

цесса в уретре мужчин наблюдался в виде моноинфекции – у 25 (15,3 %), при микстинфекции – у 19 (11,5 %) пациентов. *Streptococcus agalactiae* выявлялся у 26 (15,9 %) больных, при этом он также чаще встречался в виде моноинфекции – у 18 (11,1 %) пациентов, при микстинфекции – у 8 (4,8 %). Такой возбудитель, как *Gardnerella vaginalis*, определялся у 24 (14,6 %) пациентов, но при этом в виде микстинфекции – у 21 (12,8 %), а при моноинфекции – у 3 (1,9 %). Что же касается такого микроорганизма, как *E. coli*, то он обнаружен у 18 (11,0 %) больных, при этом практически с одинаковой частотой при моно- и микстинфекции – 8 (4,9 %) и 10 (6,1 %) соответственно. *Staphylococcus aureus* встречался у 17 (10,3 %) пациентов и также чаще высевался при микстинфекции, чем при моноинфекции, – 10 (6,1 %) и 7 (4,2 %) соответственно. А такой микроорганизм, как *Staphylococcus haemolyticus*, встречался у 8 (4,9 %) пациентов, при этом чаще в виде моноинфекции, а не микстинфекции – 7 (4,3 %) и 1 (0,6 %) соответственно. *Klebsiella spp* встречалась только в виде моноинфекции у 2 (1,2 %) пациентов.

Анализируя результаты микробиологического исследования отделяемого из уретры, можно считать, что в качестве инфекционного агента, ставшего причиной воспаления в уретре, явились наиболее часто выявляемые микроорганизмы: *Enterococcus spp.* – у 48 больных (26,8 %), *Streptococcus agalactiae* – у 26 больных (15,9 %), *E. coli* – у 18 больных (11,0 %), *Staphylococcus aureus* – у 17 больных (10,3 %). В результате проведенного исследования выявлена значительная распространенность негонококковых уретритов, ассоциированных с условно-патогенной флорой, в виде моно- и микстинфекции. Многообразие видового состава возбудителей воспалительных заболеваний органов уrogenитального тракта и высокий инфекционный индекс у данных больных доказывают важность своевременного и полноценного обследования их в дерматовенерологических учреждениях.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН

А. В. Зырянов

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

Хронический простатит (ХП) является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте урологическим диагнозом у мужчин старше 50 лет (после ДГПДЖ и рака простаты). С возрастом частота заболевания увеличивается и достигает 30–73 %. Большинство мужчин с ХП на протяжении жизни имеют несколько случаев обострения ХП.

Несмотря на то что единого мнения об этиологии ХП/СХТБ не существует, большинством урологов признается высокая частота нейрогенных расстройств, приводящих к обструктивному мочеиспусканию у этих больных.

При обследовании мужчин в возрасте до 50 лет с клиническим диагнозом ХП, функциональная обструкция в зоне простатического отдела уретры выявляется более чем у половины из них, детрузорно-сфинктерная диссинергия – еще у 24 % и нестабильность детрузора – примерно у 50 % больных.

Фармакологическая стратегия включает эмпирическую антибактериальную терапию, несмотря на то, что до 90 % всех случаев абактериальной природы. Даже учитывая, что большинство урологов имеют дело с абактериальным простатитом, тем не менее более 50 % этих пациентов получают антибактериальную терапию.

Последние исследования показывают, что добавление альфа₁-адреноблокаторов к антибактериальной терапии позволяет уменьшить риск рецидива хронического бактериального простатита, а также усилить эффект от терапии путем снижения болей и других симптомов, ассоциированных с ХП.

Доксазозин по сравнению с плацебо более эффективен у пациентов с хроническим простатитом и вызывает значительное улучшение в виде уменьшения выраженности болей у данной группы пациентов. Дальнейшие исследования показывают, что α АБ снимают болевой синдром и улучшают качество жизни у пациентов с хроническим простатитом. Говоря об особенностях различных селективных α ₁АБ, нужно отметить, что, обладая сравнимой с доксазозином эффективностью и безопасностью, тамсулозин является более удобным препаратом для пациентов в связи с отсутствием необходимости титрования дозы. Использование α АБ может снижать специфические симптомы у пациентов с ХБП и СХТБ в случае назначения антибактериальной терапии и без нее.

Причина высокой популярности альфа-адреноблокаторов в лечении ХП и синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) кроется в современном представлении об этиологии этих заболеваний. В силу особенностей механизма действия альфа-адреноблокаторы обладают поливалентной направленностью и способны оказывать воздействие на несколько звеньев патогенеза ХП/СХТБ и факторы, его поддерживающие.

Блокада альфа-адренорецепторов в области малого таза, предстательной железы и мочеполовой диафрагмы восстанавливает нормальную сократительную активность гладких мышц в предстательной железе и способствует устранению застойных явлений в простате. Воздействие на зону шейки мочевого пузыря и сфинктерный аппарат позволяет уменьшить или устранить явления инфравезикальной обструкции и тем самым снизить вероятность повторного уретро-простатического рефлюкса. Воздействие на альфа₁-d подтип адренорецепторов, располагающихся в спинном мозге, оказывает благотворное влияние на выраженность нейрогенных расстройств органов малого таза. Кроме того, альфа₁-адреноблокаторы улучшают кровоснабжение мочевого пузыря и предстательной железы.

Совокупность всех приведенных выше механизмов действия альфа-адреноблокаторов оказывает существенное положительное влияние на симптоматику и клиническое течение ХП/СХТБ.

Сегодня большинство специалистов высказывают мнение о необходимости длительного приема альфа1-адреноблокаторов, так как короткие курсы (менее 6–8 месяцев) часто приводят к рецидиву симптомов. Считается, что длительные курсы терапии альфа-адреноблокаторами способны необратимо снизить чувствительность альфа1-адренорецепторов и таким образом сохранить эффект лечения после отмены препарата.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ, ПРЕПАРАТАМИ ЛАВОМАКС И АЦИКЛОВИР

*Ю. Н. Кузнецова, Н. М. Герасимова
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,
г. Екатеринбург*

Монотерапия рецидивирующего генитального герпеса ациклическими нуклеозидами во многих случаях не позволяет увеличить межрецидивный период. Комплексный терапевтический подход в значительной степени повышает клиническую эффективность лечебных мероприятий у таких пациентов.

Целью нашего исследования была оценка эффективности противорецидивной терапии препаратом Лавомакс таблетки (производство ОАО «Нижфарм», Россия) в составе комплексной терапии больных часто рецидивирующим генитальным герпесом в сравнении с эффективностью супрессивного лечения ацикловиром. В исследовании участвовали 30 женщин в возрасте от 22 до 42 лет, страдающих рецидивирующим генитальным герпесом. Из них 15 пациенток включены в группу, для лечения которых применялась стандартная терапия ацикловиром в режиме эпизодической (5 дней для купирования текущего рецидива) и супрессивной терапии (для предупреждения следующих рецидивов) в течение 2 месяцев (контрольная – вторая группа); 15 пациенток для лечения генитального герпеса также использовали ацикловир (5 дней для купирования текущего эпизода) и для предупреждения следующих рецидивов Лавомакс (тилорон) тоже в течение 2 месяцев (исследуемая – первая группа).

У пациенток, получавших противорецидивную терапию ацикловиром, количество рецидивов в течение года снизилось в 1,5–2 раза у 6 женщин (40,0 %), лишь у 1 (6,7 %) пациентки в 2–3 раза и у 8 (53,3 %) пациенток рецидивы развивались с прежней периодичностью. Тогда как у женщин, получавших противорецидивную терапию Лавомаксом, число рецидивов снизилось в 1,5–2 раза у 3 женщин (20,0 %), в 2–3 раза у 7 пациенток (46,7 %), лишь у 4 (26,7 %) пациенток периодичность рецидивов осталась прежней. Необходимо также отметить, что 13 пациенток первой группы отметили уменьшение тяжести течения следующих рецидивов (отсутствие