. Латентные урогенитальные инфекции: бактериологическая диагностика, осложнения, лечение.
2. Осложнённые урогенитальные инфекции, их профилактика и лечение.
3. Заболевания, передаваемые половым путём
4. Инфекционно-воспалительные заболевания половой системы как причина бесплодия и сексуальной дисфункции. Вопросы своевременной диагностики и лечения
5. Взаимосвязь инфекции и опухоли мочеполовой системы: ошибки диагностики, особенности терапии при сочетанном заболевании
6. ДГПЖ и простатит – особенности диагностики и лечения, предоперационной подготовки
7. Стандарты обследования и лечения больных урогенитальными инфекциями – не догма, но руководство к действию?
8. Эпидемиология, организация раннего выявления и диспансерное наблюдение больных мочеполовым туберкулёзом.
9. Классификация мочеполового туберкулёза.
10. Диагностика, терапия и хирургическое лечение урогенитального туберкулёза.
11. Полиорганный туберкулёз.
12. МЛУ при внелёгочном туберкулёзе.

Оргвзнос для участников из России не предусмотрен.

Справки по телефону: +7 (383) 20 37 989, 20 37 993; e-mail: urotub2013@yandex.ru

Подробная информация <http://uro.ru/meetings/23894.html>,

<http://www.uroweb.ru/meets/11248.html>