

І.С. Миронюк, к.м.н., Ужгородський національний університет

Mycoplasma genitalium — «новий» ворог репродуктивного здоров'я людини

Ще на початку 1990-х років вітчизняні науковці прогнозували, що найближчим часом в Україні серед інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ), як у структурі захворюваності, так і в переліку причинних факторів розвитку порушень репродуктивної сфери чільне місце займуть збудники групи патогенних мікоплазм (сімейство *Mycoplasmataceae*). Цей прогноз базувався на наявних на той час труднощах діагностики, явищі високої поширеності в популяції та неадекватності антибіотикотерапії у пацієнтів з ознаками запального ураження нижніх відділів сечостатевої системи [1, 2]. Хоча з того часу окремі з перерахованих проблем вдалося усунути або більш детально дослідити та вивчити, цей прогноз залишається актуальним і сьогодні. Так, ураження сечостатевої системи мікоплазменної етіології останнім часом зустрічаються частіше і становлять близько 40% запальних захворювань сечостатевої системи людини [3]. Подібна ситуація спостерігається не лише в Україні, але й на світовому рівні, особливо серед молодого репродуктивного віку [4, 5]. На сьогодні серед причин зростання ролі саме мікоплазменної інфекції у збільшенні кількості запальних захворювань сечостатевої системи людини фахівці визначають декілька факторів: зміна сексуальних стереотипів, форм сексуальної поведінки населення та зростання частоти випадків резистентності збудника до традиційних лікувальних засобів, що застосовуються у спеціалізованих клініках [6].

Значна кількість фахівців запальні захворювання сечостатевої системи людини, які викликаються патогенними мікоплазмами, об'єднують під одну назвою «урогенітальні мікоплазмози», включаючи сюди запальні ураження сечостатевої системи, які виникають на тлі виявлення *M. genitalium*, *M. hominis* та *U. urealyticum* (а з 2000 р. і *U. parvum*, яку було виділено з роду *U. urealyticum* як окремий рід [7]). Використання цього терміна, а також питання про роль окремих мікоплазм як етіологічних факторів розвитку запальних захворювань сечостатевої системи людини є дискусійними. Хоча логіка використання терміна «урогенітальний мікоплазмоз» є (за аналогією до розповсюдженого терміна «урогенітальний хламідіоз» у випадку виявлення запального ураження органів сечостатевої системи *S. trachomatis*), але тоді коректно його застосовувати виключно у разі визначення у пацієнта з явищами уретрити моноінфекції *M. genitalium* або, в окремих випадках, *U. urealyticum*. Ця думка ґрунтується на таких фактах. У переліку збудників ІПСШ, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у базовому документі «Глобальна стратегія профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та боротьби з ними, 2006-2015 рр.», із групи мікоплазм названі лише *M. genitalium* та *U. urealyticum*. При цьому назви захворювання, яке вони викликають за аналогією до хламідійної інфекції, не вказано [8]. У той же час, незважаючи на проведення великої кількості наукових досліджень, роль *M. hominis*, *U. parvum* та і *U. urealyticum* як етіологічних факторів виникнення запальних захворювань сечостатевої системи не доведено. Є значна кількість опублікованих досліджень, результати яких можна розглядати як прямий або опосередкований доказ щодо патогенності цих видів мікоплазм для людського організму та їх прямого впливу на репродуктивну функцію. У результаті проведеного дослідження у Бельгії у 2000 р. у 228 жінок у першому триместрі вагітності на наявність бактеріального вагінозу, *Mycoplasma hominis* і *Ureaplasma urealyticum* був встановлений зв'язок між наявністю цих інфекцій та підвищеним ризиком переривання вагітності в терміні до 20 тиж [9]. Подібні результати були отримані під час проведення дослідження у тому ж році в Італії: виявлено роль колонізації *Ureaplasma urealyticum* у розвитку передчасного розриву плодових оболонок [10]. У дослідженні, проведеному у 2001 р. у Данії, при обстеженні 484 вагітних було встановлено, що ні бактеріальний вагіноз, ні колонізація *Ureaplasma urealyticum* не були пов'язані з розвитком передчасних пологів [11]. На сьогодні переважна більшість фахівців

як дерматовенерологів, так і урологів та гінекологів вважають, що *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* та *Mycoplasma hominis* відносяться до умовно-патогенних мікроорганізмів, а *M. genitalium* — до облигатних патогенів сечостатевого тракту у чоловіків і жінок [12].

Показовим є той факт, що за результатами консенсусу спеціалістів різних спеціальностей у російських клінічних рекомендаціях з діагностики та лікування ІПСШ, зокрема, викликаних уrogenітальними мікоплазмами як 2010 р., так і 2012 р. [13, 14], визначено чіткі показання до призначення антибактеріальної терапії у разі виявлення *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* та *Mycoplasma hominis*. Виявлення *M. genitalium* є прямим показанням для лікування пацієнта, а також його статевих партнерів, навіть у випадку відсутності ознак запального процесу. Отже, з усіх представників групи мікоплазм лише *M. genitalium* можна чітко визначити як збудника уrogenітальних інфекцій людини.

M. genitalium є не лише найбільш патогенний представник групи мікоплазм, але й «наймолодший». Хоча вперше цей вид мікоплазм був описаний британськими дослідниками ще у 1981 р. при виділенні його у двох чоловіків із клінічними проявами негонококового уретрити (НГУ), навіть тепер американські вчені у своїх наукових публікаціях називають *M. genitalium* новим збудником ІПСШ [15]. Зважаючи на локалізацію, цей мікроорганізм було названо «геніталіум» [16]. Тривалий час масштабних епідеміологічних досліджень стосовно *M. genitalium* у світі практично не проводилося із-за значних труднощів у її виділенні на поживних середовищах [17]. З 1991 р., коли для діагностики *M. genitalium* вперше був застосований метод полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР), цю проблему було усунуто. На сьогодні саме ПЛР залишається найбільш доступним і ефективним методом виявлення цього збудника ІПСШ як для дослідників, так і для практикуючих лікарів [18]. Саме завдяки впровадженню молекулярних методів діагностики *M. genitalium* було доведено статевий шлях передачі інфекції і цей інфекційний агент потрапив до переліку збудників ІПСШ [19].

Місце та значення *M. genitalium* серед збудників ІПСШ на сучасному етапі

Вважається, що *M. genitalium* є самостійним етіологічним агентом гострого та персистуючого НГУ у чоловіків [20] і є причиною 20-35% усіх випадків нехламідійних НГУ [21]. Це суттєво відрізняє *M. genitalium* від інших представників цієї групи мікроорганізмів (*M. hominis*, *U. parvum* та *U. urealyticum*), які

переважно беруть участь у розвитку запальних процесів органів сечостатевої системи людини в асоціації з іншими збудниками ІПСШ.

Питання асоціації *M. genitalium* з іншими ІПСШ за наявності запальних уражень сечостатевої системи чоловіків і жінок залишається дискусійним. Так, частина дослідників вважає, що *M. genitalium* майже ніколи не асоціюється з бактеріальним вагінозом у жінок та кількістю статевих партнерів [22], інші переконані, що частота виявлення *M. genitalium*, навпаки, корелює з кількістю статевих партнерів [23]. Аналіз понад 40 незалежних досліджень серед жінок загальної популяції в різних країнах світу (обстежено понад 13 тис. пацієнток) показав, що частота інфікування серед жінок із низьким ризиком інфікування становить близько 2,0%, що займає проміжкові положення між частотою виявлення *N. gonorrhoeae* (0,4%) та *S. trachomatis* (4,2%) відповідно. У той же час у подібних дослідженнях серед жінок популяції високого ризику (працівниці секс-індустрії, пацієнтки спеціалізованих клінік з ознаками запальних захворювань сечостатевої системи та ін.) було зафіксовано значно вищу частоту інфікування уrogenітального тракту *M. genitalium* — 7,8% [24]. Цікавим є розходження думок науковців щодо асоціації *M. genitalium* з *S. trachomatis* як одним із найбільш поширених на сьогодні збудників ІПСШ. Так, існує обґрунтована думка, що *M. genitalium* існує незалежно від *S. trachomatis* і зустрічається в клінічній практиці приблизно з такою ж частотою, як хламідійна інфекція. Це твердження пояснюється існуванням конкурентної боротьби між цими патогенними мікроорганізмами за одні й ті ж клітини-мішені, поживні речовини та інші ко-фактори повноцінного існування *M. genitalium* та *S. trachomatis* в організмі людини [25]. З іншого боку, спеціалісти IUSTI (International Union against Sexually Transmitted Infections — Міжнародної спілки по боротьбі з ІПСШ) А. Старі та М. Гомберг вважають обов'язковим призначення обстеження на наявність *M. genitalium* пацієнтам, у яких виявлено інфікування *S. trachomatis* [26, 27]. Актуальність такого підходу підтверджується й результатами дослідження серед чоловіків, які звернулися до спеціалістів з приводу клінічних проявів ІПСШ. Так, у 53% випадків у цих хворих *M. genitalium* виявлялася не як моноінфекція, а у вигляді різних бактеріальних і вірусних асоціацій, у тому числі з *S. trachomatis* [28].

Отже, зважаючи на відносно високий рівень поширення інфікування *M. genitalium* як у загальній популяції,



І.С. Миронюк

так і серед представників груп високого ризику інфікування, та значну роль у виникненні запальних захворювань нижніх відділів сечостатевої системи моноінфекції, а також у комплексі з іншими збудниками ІПСШ, питання боротьби з *M. genitalium* у системі протидії поширенню ІПСШ серед населення є актуальним.

M. genitalium як фактор порушення репродуктивного здоров'я у чоловіків та жінок

На сьогоднішній день не виникає сумнівів щодо впливу *M. genitalium* на розвиток запальних уражень нижніх відділів сечостатевої системи у чоловіків. Це доведено низкою експериментів на тваринних моделях [29], а також досліджено у чоловіків із НГУ [20, 21]. Однозначного висновку щодо ролі *M. genitalium* у виникненні уретрити у жінок науковці не дійшли [24], хоча існує низка досліджень, результати яких доводять зв'язок мікроскопічних ознак запалення уретри у жінок з інфікуванням *M. genitalium* [30]. Стосовно питання розвитку цервіциту на тлі інфікування *M. genitalium*, етіологічний вплив мікроорганізму на розвиток цього ураження нижніх відділів сечостатевої системи у жінок вважається практично доведеним. При цьому, за оцінками науковців, ступінь підвищення ризику розвитку цервіциту при інфікуванні *M. genitalium* аналогічна зі ступенем ризику при інфікуванні загально-визнаними збудниками цього захворювання (*N. gonorrhoeae* та *S. trachomatis*) [31]. У той же час існують значні відмінності в клінічному перебігу запальних уражень нижніх відділів сечостатевої системи, викликаних *M. genitalium* та *S. trachomatis*. Так, зокрема, уретрит, викликаний *M. genitalium* у гострій маніфестній формі, трапляється частіше, ніж уретрит хламідійної етіології. Взагалі, безсимптомний перебіг для уретрити, викликаного *M. genitalium*, не характерний. Це підтверджується результатами дослідження частоти виявлення *M. genitalium* у чоловіків у різних країнах світу. Так, у дослідженнях різних авторів показано, що *M. genitalium* була виявлена у 13-42% чоловіків із НГУ, у 18-46% пацієнтів із негонококовим та нехламідійним уретритом і лише у 0-9% хворих із безсимптомним перебігом уретрити [25].

Дати однозначну відповідь на питання щодо впливу *M. genitalium* на розвиток запальних захворювань верхніх відділів сечостатевої системи у чоловіків і жінок та на безпліддя наразі не можна. Так, щодо патологічних уражень сечостатевої системи у чоловіків, викликаних *M. genitalium*, які можуть стати причиною безпліддя, інформації досить мало. Практично немає повідомлень про те, що наявність *M. genitalium* може спричинити розвиток орхіту та епідидиміту,

є одиночні повідомлення щодо того, що *M. genitalium* зумовлює формування простатиту як ускладнення хронічно рецидивуючого НГУ [25]. Хоча однозначної відповіді щодо етіологічного впливу *M. genitalium* на розвиток гострого і хронічного простатиту немає. У той же час є повідомлення, що *M. genitalium* може приєднуватися до сперматозоїдів і знижувати їх активність, що призводить до виникнення вторинного безпліддя у чоловіків [32].

Питання запального ураження верхніх відділів репродуктивного тракту у жінок на сьогодні в науковій літературі висвітлено дещо більше. Але, незважаючи на наявність низки досліджень у різних країнах світу, зв'язок між інфікуванням *M. genitalium* та розвитком запальних захворювань органів малого тазу достовірно не доведений [24, 33]. Так, окремі дослідники вказують, що інфікування *M. genitalium* достовірно пов'язане з наявністю ендометриу і частота його виявлення в 3 рази вища, ніж у пацієнток, не інфікованих *M. genitalium* [34]. Інші науковці, проводячи дослідження серед жінок, що мають високий ризик інфікування (працівниці секс-індустрії), такого зв'язку не виявили [35].

Окрім того, на сьогодні не вдалося достовірно довести існування прямої залежності між інфікуванням *M. genitalium* та виникненням позаматкової вагітності, дочасних пологів та інших негативних результатів вагітності.

Питання щодо ролі *M. genitalium* у розвитку вторинного безпліддя у жінок можна вважати з'ясованим. Результатами низки досліджень підтверджено існування зв'язку між інфікуванням *M. genitalium* та розвитком трубного безпліддя у жінок [24], що було доведено в експериментальних дослідженнях на тваринних моделях [36].

Висновки

1. *M. genitalium* є не лише наймолодший представник групи уrogenітальних мікоплазм, але і найбільш небезпечний із них стосовно впливу на репродуктивне здоров'я людини.

2. Цей мікроорганізм є облигатним патогеном для людини і збудником ІПСШ.

3. *M. genitalium* викликає запальні захворювання нижніх відділів сечостатевої системи як у чоловіків, так і у жінок, його виявлення є прямим показанням до лікування пацієнта і його статевих партнерів.

4. Інфікування *M. genitalium* може спричинити виникнення вторинного безпліддя як у чоловіків, так і у жінок.

5. Актуальність впровадження заходів боротьби проти поширення *M. genitalium* у популяції постійно зростає; існує необхідність акцентувати увагу практикуючих лікарів різних спеціальностей (венерологів, урологів, акушерів-гінекологів, сімейних лікарів та інших) на питаннях своєчасної діагностики *M. genitalium* та лікування пацієнтів, інфікованих збудником ІПСШ, з метою збереження репродуктивного здоров'я населення.

Література

1. Мавров И.И. Нарушение репродуктивной функции у больных уrogenітальным хламидиозом и уреаплазмозом / И.И. Мавров // Вестник дерматол. — 1992. — № 11. — С. 72-75.
2. Делекторский В.В. Комплексный метод лечения хламидийной и уреаплазменной инфекции уrogenітального тракта / В.В. Делекторский и др. // Вестник дерматол. — 1991. — № 9. — С. 79-80.
3. Бондаренко Г.Н., Никитенко И.Н. Комплексное лечение уrogenітальной хламидийной и микоплазменной инфекции / Г.Н. Бондаренко, И.Н. Никитенко // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2010. — № 4 (39). — С. 92-97.
4. Taylor-Robinson D. Mycoplasma genitalium — an update. Int J STD AIDS 2002;13:145-151.

5. Schwartz M.A., Hooton T.M. Etiology of nongonococcal nonchlamydial urethritis. Dermatol Clin 1998; 16: 727-733.
6. Баткаев Э.А., Рюмин Д.В. Современные проблемы венерологии / Э.А. Баткаев, Д.В. Рюмин // Росс. журн. кожн. и венер. болезней. — 2009. — № 2. — С. 45-52.
7. Kong F., Ma Z., James G., Gordon S. et al. Species identification and subtyping of Ureaplasma parvum and Ureaplasma urealyticum using PCR-based assays. J. Clin. Microbiol. 2000; 38: 1175-1179.
8. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. / ВОЗ. — Женева. — 2006.
9. Donders G.C., Van Bulck B., Caudron J. et al. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion. Am J. Obstet Gynecol. 2000; 183: 431-437.
10. Calleri L.F., Taccani C., Porcelli A. Ureaplasma urealyticum vaginosis and premature rupture of membranes. What is its role? Minerva Ginecol. 2000; 52: 49-58.
11. Povlsen K., Thorsen P., Lind I. Relationship of Ureaplasma urealyticum biovars to the presence or absence of bacterial vaginosis in pregnant women and to the time of delivery. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2001; 20: 65-67.
12. Прилепская В.Н., Кисина В.И. и др. К вопросу о роли микоплазм в уrogenітальной патологии. — Гинекология. — 2007. — 9 (1): 31-38.
13. Уrogenітальные инфекционные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами. Клинические рекомендации по диагностике и лечению уrogenітальных инфекционных заболеваний, вызванных генитальными микоплазмами (*M. genitalium*, *Ureaplasma*, *M. hominis*). — М.: 2010.
14. Кубанова А.А. и соавт. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и уrogenітальными инфекциями. Клинические рекомендации. — М.: Деловой экспресс. — 2012. — 112 с.
15. McGowan C.L., Anderson-Smits C. Mycoplasma genitalium: An Emerging Cause of Sexually Transmitted Disease in Women. PLoS Pathog. — 2011. — 7(5): e1001324. doi:10.1371/journal.ppat.1001324
16. Tully J.G., Taylor-Robinson D., Cole R.M. et al. A newly discovered mycoplasma in the human urogenital tract. Lancet. — 1981; 1: 1288-1291.
17. Jensen J.S. Mycoplasma genitalium infection. Diagnosis, clinical aspects, and pathogenesis. Dan Med Bull. — 2006; 53: 1-27.
18. Jensen S.J., Uldum S.A., Sondergaard-Andersen J. et al. Polymerase chain reaction for detection of Mycoplasma genitalium in clinical samples. J. Clin Microbiol. — 1991; 29: 46-50.
19. Ma L., Taylor S., Jensen J.S., Myers L., Lillis R. et al. Short tandem repeat sequences in the Mycoplasma genitalium genome and their use in a multilocus genotyping system. BMC Microbiol. — 2008. — 8: 130.
20. Jensen J.S. Mycoplasma genitalium: the a etiological agent of urethritis and other sexually transmitted diseases. J. Eur Acad Dermatol Venereol. — 2004. — 18: 1-11.
21. Martin D.H. Nongonococcal urethritis: new views through the prism of modern molecular microbiology. Curr. Infect. Dis. Rep. — 2008. — 10: 128-132.
22. Taylor-Robinson D., Gilroy C.B., Thomas B.J., Hay P.E. Mycoplasma genitalium in chronic non-gonococcal urethritis. Int. J. STD AIDS. — 2004. — 15: 21-25.
23. Manhart L.E., Holmes K.K., Hughes J.P., Houston L.S., Totten P.A. Mycoplasma genitalium among young adults in the United States: an emerging sexually transmitted infection. Am J Public Health. — 2007. — 97: 1118-1125.
24. McGowan C.L., Anderson-Smits C. Mycoplasma genitalium: новый возбудитель инфекции, передаваемый половым путем (ИППП), у женщин / Русский медицинский журнал.
25. Хрянин А.А., Решетников О.В. Современные представления о Mycoplasma genitalium / Русский медицинский журнал.
26. Гонорея и уrogenітальный хламидиоз / Angelika Stary, Austria. — Выступление на Дне ЮСТИ в Украине в рамках III Международного конгресса ЕААД. — Одеса. — 2013.
27. Европейские рекомендации по лечению уrogenітального хламидиоза / Михаил Гомберг, Россия. — Выступление на Дне ЮСТИ в Украине в рамках III Международного конгресса ЕААД. — Одеса. — 2013.
28. Кисина В.И., Ширшова Е.В., Ильина Е.Н. Характеристика клинических синдромов, ассоциированных с *M. genitalium*, у пациентов с заболеваниями уrogenітальной системы / Клин. дерматол. — 2005. — № 3. — С. 33-38.
29. Tully J.G., Taylor-Robinson D., Rose D.L., et al. Urogenital challenge of primate species with Mycoplasma genitalium and characteristics of infection induced in chimpanzees. J. Infect. Dis. 1986; 153: 1046-1054.
30. Anagnos C., Lore B., Jensen J.S. Mycoplasma genitalium: prevalence, clinical significance, and transmission. Sex Transm. Infect. — 2005. — 81: 458-462.
31. Manhart L.E., Critchlow C.W., Holmes K.K., Dutro S.M., Eschenbach D.A. et al. Mucopurulent cervicitis and Mycoplasma genitalium. J. Infect. Dis. — 2003. — 187: 650-657.
32. Svenstrup H.F., Fedder J., Abraham-Peskir J. et al. Mycoplasma genitalium attaches to human spermatozoa. Hum. Reprod. — 2003. — 18: 2103-2109.
33. Гомберг М.А. Ведение больных с микоплазменной инфекцией / Гинекология. — 2009. — № 4. — С. 14 — 17.
34. Haggerty C.L., Totten P.A., Astete S.G., Lee S., Hofeka S.L. et al. Failure of cefoxitin and doxycycline to eradicate endometrial Mycoplasma genitalium and the consequence for clinical cure of pelvic inflammatory disease. Sex. Transm. Infect. — 2008. — 84: 338-342.
35. Cohen C.R., Nosek M., Meier A., Astete S.G., Iverson-Cabral S. et al. Mycoplasma genitalium infection and persistence in a cohort of female sex workers in Nairobi, Kenya. Sex. Transm. Dis. — 2007. — 34: 274-279.
36. Taylor-Robinson D., Furr P.M., Tully J.G., Barile M.F., Moller B.R. Animal models of Mycoplasma genitalium urogenital infection. Isr. J. Med. Sci. — 1987. — 23: 561-564.

Сексология и андрология в Украине: реалии и перспективы развития

15-16 мая в стенах Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев) проходил III съезд сексологов и андрологов Украины, объединивший ведущих специалистов страны и зарубежных представителей для обсуждения актуальных вопросов диагностики, профилактики и лечения сексуальных расстройств, патологии мочевого пузыря и репродуктивной систем у мужчин.

Вслед за приветственным словом, с которым ко всем присутствующим обратились организаторы конференции, состоялось открытие научной части мероприятия. В рамках первой секции были рассмотрены вопросы современной концепции терапии воспалительных уrogenітальных заболеваний. В начале заседания прозвучало выступление генерального директора Украинского института сексологии и андрологии (г. Киев), президента Ассоциации сексологов и андрологов Украины, доктора медицинских наук, профессора И.И. Горпинченко, затронувшего проблему использования α_1 -адреноблокаторов в лечении больных хроническим простатитом и отдельно остановившегося на аспектах патогенеза, диагностики и преимуществах использования тамсулозина в терапии пациентов с данным заболеванием. Следующим к собравшимся обратился заведующий кафедрой урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук И.М. Антоян, посвятивший свой доклад роли антибактериальной терапии в лечении хронического простатита. Спикер уделил внимание проблемам распространенности и последствий заболеваний, вызванных инфекциями, передающимися половым путем, остановился на современных подходах к диагностике и оптимальной стратегии лечения этих состояний. Интересную информацию обнародовал старший научный сотрудник отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии» НАМН Украины (г. Киев), кандидат медицинских наук А.М. Сытенко, рассказавший об актуальных подходах к диагностике и преимуществах в лечении рецидивирующего цистита антибактериальных препаратов цефалоспоринового ряда, а также коснувшийся значения иммунопрофилактики в предупреждении рецидивов этого заболевания.

Отдельное внимание заслуживает пленарное заседание «Урология», ставшее одной из наиболее информационно насыщенных секций первого дня съезда. Среди большого количества представленных докладов особый интерес у слушателей вызвали выступления, касающиеся тем «Эволюция в подходе к лечению больных варикоцеле» (Д.Ф. Тучин, г. Одесса), «Копулятивная функция после хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы» (С.Л. Чебанов, г. Одесса), «Новые возможности в комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом и уrogenітальным хламидиозом» (Е.А. Литвиненко, г. Ивано-Франковск), «Эффективность и риск применения иммунотерапии в лечении неинвазивного рака мочевого пузыря» (Ю.Н. Бондаренко, г. Киев). Кроме того, оживленное обсуждение среди слушателей вызвали доклады, посвященные эпигенетическому скринингу предпухловых изменений предстательной железы (Ф.И. Костев, г. Одесса), роли фитотерапии при хронических воспалительных заболеваниях половых органов у мужчин и воспалительной патологии мочевого пузыря (Ю.Н. Гурженко, г. Киев) и лечению синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (И.А. Бабюк, г. Донецк).

В рамках второго дня съезда ведущие специалисты страны в области сексологии, андрологии и урологии поделились со всеми присутствующими собственным видением современных аспектов медикаментозного, хирургического, а также психотерапевтического лечения наиболее распространенных расстройств в сфере урологического, репродуктивного и сексуального здоровья мужчин. В частности, И.И. Горпинченко, открывший работу пленарного заседания «Андрология», затронул проблему диагностики хронического простатита и наметил возможные пути ее решения. Далее слово перешло к доктору медицинских наук Г.Н. Драннику (Институт урологии НАМН Украины, г. Киев), коснувшемуся роли толл-подобных рецепторов в патогенезе уrogenітальных заболеваний, и профессору Ю.Н. Гурженко,

рассказавшему о современной стратегии лечения пациентов с синдромом хронической тазовой боли с позиций рекомендаций Европейского общества урологов и собственного опыта клинических наблюдений. Продолжили работу заседания А.А. Козак, остановившийся на особенностях клинического течения, диагностики и оптимизации терапии папилломавирусной инфекции у мужчин; Д.В. Черненко, представивший актуальную информацию о применении селективных фитомолекулярных препаратов в лечении резидуальных камней почек, и Ю.Н. Гурженко, уделивший внимание нюансам метаболической терапии фибропластической индурации полового члена.

Не менее оживленную дискуссию в конференц-зале вызвали проблемы, упомянутые спикерами в ходе заседания «Бесплодный брак». Среди наиболее актуальных из них — вопросы, связанные с современными способами лечения экскреторно-токсического бесплодия у мужчин и влиянием поликомпонентной фитотерапии на биохимические показатели эякулята (Ю.Н. Гурженко), иммуномодулирующей терапией экскреторно-токсического бесплодия и возможностями коррекции эндотелиальной дисфункции при бесплодии (О.Д. Никитин), ролью определения содержания аргинина и стабильных метаболитов цикла оксида азота в спермальной плазме у бесплодных мужчин (В.А. Бондаренко).

Завершающим аккордом в работе научной части конференции стало секционное заседание «Заболевание предстательной железы», в рамках которого были вынесены на обсуждение важнейшие аспекты диагностики и лечения хронического простатита, доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы. Первым с докладом «Сравнительный анализ современных методов лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы» выступил С.В. Головкин, остановившийся на преимуществах и недостатках современных малоинвазивных хирургических способов коррекции состояния пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы — фотоселективной вапоризации простаты с использованием калий-титанил-фосфатного, литий-триборатного и зеленого лазера, а также моно- и биполярной трансуретральной резекции простаты. Крайне интересные данные, полученные в ходе оригинального исследования, представил С.П. Пасечников, посвятивший свое выступление инфицированности больных раком предстательной железы возбудителями заболеваний, передающихся половым путем. Далее о нестандартном подходе к лечению хронического простатита рассказал И.П. Куларев (г. Днепрпетровск); Я.Н. Клименко (г. Киев) поделился информацией об эффективности антагониста α_1 -адренорецепторов силодози-на в лечении острой задержки мочи, обусловленной доброкачественной простатической обструкцией; И.А. Бабюк уделил внимание проблеме медикаментозной коррекции инфравезикальной обструкции у больных с симптомами нижних мочевых путей при заболеваниях предстательной железы.

Подводя итоги работы III съезда сексопатологов и андрологов Украины, профессор И.И. Горпинченко поблагодарил всех присутствующих за внимание и выразил уверенность в том, что обсуждения украинскими учеными и их зарубежными коллегами актуальных проблем сексологии и андрологии, регулярно проводимые в рамках подобных форумов, способствуют улучшению качества оказания медицинской помощи профильным группам населения в нашей стране и вносят неоценимый вклад в развитие отечественной сексологии и андрологии, история официального существования которой в скором времени отметит свой 50-летний юбилей.

Подготовил Антон Пройдак