

личение яичек, мошонки и полового члена, развитие вторичных половых признаков, увеличение концентрации тестостерона в крови.

Согласно исследованиям ряда авторов и нашим данным монотерапия Хорагоном у пациентов с ГГ приводит к нормализации параметров спермограммы у 16,7–20% пациентов, которые начинали лечение в возрасте 14–15 лет. При этом уровни гонадотропинов в их крови достоверно повышались, наблюдалось существенное увеличение размеров яичек.

В то же время необходимо помнить, что применение Хорагона у больных с вторичным ГГ нормализует уровень тестостерона в крови большинства пациентов, но далеко не у всех инициирует сперматогенез.

В перерывах между курсами стимулирующей терапии ХГ, уровень тестостерона может снижаться. В этот период необходимо назначать препараты тестостерона.

Вводим Хорагон по 1500 МЕд 3 раза в неделю в течение 3 месяцев с перерывом 1 месяц. Лечение длится в течение 1–2 лет.

С целью усиления действия гонадотропинов в комплекс лечения включаем АТФ, Ретаболил, глютаминовую кислоту, Гепадиф, Метандростенолон, Тиосульфат Натрия, Аевит.

С целью улучшения сперматогенеза и поддержания концентрации тестостерона на должном уровне последние годы этим пациентам в комплекс лечения включаем продукты пчеловодства.

Гипогонадотропный гипогонадизм нуждается в своевременной диагностике и комплексном лечении. Основу комплексного лечения составляет гормональная терапия. Самым благоприятным периодом для лечения является поздний препубертатный и ранний пубертатный периоды. Наши наблюдения показывают, что эффективность терапии ХГ существенно снижается, если начинать проводить лечение в 17–18-летнем возрасте.

РОЛЬ УРОПРОВИТА В ХИМИОПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН «ЭЛЕГАНТНОГО» ВОЗРАСТА

В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Н.Ю. Полион¹, Н.В. Гавва¹

¹ *Днепро́вский госуда́рственный ме́дицинский университет*

² *КНП «Городская больница №12» Днепро́вского городского совета*

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одной из самых частых клинических бактериальных инфекций у женщин. Это вторая по распространенности бактериальная инфекция после респираторных и одновременно — самый частый повод к назначению противомикробных средств.

Хотя бы раз в течение жизни ИМП возникали примерно у 50–60% женщин. В репродуктивном возрасте женщины переносят ИМП в 50 раз чаще, чем мужчины; в более позднем возрасте ИМП это соотношение снижается до 2: 1.

Клинические проявления ИМП варьируют от бессимптомной бактериурии до септического шока. Наличие достаточного понимания этих симптомов и применения соответствующих антибиотиков имеют решающее значение для предотвращения серьезных осложнений и развития резистентности микробной флоры.

Частыми возбудителями неосложненных ИМП являются энтеробактерии. Примерно в 70–95% пациентов выделяется *Escherichia coli* (*E. coli*) и в 5–10% случаев — *Staphylococcus*

saprophyticus. Значительно реже ИМП вызывают другие микроорганизмы, такие как *Klebsiella* spp., *Proteus* spp. и энтерококки. Хотя ИМП обычно рассматривают как спорадическое расстройство, вызванное микроорганизмами, относящимися к фекальной флоре пациента, возможна передача *E. coli* между сексуальными партнерами и членами семьи.

Причиной высокой распространенности ИМП является человеческая анатомия, а именно — строение и размещение женской уретры — короткой, широкой, что открывается близко к анальному отверстию, так что микроорганизмы из фекалий легко попадают в мочевыводящие пути. В кишечнике они обычно безвредны, а в мочевом пузыре могут вызвать воспаление, которое при распространении в почечные лоханки и далее — в кровь — может иметь летальный исход.

Установки и рекомендации по лечению ИМП, особенно неосложненных, имеют определенные несогласованные пункты, в частности лечения бессимптомной бактериурии, выбор эффектив-

ной антибактериальной терапии, целесообразность ее назначения при неосложненном течении заболевания и место препаратов растительного происхождения в терапии ИМП.

Способность к частым рецидивам и развития угрожающих осложнений, таких как пиелонефрит и сепсис, повреждения почек у детей, преждевременные роды и формирования полирезистентности микробной флоры к антибактериальным препаратам, представляют сложность для решения вопроса. Формирование антибиотикорезистентности – серьезная проблема современной клинической фармакологии, которая обусловлена прежде всего нерациональным применением антибиотиков. В 20-50% случаев антибиотики назначают бесполезно, что создает угрожающую ситуацию. При ИМП проблема осложняется высокой частотой бессимптомной бактериурии, которую наблюдают в 1–5% здоровых женщин в период менопаузы, 4–19% здоровых женщин «элегантного» возраста.

Таким образом – терапия антибиотиками изменяет микробиом и нарушает симбиоз «микро / макроорганизм».

Возможность лечения неосложненного острого цистита без применения антибиотиков в последнее время привлекает все большее внимание.

Проблема лечения пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями мочевого пузыря (МП), в частности с интерстициальным циститом (ИЦ) и синдромом болезненного мочевого пузыря (СБМП) очень актуальна. Это обусловлено, как высокой распространенностью данных состояний, так и низкой эффективностью традиционных, как правило, симптоматических методов лечения. Еще одной проблемой является то, что поскольку подавляющее большинство пациентов с ИЦ/СБМП – женщины климактерического периода или «элегантного» возраста, они часто вначале обращаются за медицинской помощью к гинекологам, практически не знакомым с данным заболеванием, которые лечат его как обычный цистит, антибактериальными препаратами.

Патогенез ИЦ может быть объяснен дефектами гликозаминогликанового (ГАГ) слоя МП. Дефекты ГАГ слоя снижают барьерную функцию уротелиальной слизи, в результате чего увеличивается чувствительность интрамуральных нервных окончаний слизистой оболочки МП к токсическим и химическим компонентам мочи, что служит причиной возникновения болевых ощущений в МП и учащенного мочеиспускания. Лечение хронического цистита, в основном, состоит из этиотропной антимикробной терапии и предупреждения дальнейшего поврежде-

ния слизистой оболочки МП. Вместе с тем, антимикробная терапия не снимает всех вопросов в проблеме рецидивирования цистита, его хронического течения и нередко формирования условий для интерстициального процесса в стенке мочевого пузыря, что приводит к дальнейшему развитию ИЦ.

При сборе анамнеза следует учитывать:

- функциональные расстройства кишечника;
- предыдущие курсы антибактериальной терапии;
- факт применения препаратов с эстрогеном и / или прогестероном;
- неполное опорожнение мочевого пузыря.

Обследование дна малого таза и живота проводят с целью выявления:

- клинически значимого пролапса;
- уретрита, дивертикула уретры, папиллярных образований уретры, кист железы Скина, вульвы или влагалища, вульварного дерматита, признаков мочевого синдрома менопаузы. Оперативное устранение дивертикулов и папиллярных образований уретры и парауретральных кист перед началом медикаментозного лечения;
- признаков нейрогенного мочевого пузыря.

Контаминацию подтверждает:

- бактериурия с бактериальным числом $< 10^3$ КОЕ / мл;
- значительный рост количества лактобактерий влагалища;
- увеличение факультативной флоры ≤ 1 ед.

Отсутствие корреляции между клиническими симптомами и результатами исследования мочи, в частности на бактериальную флору, требует проведения тщательного обследования с целью выявления воспалительных процессов органов репродуктивной системы или новообразований малого таза.

Современные тенденции терапии.

1. Этиотропная антимикробная терапия и предупреждения дальнейшего повреждения слизистой оболочки МП.

2. Вместе с тем, антимикробная терапия не снимает всех вопросов в проблеме рецидива цистита, его хронического течения и нередко формирования условий для интерстициального процесса в стенке мочевого пузыря, что приводит к дальнейшему развитию ИЦ.

3. Учитывая растущую резистентность к антибиотикам, специалисты активно изучают эффекты от применения пробиотиков и пищевых добавок (например, на основе клюквы).

Проблема лечения пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями мочевого пузыря (МП), в частности с интерстициальным

циститом (ИЦ) и синдромом болезненного мочевого пузыря (СБМП) очень актуальна.

Это обусловлено, как высокой распространенностью данных состояний, так и низкой эффективностью традиционных, как правило, симптоматических методов лечения.

Патогенез ИЦ может быть объяснен дефектами ГАГ (слоя МП).

Дефекты ГАГ снижают барьерную функцию уротелиальной слизи, в результате чего увеличивается чувствительность интрамуральных нервных окончаний слизистой оболочки МП к токсическим и химическим компонентам мочи, что служит причиной возникновения болевых ощущений МП и учащенного мочеиспускания.

Современная стратегия терапии неосложненного цистита включает минимизацию применения антибиотиков, а при правильной клинической оценке больных фитотерапия, основанная на принципах доказательной медицины, может быть альтернативой антибактериальной терапии. Отечественный фитопрепарат Уропровит полностью соответствует требованиям доказательной фитотерапии, показав в клинических исследованиях принципиальную возможность лечения неосложненного цистита в качестве альтернативы антибиотикам. Такой подход соответствует современной мировой стратегии и Национальному плану действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам.

Проведена фитопрофилактика 55 пациенткам в возрасте от 40 до 60 лет с хроническими рецидивирующими циститами.

После окончания основного курса антибиотикотерапии всем пациенткам был назначен Уропровит по 1 капсуле 2 раза в день в течение 4 месяцев.

Контроль эффективности лечения осуществляли в течение 12 месяцев с контрольными визитами через 15 дней и через 3, 4, 6, 9 и 12 месяцев.

Оценку эффективности лечения проводили на основании анализа частоты и выраженности клинических проявлений дизурических расстройств, динамики показателей качества жизни, с детализацией частоты, характера и эффективности мочеиспусканий, а также анализа динамики лабораторных показателей пиурии и бактериурии.

Уропровит — единственный препарат с мультивекторным механизмом действия при цистите.

1 капсула содержит экстракты: клюквы (*Oxycoccus*) — 200 мг; ортосифона тычиночного (*Orthosiphon stamineus*) — 100 мг; календу-

лы лекарственной (*Calendula officinalis*) — 100 мг.

Показания при:

— инфекциях нижних и верхних мочевыводящих путей;

— уретрит, цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит;

— ремиссии заболеваний мочевой системы для предупреждения рецидива;

— лучевом и посткоитальном циститах.

Рекомендуемый курс: по 1–2 капс. 2 раза в день во время приема пищи, 4 месяца.

Профессор Терри Камесано и врач Кэтрин Нетто с университета Массачусетса (США) провели исследование воздействия клюквы *Oxycoccus* на кишечную палочку. И пришли к следующему выводу: проантоцианидины (РАС) и флавонолы, которые содержатся в клюкве, резко уменьшают адгезию *E. coli*, снижается уровень прилипания ее к эпителию, что провоцирует воспалительный процесс.

Механизм действия препарата Уропровит.

Oxycoccus танины (фенольные соединения) фенолокислоты — антисептический эффект (*E. coli*, *Candida albicans*, синегнойная палочка) благодаря антиадгезионному эффекту; противовоспалительный эффект.

Orthosiphon stamineus органические кислоты, Ортосифонин — диуретический К⁺ сохраняющий эффект (выведения мочевой кислоты, мочевины и хлоридов, продуктов метаболизма («песка»), устраняет отеки, нормализует водно-солевой обмен).

Calendula officinalis стеролы, флавоноиды, эфирные масла — спазмолитический эффект (не нужно дополнительный прием дротаверина), нефропротекторный эффект (при лечении онкологии цисплатиной).

Мы получили положительные результаты в 92% случаев. У всех пациенток значительное улучшение симптоматики. Нормализовались анализы мочи и крови. В моче не высеялась вторичная флора, значительно увеличился период ремиссии. Все это способствовало улучшению качества жизни пациенток.

Фитопрепарат «Уропровит» является хорошей альтернативой импортным аналогам на основе клюквы.

Фитопрепарат «Уропровит» должен заполнить нишу при проведении фитопрофилактики воспалительных рецидивирующих заболеваний мочевого пузыря у женщин «элегантного» возраста.