

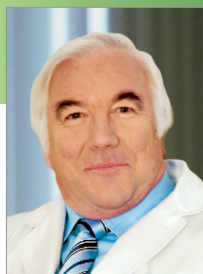


Урологія

Нефрологія

Андрологія

№ 3 (4)
жовтень 2015 р.
12 000 примірників*
Передплатний індекс 86683



Доктор медицинских наук,
 профессор
Игорь Горпинченко

**Сексуальная реабилитация
 онкологических пациентов,
 перенесших хирургические
 вмешательства на органах
 репродуктивной системы**

Читайте на сторінці **4**



Кандидат медичних наук,
 професор
Ірина Дудар

**Поширеність
 хронічної хвороби нирок
 ВД стадії у світі та в Україні**

Читайте на сторінці **10**



Кандидат медичних наук
Іван Миронюк

**Погляд на проблему
 вибору базового антибіотика
 при лікуванні уrogenітального
 хламідіозу**

Читайте на сторінці **14**



Професор
Marko Babjuk

**Европейская школа
 урологии**

Читайте на сторінці **22**



Доктор медицинских наук,
 профессор
Алексей Ковалев

**Жидкая биопсия опухоли:
 за пределами классической
 гистологии**

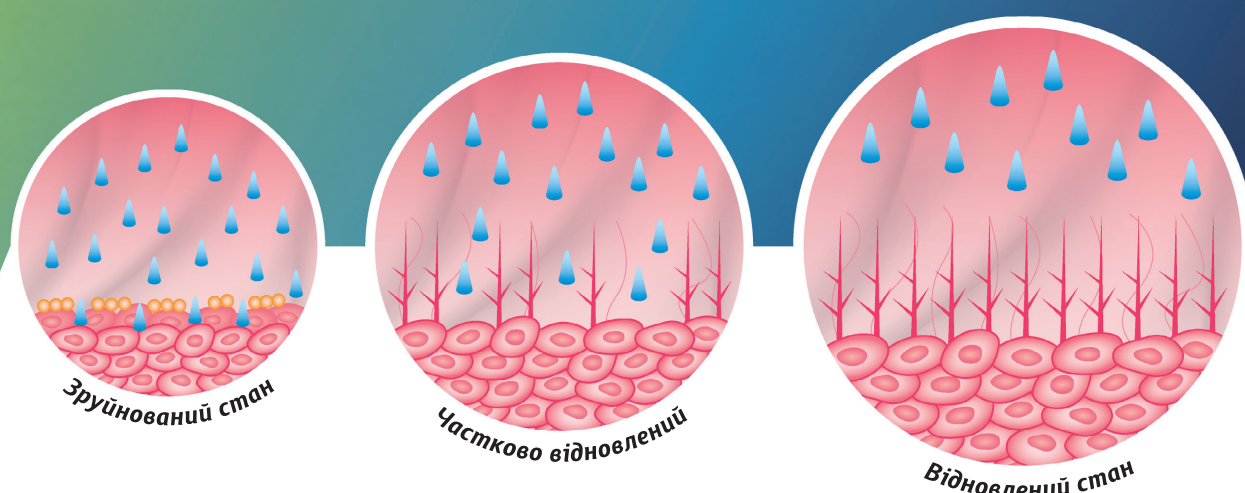
Читайте на сторінці **32**

INSTYLAN

ІНСТІЛАН

розчин стерильний на основі гіалуронової
 кислоти для інтравезикального введення

Природне відновлення бар'єрної функції сечового міхура



- ▼ відновлює та захищає пошкодженний глікозаміноглікановий шар слизової оболонки сечового міхура;
- ▼ прискорює регенерацію пошкодженого уротелію;
- ▼ знижує подразнення сечового міхура та сприяє ліквідації болювого синдрому;
- ▼ сприяє нормалізації сечовипускання.



Скорочена інструкція для медичного застосування виробу медичного призначення INSTYLAN (Інстілан) — розчин стерильний на основі гіалуронової кислоти для інтравезикального введення. Склад: Гіалуронат натрію — 80 мг, Фосфатний буфер рН 7,3 — до 50 мл. Показання до застосування. Розчин призначено для тимчасового захисту та відновлення слизової оболонки сечового міхура при різних маніпуляціях (уретро-цистоскопія, променева терапія та інше). Хронічний/рецидивуючий цистит, променевий цистит, інтерстціальний цистит, гіперактивний сечовий міхур, затримка сечі або утворення пухлин, що викликані циститом. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонента. Вагітні жінки та жінки, які годують грудьми. Діти. Спосіб застосування та дози. INSTYLAN призначений для інстиляції в сечовий міхур, яку повинен виконувати лікар, що має спеціальну підготовку, у спеціально обладнаному приміщенні, з дотриманням всіх правил асептики. INSTYLAN вводиться внутрішньоміхурово, 1 раз на тиждень. Курс складає від 4-х до 12-ти інстиляцій. Перед застосуванням температура пакету повинна бути не менше 20°C. Перед введенням INSTYLAN слід спорожити сечовий міхур. INSTYLAN вводиться в порожнину сечового міхура за допомогою урологічного катетера на строк від 30-ти хвилин до 2-х годин. РС МОЗ УКРАЇНИ № 13660/2014 від 16.10.2014

Аспекты применения уроселективных α_1 -адреноблокаторов у пациентов с инфравезикальной обструкцией

Достижения в области фармакологии за последние десятилетия позволили радикально изменить подходы к лечению заболеваний различных органов и систем организма. Одним из таких примеров стало внедрение в клиническую практику уроселективных α_1 -адреноблокаторов для лечения расстройств мочеиспускания у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), благодаря которому удалось на 65-70% уменьшить частоту выполнения хирургических вмешательств в связи с данной патологией и количество ассоциированных с ними интра- и послеоперационных осложнений.

На сегодня нарушения мочеиспускания — одна из наиболее распространенных урологических проблем у мужчин в возрасте старше 40 лет. При этом ведущей причиной формирования расстройств мочеиспускания, совокупность клинических проявлений которых объединяется понятием «симптомы нижних мочевых путей» (СНМП), является ДГПЖ. В частности, результаты эпидемиологических исследований последних лет, проведенных в Европе и США, указывают на то, что около 15-60% мужчин в возрасте старше 40 лет страдают от нарушений мочеиспускания различной степени выраженности (V. Kurelian et al., 2006). Клинически СНМП могут быть представлены накоплением (учащенное дневное и ночное мочеиспускание, появление императивных позывов, мочеиспускание малыми порциями и недержание мочи), опорожнением (ослабление струи мочи, затруднения, возникающие в начале акта мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, прерывистое мочеиспускание, выделение мочи по каплям в конце мочеиспускания, парадоксальная ишурия), а также постмиктурическими изменениями (появление ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, подтекания мочи после мочеиспускания).

Прогрессирующий характер течения ДГПЖ, ассоциирующийся с увеличением выраженности СНМП и повышением риска формирования серьезных осложнений (острой задержки мочеиспускания, рецидивирующих инфекций мочевых путей, дилатации верхних отделов мочевого тракта и почечной недостаточности) в процессе старения мужского организма, крайне негативно отражается на качестве жизни пациентов. Кроме того, важно учитывать, что некоторые медикаментозные препараты (антигистаминные средства, диуретики, опиаты, трициклические антидепрессанты) и коморбидные состояния (кардиоваскулярные заболевания, сахарный диабет, метаболический синдром) могут усугублять выраженность СНМП (S. Rohrmann et al., 2004; A.R. Kristal et al., 2007; A.V. Sarma et al., 2009). Результаты наблюдений свидетельствуют о том, что снижение физической активности и увеличение индекса массы тела также ассоциируются с развитием более тяжелых СНМП (J. Hong et al., 2006; J.K. Parsons, 2008).

Высокая распространенность и значимое негативное влияние ДГПЖ и сопутствующей инфравезикальной обструкции на качество жизни больных послужили мощным толчком для разработки и внедрения в клиническую практику новых подходов к лечению данных патологических состояний. Среди них в настоящее время используются динамическое наблюдение, медикаментозная терапия и хирургическое лечение. Динамическое наблюдение показано пациентам со слабовыраженными СНМП, не влияющими на качество жизни больного, медикаментозная терапия — больным с беспокоящими СНМП, у которых нет показаний или имеются противопоказания к проведению операции, а хирургическое лечение — мужчинам с выраженной ДГПЖ/СНМП, у которых ожидается низкая эффективность или имеются противопоказания

к медикаментозной терапии. При этом, согласно результатам европейского исследования Triumph, в котором принял участие 2351 пациент с ДГПЖ/СНМП, за весь период наблюдения (12 мес) наиболее популярным вариантом лечения больных стала консервативная терапия (74,9% случаев), тогда как динамическое наблюдение и оперативное лечение назначались значительно реже (A. Hutchison, 2007). При этом в 83% случаев лекарственные препараты назначались в режиме монотерапии, а наиболее часто используемым фармакологическим средством в данном наблюдении являлся блокатор α_1 -адренорецепторов тамсулозин.

Результаты исследования Triumph согласуются с рекомендациями Европейской и Американской ассоциаций урологов, в которых ключевая роль в процессе медикаментозного лечения пациентов с ДГПЖ/СНМП отводится препаратам из группы блокаторов α_1 -адренорецепторов,

Кроме того, блокирование α_1 -адренорецепторов мочевого пузыря уменьшает выраженность ирритативных симптомов: учащенного дневного и ночного мочеиспускания, urgentных позывов и недержания мочи (J.D. McConnell et al., 2003). Клиническим отражением подобных изменений служит увеличение максимальной скорости потока мочи, уменьшение выраженности СНМП и симптомов раздражения, связанных с ДГПЖ.

Одним из современных представителей уроселективных α_1 -адреноблокаторов III поколения является препарат Тамсин Форте (тамсулозина гидрохлорид 0,4 мг, «Мега Лайфсайдсиз»), выпускаемый в виде таблеток для приема внутрь пролонгированного действия. В сравнении с производными квиназона Тамсин Форте обладает примерно в 100 раз большей селективностью в отношении α_1 -адренорецепторов и реже ассоциируется с развитием побочных эффектов (K. Kawabe, 1998).

Преимущества Тамсина Форте:

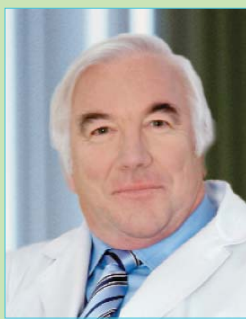
- Терапевтический эффект при использовании тамсулозина отмечается уже после первого приема препарата
- Безопасность тамсулозина значительно превосходит другие α -адреноблокаторы
- Лечение тамсулозином позволяет достичь уменьшения частоты мочеиспусканий в ночное время
- При назначении Тамсина Форте нет необходимости в подборе дозы, что гарантирует высокую степень комплаенса терапии
- Назначается независимо от приема пищи в удобное для пациента время

в частности тамсулозину. Доказано, что эти лекарственные средства обладают высокой эффективностью в купировании СНМП, обеспечивая снижение оценочного показателя по шкале IPSS (Международной шкале оценки простатических симптомов) в среднем на 50% и увеличение максимальной скорости потока мочи на 40% (B. Djavan, C. Chapple et al., 2004). Проведенные исследования указывают на то, что в основе патогенеза большинства дизурических расстройств лежит энергетический дефицит и гипоксические изменения в тканях детрузора, возникающие на фоне повышения уретрального сопротивления. Так, инфравезикальная обструкция приводит к снижению артериовенозной разности парциального напряжения кислорода, метаболическому ацидозу, уменьшению активности ферментов, принимающих участие в реакциях аэробного окисления, а также повышению активности гликолитических ферментов и ферментов пентозофосфатного шунта в ткани детрузора (А.Е. Вишневский и соавт., 2003). Благодаря использованию тамсулозина, являющегося селективным блокатором постсинаптических α_1 -адренорецепторов, преимущественно α_1 A и α_1 D типа, количество и функциональная активность которых увеличивается в тканях простаты, шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры при ДГПЖ, удается снизить тонус гладкой мускулатуры предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры. Это приводит к снижению уретрального сопротивления, выраженной энергетического дефицита и гипоксических изменений в тканях детрузора.

Он эффективно устраняет симптомы расстройств мочеиспускания во всех группах пациентов с СНМП, хорошо переносится и лишь незначительно влияет на уровень артериального давления, в том числе у большинства пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями, сахарным диабетом и пациентов, получающих антигипертензивную терапию. Кроме того, тамсулозин обладает рядом существенных преимуществ перед другими представителями группы α -адреноблокаторов: позволяет быстро купировать СНМП (в течение недели после приема), оказывается эффективным при умеренных/выраженных симптомах инфравезикальной обструкции при ДГПЖ и может назначаться совместно с антигипертензивными препаратами. Лечение Тамсином Форте предусматривает однократный прием препарата в сутки в удобное для пациента время независимо от приема пищи и не требует титрования дозы, что благоприятно сказывается на комплаенсе терапии, а за счет формы выпуска препарата в виде таблеток пролонгированного действия с контролируемым высвобождением достигается стойкое и более длительное линейное высвобождение действующего вещества, без выраженных колебаний концентрации тамсулозина. Благодаря особенностям механизма действия Тамсина Форте эффект терапии развивается достаточно быстро и проявляется в снижении выраженности СНМП, что подтверждается положительной динамикой оценки состояния пациента по шкале IPSS, а также увеличением максимальной скорости потока мочи при обследовании больного с помощью метода урофлоуметрии.

Эффективность и безопасность тамсулозина были продемонстрированы в ходе многочисленных крупномасштабных клинических исследований. Так, назначение тамсулозина (0,4 мг/сут) пациентам с ДГПЖ средней и выраженной степени уже на 4-й день лечения приводило к значительному уменьшению тяжести симптомов заболевания, оцениваемых по шкале Простатических симптомов Американской ассоциации урологов (AAU), у 37,5% участников. Схожие результаты были получены в ходе долгосрочного исследования P. Narayan и соавт. (2003), в котором на протяжении более 6 лет наблюдения у пациентов отмечалось улучшение состояния по шкале Простатических симптомов AAU, при этом эффективность и безопасность тамсулозина сохранялись в течение всего периода исследования.

Переносимость лечения с использованием тамсулозина была наглядно продемонстрирована в исследовании M.C. Michel (1998), в котором у 90-95% пациентов из первой (9507 больных, получавших тамсулозин на протяжении 4 нед) и второй (9858 пациентов, которым тамсулозин был назначен на 12 нед) групп она характеризовалась как хорошая и очень хорошая. По данным других исследований, количество пациентов, вынужденных прекратить терапию в связи с развитием сердечно-сосудистых осложнений, было наименьшим в группе тамсулозина, в сравнении с группами terazолина, доксазолина и альфузолина. Кроме того, лечение тамсулозином реже ассоциировалось с развитием нарушений эякуляции и ортостатической гипотензии, в сравнении с использованием других блокаторов α_1 -адренорецепторов. В других наблюдениях было показано, что несмотря на риск развития ретроградной эякуляции на фоне применения α -адреноблокаторов, назначение этих средств способствует снижению выраженности сексуальной дисфункции при ее возникновении на фоне СНМП, в отличие от ингибиторов 5 α -ред



В древности человек, теряющий способность к половой жизни, считался «наполовину живым». Хирургические вмешательства, затрагивающие органы репродуктивной системы, способны отрицательно влиять на сексуальную

функцию пациентов, и ее восстановление – один из важнейших компонентов того самого качества жизни, о котором в онкологии так много говорится.

О современных возможностях сексуальной реабилитации онкологических пациентов, ее актуальности и многом другом нашему корреспонденту рассказал директор Украинского института сексологии и андрологии, заведующий отделением сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», главный внештатный специалист по специальности «Сексопатология» Министерства здравоохранения Украины, доктор медицинских наук, профессор Игорь Иванович Горпинченко.

После каких хирургических операций особенно актуальна сексуальная реабилитация у мужчин? С чем это связано?

– Наиболее распространенной проблемой, с которой сталкиваются мужчины, являются последствия операций по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). В настоящее время практически во всем мире практикуются шадящие хирургические вмешательства – трансуретральная резекция предстательной железы и ее разновидности, а также вапоризация простаты. Если ранее при ДГПЖ выполнялась чреспузырная простатэктомия, после которой сексуальная функция нарушалась в большинстве случаев, то после внедрения современных методов количество пациентов, которые обращаются с жалобами на послеоперационное снижение сексуальности, заметно уменьшилось.

Сегодня среди врачей и пациентов все еще распространено мнение, что простата играет едва ли не решающую роль для реализации мужской сексуальности. Это порождает миф, что развитие и лечение ДГПЖ автоматически означает импотенцию. Как показывает практика, такое восприятие неверно, однако существование этого мифа приводит к тому, что пациенты боятся необходимого лечения, опасаясь потери половой функции.

Следует учитывать, что у многих больных ДГПЖ половая функция была снижена до операции, например, в связи с возрастом. Но поскольку присутствуют симптомы основного заболевания (болезненное и учащенное мочеиспускание, его задержка), то основное внимание уделяется этим симптомам. И только после успешного лечения пациента начинает беспокоить нарушение сексуальной функции, при этом оно может быть не связано с хирургическим лечением ДГПЖ.

Как правило, ДГПЖ формируется на фоне патологического климаткса у мужчины, который характеризуется снижением уровня свободного тестостерона. Последний является необходимым условием для реализации сексуальной функции мужчины: свободный тестостерон играет эротизирующую роль, воздействует одновременно на уровне коры головного мозга, определяя сложные поведенческие реакции, и на уровне органов половой системы, обеспечивая их оптимальное функционирование.

И, наконец, отдельную группу составляют нарушения, связанные собственно с хирургическим вмешательством. Операция затрагивает орган, который играет хотя и не основную, но значимую роль в функционировании репродуктивной системы и реализации сексуальной функции. Наиболее распространенным нарушением, связанным собственно с хирургическим лечением ДГПЖ, является ретроградная эякуляция. При этом пациент сохраняет сексуальную функцию, но не способен к продолжению рода. Поскольку такие больные обычно относятся к старшей возрастной группе, у них актуальность детородной функции обычно не велика, хотя бывают исключения.

Сексуальная реабилитация онкологических пациентов, перенесших хирургические вмешательства на органах репродуктивной системы

Поэтому перед операцией важно предупредить пациента, что ретроградная эякуляция после хирургического лечения ДГПЖ возникает у 60-70% больных. Но и в этом случае современные технологии экстракорпорального оплодотворения позволяют мужчине продлить род, даже если удастся получить всего один живой сперматозоид.

Более серьезные нарушения сексуальной функции связаны с хирургическими вмешательствами по поводу рака предстательной железы (РПЖ). Сегодня отмечается тенденция к развитию РПЖ в более раннем возрасте, чем это наблюдалось раньше. В последние годы улучшилась ситуация с ранней диагностикой этого заболевания.

Ранее единственным методом снизить уровень тестостерона при РПЖ была хирургическая кастрация, вызывавшая потерю сексуальной функции. Прогресс в терапии РПЖ привел к тому, что в настоящее время депривация тестостерона достигается другими способами. При локализованном РПЖ выполняется радикальная простатэктомия; в случае распространенного заболевания пациенту назначается антиандрогенная терапия, которая позволяет снизить концентрацию тестостерона без хирургической кастрации. В этом случае некоторые сексуальные расстройства неизбежны в связи с депривацией тестостерона. В то же время в моей практике есть пациенты, которые перенесли тотальную простатэктомию 10-20 лет назад, получили антиандрогенную терапию, но, обладая сильным половым темпераментом, волей и положительным настроем, даже в таких условиях сохраняли сексуальную жизнь. У других пациентов (особенно тех, кто и до операции имел слабый половой темперамент) сексуальная функция нарушалась, начиная от снижения желания и заканчивая эректильной дисфункцией, отсутствием семяизвержения.

Помимо перечисленных вмешательств, эректильная дисфункция может развиваться в результате операций на прямой кишке, мочевом пузыре.

Какие методы сексуальной реабилитации могут использоваться у мужчин? Какова специфика сексуальной реабилитации пациентов, лечившихся по поводу онкологической патологии?

– Еще 10 лет назад пациентам, прооперированным по поводу ДГПЖ, мы говорили о том, что восстановление сексуальной функции реально за счет назначения гормональной терапии, физиотерапии, использования стимуляторов, протезирования. В то же время возможности реабилитации при РПЖ были существенно ограничены, поскольку гормональная терапия тестостероном в этом случае категорически противопоказана, а возможности физиотерапии ограничены.

Сегодня разработаны четкие подходы к восстановлению сексуальной функции пациентов, прооперированных по поводу ДГПЖ и РПЖ. К примеру, под моим руководством на базе отдела сексопатологии и андрологии Института урологии НАМН Украины защищена кандидатская диссертация «Сексуальная функция и половые расстройства у больных раком предстательной железы» (автор М.Г. Романюк), разработана новая схема лечения тяжелой эректильной дисфункции.

В первую очередь всем пациентам проводится психотерапевтическое воздействие, которое необходимо начинать в дооперационном периоде. Важно рассказать суть хирургического вмешательства, обсудить сопряженные с ней риски, особенности лечения, возможные способы сексуальной реабилитации. Желательно, чтобы при таких беседах присутствовали оба сексуальных партнера. При РПЖ, если речь идет только о тотальной простатэктомии без дальнейшего назначения гормональной и лучевой терапии, вероятность сохранения половой функции достаточно высока, особенно у молодых мужчин. Если же пациенту назначаются антиандрогены, половая функция у него будет снижаться. В любом случае необходимо заранее проинформировать пациента, чтобы последующие изменения не оказались для него неприятной и травмирующей неожиданностью.

Когда пациент впервые узнает об онкологическом диагнозе, фокус его внимания направлен на выживание. Но после успешного лечения на первый план выходят проблемы, связанные с качеством жизни, в том числе сексуальная дисфункция, которая распространена среди больных, оперированных по поводу РПЖ и получающих антиандрогенную терапию. Необходимо помнить: возможности для сексуальной реабилитации сегодня существуют для всех пациентов, даже в самых сложных случаях.

Сегодня больным, лечившимся по поводу РПЖ, доступен целый комплекс методов, направленных на сексуальную реабилитацию. В него входят некоторые методы физиотерапии, улучшающие пенильный кровоток, в частности вакуумная и электростимуляция, которые могут безопасно использоваться у онкологических пациентов и не предполагают прямого воздействия на область предстательной железы. Могут использоваться негормональные средства, в частности препараты, содержащие силденафил*, которые сегодня представлены в большом разнообразии и дозировках, рассчитанных на прием по требованию либо на курс лечения. Программу реабилитации дополняют некоторые пищевые продукты, обладающие эротизирующим воздействием, а также витаминные препараты.

Важным методом сексуальной реабилитации у мужчин, который во всех случаях позволяет полностью восстановить половую жизнь, является эндофаллопротезирование – современное хирургическое вмешательство, при котором производится имплантация эндопротезов внутрь кавернозных тел полового члена. Эндофаллопротезирование широко практикуется во всем мире, разработаны и применяются несколько типов протезов; кроме сугубо медицинских аспектов, их выбор определяется желанием пациента, его физическими и материальными возможностями. После лечения РПЖ эндофаллопротезирование может быть показано всем больным, для которых актуален вопрос сексуальной реабилитации. Самому старшему пациенту, который перенес эту операцию в нашей клинике, на момент вмешательства исполнилось 78 лет.

К другим клиническим ситуациям, при которых ведущим методом сексуальной реабилитации является эндофаллопротезирование, относятся стриктуры уретры или травмы, сопровождающиеся ее разрывом и повреждением половых органов. Остальные методы сексуальной реабилитации в этих случаях играют

функции необходимо воздействие на эрогенные зоны. Но проведенное нами анкетирование показало, что в 60% случаев сексуальный партнер женщины не знает об особенностях расположения ее эрогенных зон — только один этот факт, даже при отсутствии у женщины каких-либо нарушений, порождает сексуальную дисгармонию.

Гинекологические и онкогинекологические заболевания и сексуальные расстройства у женщин имеют тесную взаимосвязь — и те, и другие развиваются преимущественно на фоне гормональных нарушений. Такая закономерность существует независимо от возраста женщины. После хирургического лечения онкогинекологической патологии гормональные нарушения могут усиливаться. Консервативное лечение, в том числе химиотерапия, также может сопровождаться снижением сексуальности.

Эндокринные нарушения снижают желание, уменьшают лубрикацию и способность к получению оргазма, зачастую являясь основой доброкачественных и злокачественных новообразований. У здоровых женщин и женщин с гормональными нарушениями, находящихся в пременопаузе и менопаузе, значимую роль в сексуальной реабилитации играет заместительная гормональная терапия, используются гормональные препараты как системного, так и местного действия. Но у онкологических пациенток возможности применения гормональных препаратов строго ограничены. Кроме того, существенно снижать качество секса у женщин могут воспалительные процессы половых органов и органов малого таза, приводя к болезненным ощущениям и нарушению лубрикации.

У женщин, перенесших хирургическое лечение, выбор методов сексуальной реабилитации обусловлен тем, какое именно лечение она получала, с чем связано возникновение онкологического заболевания, на какие сексуальные расстройства пациентка жалуется. При отсутствии полового влечения могут назначаться негормональные стимулирующие вещества, феромоны и т.д. При нарушении лубрикации рекомендуется применение искусственных лубрикантов. Они сегодня широкодоступны, причем среди них есть препараты, обладающие трофическим действием.

После химиотерапии и сопутствующего лечения антибиотиками всегда важно обеспечить рациональное питание, оптимальный режим отдыха и двигательной активности, восполнение дефицита витаминов, минеральных веществ.

В сексуальной реабилитации женщин, перенесших хирургическое вмешательство, применяются физиотерапевтические процедуры и другие манипуляции, которые не способны стимулировать онкологические процессы. Физиотерапия воздействует на трофику тканей, обеспечивает улучшение местной саморегуляции, снятие спазма, усиление кровотока. Однако она не может рассматриваться как самостоятельный метод лечения и применяется в комплексе с другими методами. Очень важно психотерапевтическое воздействие, связанное с формированием у пациентки понимания не только происходящих с ней изменений, но и механизма воздействия физиотерапевтических процедур. Хирург должен быть грамотным психотерапевтом — как правило, так оно и есть.

В реабилитации женщин всегда важен индивидуальный подход, причем не к конкретному человеку, а к сексуальной паре. Принципиально важно обучение сексуального партнера, его поддержка и понимание. Хирургическое лечение онкогинекологической патологии часто предполагает изменение анатомии половых органов (например, экстирпацию матки, изменение формы влагалища) — в этом случае решающим фактором может быть выбор позы, при которой эрогенные зоны женщины стимулируются наиболее эффективно.

В целом восстановить сексуальность у женщины легче, чем у мужчины, поскольку для женщины ведущую роль играет наличие глубокого чувства к партнеру и способность подстраиваться. Ведь в достижении сексуального удовлетворения у женщин выраженную роль играет эмоциональная составляющая. Кроме того, сексуальная жизнь в своих проявлениях многообразна, и сам половой акт — не единственное ее проявление.

Любое сексуальное расстройство по своей сути является нарушением взаимной адаптации партнеров и должно рассматриваться сексологом в контексте конкретной пары. Известны случаи, когда пары продолжали жить полноценной сексуальной жизнью при отсутствии половых органов. Это выводит сексуальные расстройства за пределы сугубо медицинской проблемы, возводя в ранг серьезной философской категории.

Лица, по тем или иным причинам теряющие способность к сексуальной адаптации, попадают в затруднительную ситуацию при любых изменениях в своем состоянии или состоянии партнера. Неспособность адаптироваться создает в сексуальной жизни партнеров такие проблемы, которых можно легко избежать, когда партнеры проявляют психологическую гибкость и внимательны друг к другу. Если партнеров объединяет чувство любви, доверие и желание взаимного контакта — они подходят к своей сексуальности творчески, приспосабливаются, экспериментируют, получая взаимное удовольствие. И тогда им не понадобится врач. Но при отсутствии взаимной любви неизбежно возникают те или иные проблемы, в такой паре нет желания адаптироваться к изменениям, неизбежным в человеческой жизни.

Если говорить об онкологической патологии репродуктивной системы — на каком этапе лечения должны быть подняты вопросы сексуальной реабилитации?

— Вопросы сексуального здоровья и нездоровья обязательно должны обсуждаться еще до операции. Необходимо тщательный сбор анамнеза, знакомство с личностью пациента, определение уровня его удовлетворенности текущей сексуальной жизнью, понимание, насколько в целом она важна для него. И врач, и пациент или пациентка должны знать, какие потенциальные угрозы для сексуальной жизни несет в себе планируемая операция, каковы современные возможности реабилитации.

Какие новые методы сексуальной реабилитации изучаются в настоящее время?

— В целом за последние десятилетия в сексологии произошло несколько прорывов. Первый из них связан с тем, что секс и сопряженные с ним понятия перестали восприниматься как нечто аморальное. Общество сделало значимый шаг, признав, что сексуальность является важной составляющей жизни. Ценность сексуальности для разных людей различна, но сексуальные проблемы не так редки, как казалось ранее. Завершенное в 1992 г. Массачусетское исследование продемонстрировало, что 52% мужчин когда-либо имели проблемы с эрекцией, но только 10% из них обращаются к врачу. Появление препаратов силденафила, их популярность среди населения выявили актуальность мужской сексуальной дисфункции и потребность в сексуальной реабилитации.

Сегодня мы располагаем методами лечения, которые ранее были немыслимы, усовершенствованы методы диагностики, расширились представления о строении органов половой системы. Миф о том, что 90% сексуальных расстройств связаны исключительно с психологическими переживаниями, развеян. Так, у мужчин выявлены аномалии развития сосудов кавернозных тел и другие органические нарушения, приводящие к эректильной дисфункции, но эффективно поддающиеся лечению. Развивается реконструктивная, пластическая хирургия половых органов, эндофаллопротезирование.

Наиболее современный метод сексуальной реабилитации, который сегодня активно изучается, — это клеточная терапия. Показано, что стволовые клетки могут приживаться в эндотелии кавернозных тел, улучшая кровоснабжение и усиливая выделение оксида азота. На базе нашего института проведены экспериментальные исследования на животных, подтвердившие перспективность этого метода в лечении эректильной дисфункции, вызванной сахарным диабетом, гипогонадными состояниями и некоторыми другими заболеваниями. И хотя этот метод еще только исследуется, в зарубежных источниках уже встречаются отдельные клинические наблюдения успешных случаев клеточной терапии при тяжелой эректильной дисфункции. В то же время такое некогда востребованное направление, как сосудистая хирургия половых органов, не оправдало себя, и сегодня заменяется эндофаллопротезированием.

Изучаются новые лекарственные средства, перспективные в сексуальной реабилитации. Например, в США собираются регистрировать препарат для женщин, улучшающий кровоток в половых органах, лубрикацию и даже воздействующий на соответствующие области в головном мозге. Каждый из новых препаратов, появление которого предполагается в Украине, мы подвергаем тщательному исследованию.

И все же нарушения сексуальной функции и психологические расстройства тесно взаимосвязаны. Как влияет на распространенность сексуальных расстройств депрессия у онкологических пациентов, вызванная пугающим диагнозом, тяжелым лечением, либо депрессия у здоровых лиц, вызванная самыми разными причинами, включая непростую ситуацию в нашей стране? Насколько это значимо для Украины, для ее репродуктивного потенциала?

— Действительно, депрессия — один из ключевых факторов, вызывающих сексуальные расстройства. Частота развития депрессивных состояний увеличивается, что связано с глобальными социальными и экономическими процессами, а в масштабе Украины — со сложной ситуацией, которая всем хорошо известна. Но, как ни парадоксально, количество сексуальных расстройств на психогенной почве будет увеличиваться еще и потому, что в нашей стране мало внимания уделяется развитию культуры и нравственности. К сожалению, наша страна позаимствовала у США не лучший образец добродетели, в котором присутствует много насилия, искажение ценностей. За последние десятилетия потеряна система нравственной и социальной преемственности, формирования у человека здоровых нравственных начал. Конечно, эта система была далеко не идеальной, но сегодня утрачена и она. В результате это сказывается на сексуальной жизни населения.

В то же время не существует четкой зависимости между сексуальной дисфункцией и репродуктивным потенциалом населения. При гипогонадных состояниях, серьезных гормональных нарушениях репродуктивная функция будет снижена с высокой долей вероятности. Но пода

Е.О. Стаховський, д.м.н., професор, керівник науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології,
М.В. Чепурнатий, ДУ «Національний інститут раку» МОЗ України, м. Київ

Практичні аспекти застосування Інстілану — сучасного протектора слизової оболонки сечового міхура

Внутрішня поверхня сечового міхура вкрита глікозаміноглікановим шаром (ГАГ-шаром). Основне завдання цього шару — зв'язувати воду, утворюючи тонку захисну плівку між сечею та поверхнею сечового міхура. Ця захисна плівка запобігає впливу на стінку сечового міхура бактерій та інших подразників (наприклад, іонів калію, мікрокристалів кальцію, протеаз), які містяться в сечі, що здатні викликати запалення та біль [1].

Доведено, що ГАГ-шар виконує водонепроникну функцію: захищає глибокі шари стінки сечового міхура від проникнення подразників із сечі, запобігає виникненню та посиленню запальних процесів, а також зменшує ступінь вираження больового синдрому, викликаного запальними процесами [1, 21].

Дефекти уротелію є причиною багатьох хронічних захворювань сечовивідних шляхів (інтерстиціальний цистит, рецидивуючий бактеріальний цистит, променевий цистит, гіперактивний сечовий міхур тощо), які супроводжуються

виникненням таких симптомів, як ургентне та часте сечовипускання, нетримання сечі, болючість при сечовипусканні, синдром хронічного болю сечового міхура. Такі пацієнти значною мірою обмежені у своїй повсякденній діяльності та страждають від зниження якості життя [2, 3].

Механізм розвитку болю в сечовому міхурі:

1. Пошкодження ГАГ-шару.
2. Руйнування епітеліального шару агресивними структурами.
3. Запалення в субепітеліальних структурах.

4. Активація С-волокон, вивільнення нейропептидів.

5. Нейрогенне запалення.

6. Прогресування фіброзних змін, рубцювання, зморщення сечового міхура.

Хронічний запальний процес у сечовому міхурі може призвести до заміщення фіброзною тканиною його м'язової стінки, склерозу та в кінцевому підсумку — до розвитку мікроциста [21]. Щоб вирішити цю проблему, необхідно проводити терапію, спрямовану на відновлення захисного шару уротелію.

На сьогодні у клінічній практиці застосовують різні стратегії лікування, які



Е.О. Стаховський



М.В. Чепурнатий

передбачають призначення хворому антидепресантів, антигістамінних засобів, цистеїну, антагоністів рецепторів лейкотриєну, внутрішньоміхурових інстиляцій диметилсульфоксиду, а при вираженому больовому синдромі — опіоїдних анагетиків. У складних випадках виконуються хірургічні втручання (аугментація сечового міхура, цистектомія з методами деривації сечі), що є одним із методів вирішення зазначеної проблеми [13-15].

Таблиця 1. Клінічні дослідження застосування гіалуронової кислоти в урології

Дослідження	Кількість хворих	Діагноз	Режим застосування	Результат
Miodosky і співавт. (2006) [8]	7	Геморагічний цистит	4 щотижневі введення + місячна доза	У 6 із 7 хворих — задовільний результат
Daha і співавт. (2005) [16]	48	Інтерстиціальний цистит	10 щотижневих введень	Покращення стану спостерігалось у 41 пацієнта
Gupta і співавт. (2005) [17]	36	Інтерстиціальний цистит	6 щотижневих введень	20 пацієнтів позитивно відповіли на лікування
Kallestrup і співавт. (2005) [18]	20	Інтерстиціальний цистит	4 щотижневі введення + 2 місячні дози	У 40% хворих зменшилися симптоми ноктурії, у 30% — інтенсивність болю. Таким чином, у 13 хворих спостерігався позитивний результат лікування
Constantinides і співавт. (2004) [19]	40	Рецидивні запальні прояви нижніх сечовивідних шляхів	4 щотижневі введення + 2 місячні дози	Протягом 5 міс рецидиви відсутні у 40 хворих, до 12 міс — у 28 хворих
Leppilahti і співавт. (2002) [20]	11	Інтерстиціальний цистит	4 щотижневі введення	Протягом 1 року у 8 хворих було зареєстровано позитивний результат
Morales і співавт. (1997) [8]	25	Інтерстиціальний цистит	4 щотижневі введення + 1 місячна доза протягом 1 року	71% хворих продемонстрували позитивну відповідь на лікування

Таблиця 3. Структура призначень у групах порівняння

Кількість хворих, що отримали Інстілан внутрішньоміхурово, n			Кількість хворих, що отримали базову терапію, n		
18			19		
Променевий цистит	Інтерстиціальний цистит	ТУР стінки сечового міхура	Променевий цистит	Інтерстиціальний цистит	ТУР стінки сечового міхура
6	3	9	8	4	7

Таблиця 4. Частота сечовипускання

Термін контролю	Середня кількість мікцій за добу, n		Середня кількість болючих мікцій за добу, n	
	Група Інстілану	Контрольна група	Група Інстілану	Контрольна група
До лікування	12,4	12,8	8,8	9,1
1-й тиждень	9,0	12,0	6,2	8,8
3-й тиждень	8,4	11,8	6,0	7,2
6-й тиждень	8,0	11,2	2,4	4,3
12-й тиждень	7,8	10,4	1,6	2,8

Таблиця 5. Середні показники даних урофлоуметричного дослідження

Група Інстілану				Контрольна група			
Термін контролю	Макс. швидкість, мл/хв	Середня швидкість, мл/хв	Об'єм, мл	Термін контролю	Макс. швидкість, мл/хв	Середня швидкість, мл/хв	Об'єм, мл
До лікування	10,2	8,2	128	До лікування	11,0	8,8	116
1-й тиждень	12,4	10,6	188	1-й тиждень	12,2	10,4	142
3-й тиждень	13,8	12,0	224	3-й тиждень	14,0	12,2	158
6-й тиждень	15,0	13,4	248	6-й тиждень	15,0	13,0	182
12-й тиждень	18,2	14,6	266	12-й тиждень	17,8	14,2	204

Таблиця 2. Структура захворюваності досліджуваних

Діагноз	Кількість випадків, n (%)
Променевий цистит	14 (38%)
Рак сечового міхура	16 (43%)
Інтерстиціальний цистит	7 (18%)

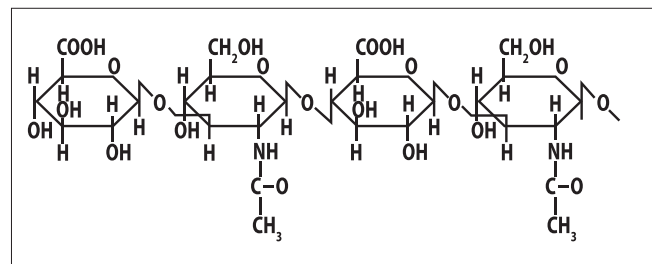


Рис. 1. Фрагмент структури гіалуронової кислоти

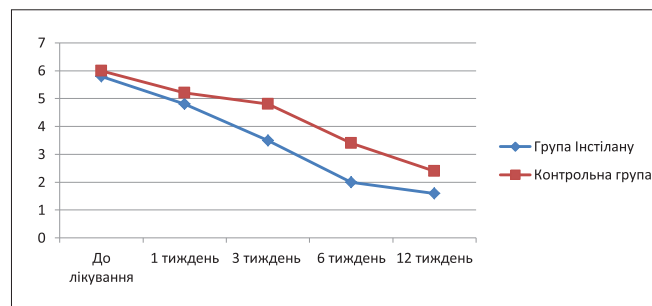
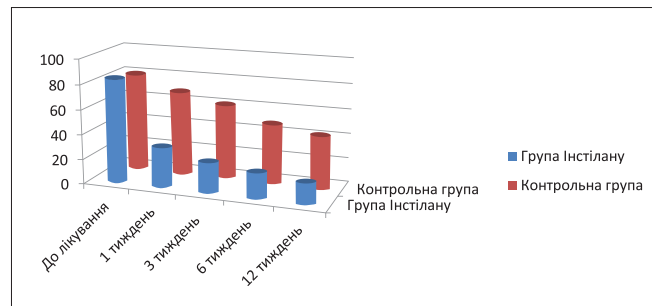


Рис. 2. Середня частота ноктурії у досліджуваних групах



Протягом останніх років активно вивчається застосування терапії, що сприяє відновленню ГАГ-шару.

Найбільш вивченими глікозаміногліканами є гіалуронова кислота, хондроїтинсульфати, дерматансульфати, кера-тансульфати та гепарансульфати, які входять до складу шкіри, сухожиль, хрящів суглобів, забезпечуючи механіч-ну міцність та пружність органів, елас-тичність їх сполучень [12].

Зокрема, гіалуронова кислота — це глікозаміноглікан, який за хімічною природою є нерозгалуженим ланцю-гом із повторюваних дисахаридних компонентів (рис. 1). При рН 7,0 кар-боксильні групи гіалуронової кислоти повністю іонізовані, несуть негатив-ний заряд і, взаємодіючи з молекула-ми води, утворюють желеподібний матрикс [12].

Назву «гіалуронова кислота» вперше було запропоновано в 1934 році К. Meyer та J.W. Palmer, які виділили цю речовину зі склоподібного тіла ока. Назва походить від грецького hyalos — «склоподібний» та «уронова кислота» [11].

Доведено, що глюкозамін, хондрої-тин і гіалуронова кислота мають проти-запальний та аналгетичний ефекти, бі-ополімер водовмісний з іонами срібла чинить антибактеріальну, а сама гіалу-ронова кислота — дерматопротекторну дію.

Застосування гіалуронової кислоти в медицині

Враховуючи те, що гіалуронова кис-лота входить до складу багатьох тканин (шкіри, хрящів, склоподібного тіла ока), її застосовують при захворюван-нях, що пов’язані з цими тканинами: в офтальмології (лікування катаракти) [5], ортопедії (остеоартрит, остеохон-дроз, спондиліоз, періартрит) [4], кос-метології та косметичній хірургії (у виг-ляді внутрішньошкірних ін’єкцій) [6], стоматології (лікування гінгівіту), пуль-монології (лікування астми) [7], уроло-гії (лікування циститу, міхурово-сечо-відного рефлюксу) [8-10].

Клінічні дослідження застосування внутрішньоміхурових введень гіалуро-нової кислоти [22] представлено в та-блиці 1.

З метою оцінки ефективності внутрішньоміхурового застосування 50 мл/80 мг гіалуронату натрію (Інсті-лан, «Юрія-Фарм») в лікуванні запаль-них змін нижніх сечовивідних шляхів авторами було організовано досліджен-ня, яке проводилося на базі відділення реконструктивної та відновної онкоу-рології Національного інституту раку протягом березня-червня 2015 р. У до-слідженні взяли участь 37 хворих, 18 із яких отримали 80 мг гіалуронату нат-рію (Інстілан) внутрішньоміхурово. До контрольної групи увійшли 19 хво-рих, що отримували базову антибакте-ріальну та протизапальну терапію. Три-валість спостереження становила 3 міс. Перший візит збігався з днем початку лікування, а оцінка ефективності тера-пії здійснювалася під час наступних ві-зитів (2-8).

Внутрішньоміхурове введення Інсті-лану (50 мл 0,16% розчину гіалуронату натрію) проводили згідно з інструкцією 1 раз на тиждень протягом 4-6 тижнів із подальшим введенням 1 раз на місяць. Інстиляцію виконували через уретраль-ний катетер в амбулаторних умовах із дотриманням правил асептики.

У дослідженні оцінювали динаміку клінічних симптомів: скарг на часте, болісне сечовипускання, ургентних позивів до сечовипускання, ноктурії;

показників урофлоуметрії, об’єму за-лишкової сечі, якості життя.

У дослідженні взяли участь 20 (54%) чоловіків і 17 (46%) жінок, середній вік яких становив 42,5 року. У групі дослід-ження зареєстровано найбільшу кіль-кість хворих із раком сечового міхура — 43% (табл. 2).

Було проведено розподіл пацієнтів за патологічними станами, що отрима-ли внутрішньоміхурово Інстілан. З приводу променевого циститу 6 хво-рих отримали 6 щотижневих внутріш-ньоміхурових введень, 9 пацієнтам бу-ло призначено одноразове введення Інстілану після видалення уретральної резекції (ТУР) стінки сечового міхура; 3 хворих отримали 4 щотижневі вве-дення з приводу інтерстиціального циститу (табл. 3).

Середня частота сечовипускання за добу у хворих, що отримали Інстілан, знизилася з 12,4 до 7,8 раза порівняно з контрольною групою: з 12,8 до 10,4 мікції за добу протягом 3 міс дослід-ження. Найбільш виражене зменшення дизуричних проявів відбулося протя-гом 1-6-го тижнів лікування (табл. 4).

Зокрема, 9 хворих, що отримали од-норазове введення Інстілану після ви-далення уретального катетера, повідо-мили про значне зниження частоти ур-гентних покликів з 10,2 до 4,8 раза по-рівняно з контрольною групою: з 9,8 до 6,6 мікції протягом першого тижня піс-ля інстиляцій.

До 12 тижнів дослідження частота ноктурії у хворих після внутрішньомі-хурових введень Інстілану зменшилася на 72,4% (з 5,8 до 1,6 раза) порівняно з контрольною групою хворих — на 60% (з 6 до 2,4) (рис. 2).

За даними показників урофлоуметрії, максимальна та середня швидкість сечовипускання в обох групах дослід-ження суттєво не відрізнялася, проте середній об’єм сечовипускання в кон-трольній групі хворих збільшився на 88 мл, у групі хворих, що отримувала Інстілан, — на 138 мл. Також у групі Інстілану об’єм мікцій різко збільшив-ся протягом перших 3 тижнів лікуван-ня (табл. 5).

Враховуючи дані дослідження, се-редній об’єм залишкової сечі до 12 тижнів спостереження в обох гру-пах зменшився: до 16 мл — у досліджу-ваній групі хворих, до 42 мл — в кон-трольній. Особливо слід зазначити, що в групі хворих, що отримали Інсті-лан, середній об’єм залишкової сечі після першого тижня лікування зни-зився із 84 до 32 мл (більше ніж у 2,5 рази) порівняно з контрольною гру-пою — з 80 до 68 мл (рис. 3).

Через 3 тижні дослідження 16 (83%) хворих, що отримували лікування Інс-тіланом, оцінили якість свого життя задовільно (індекс якості життя L=2) порівняно з контрольною групою (ін-декс якості життя L=4), яка в свій більшості не досягла задовільних по-казників до закінчення спостереження (рис. 4).

Таким чином, внутрішньоміхурове застосування гіалуронату натрію (Інсті-лан) є ефективним методом лікування різних форм хронічного циститу в ран-ньому післяопераційному періоді після трансуретральної резекції стінки сечо-вого міхура, що досягається за рахунок зменшення явищ дизурії, частоти нок-турії, об’єму залишкової сечі, збільшен-ня об’єму сечовипускання та в кінцево-му результаті забезпечує значне підви-щення якості життя хворих.

Список літератури знаходиться в редакції.



ЗМІСТ

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Лейкемоидная реакция и аутокринный рост рака мочевого пузыря, индуцированный паранеопластической продукцией гранулоцитарного колониестимулирующего фактора, – потенциальный неопластический маркер: клинический случай и обзор литературы

А.К. Loknath Kumar, М. Teeka Satyan, J. Holzbeierlein и др. 8-9

Жидкая биопсия опухоли: за пределами классической гистологии

А.А. Ковалев. 32-34

УРОЛОГІЯ

Лейкемоидная реакция и аутокринный рост рака мочевого пузыря, индуцированный паранеопластической продукцией гранулоцитарного колониестимулирующего фактора, — потенциальный неопластический маркер: клинический случай и обзор литературы

Паранеопластическая лейкемоидная реакция — одна из разновидностей паранеопластического синдрома, которая проявляется увеличением количества лейкоцитов в крови преимущественно за счет нейтрофилов. Согласно отдельным сообщениям гранулоцитарный колониестимулирующий фактор (Г-КСФ), секретируемый негемопоэтическими злокачественными клетками, может индуцировать возникновение лейкемоидной реакции путем чрезмерной стимуляции продукции лейкоцитов [1-3]. Уротелиальная карцинома мочевого пузыря редко ассоциируется с лейкемоидной реакцией. В частности, за последние 30 лет было зарегистрировано всего 30 подобных случаев. В некоторых из этих наблюдений исследователи пытались изучить роль Г-КСФ [1, 3-7]. Согласно полученным ранее данным опухоли мочевого пузыря в 9,2% случаев ассоциируются с высоким уровнем Г-КСФ [8]. Кроме того, была продемонстрирована способность клеток рака мочевого пузыря экспрессировать Г-КСФ и функциональные рецепторы к Г-КСФ (Г-КСФР) [9]. Исследования *in vitro* показали, что Г-КСФ/Г-КСФР обладают высокой аффинностью, и этот биологический механизм повышает темпы пролиферации в клетках рака мочевого пузыря [1, 9-11]. Указанный аутокринный механизм роста может быть связан с агрессивным ростом опухоли и неблагоприятными клиническими исходами заболевания [1, 12].

Клинический случай

39-летней некурящей представительнице европеоидной расы с гипертонией, сахарным диабетом 2 типа, диабетической ретинопатией и нейропатией был поставлен диагноз мышечно-инвазивной низкодифференцированной уротелиальной карциномы с плоскоклеточной и железистой дифференцировкой, а также очагами некроза, обнаруженными в результате исследования образца опухоли, полученного в ходе трансуретральной резекции новообразования мочевого пузыря, выполненной за 4 мес до поступления пациентки в нашу клинику. За три недели до поступления в клинику у больной отмечалась макрогематурия, ежедневное повышение температуры тела до субфебрильного уровня, ночная потливость и увеличение массы тела на 32 кг. Согласно результатам физикального обследования температура тела больной достигала 39°C, частота пульса — 110 уд/мин, частота дыхания — 20 в минуту, а артериальное давление — 150/83 мм рт. ст. Среди полученных результатов обследования заслуживали внимания только данные, указывающие на прогрессирование анasarки. В процессе лабораторных исследований было выявлено увеличение количества лейкоцитов и абсолютного числа нейтрофилов (АЧН; пиковая концентрация лейкоцитов 57,8 тыс./мкл, АЧН 43,24 тыс./мкл), показателя щелочной фосфатазы лейкоцитов (до 295), скорости оседания эритроцитов (СОЭ) >140 мм/ч, С-реактивного белка (СРБ) до 29,5 мг/дл и титра антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) до 320. Суточная потеря белка с мочой (14,65 г/сут) и концентрация креатинина в сыворотке крови (3,27 мг/дл) свидетельствовали о наличии у больной нефротического синдрома (табл. 1 и рис. 1).

При поступлении в клинику в культуре мочи пациентки был обнаружен *Aegococcus urogenitalis* (>100 тыс.), в связи с чем она получила курс лечения цефтриаксоном. Несмотря на отсутствие возбудителя в образцах крови и мочи, при повторном обследовании у больной сохранялся повышенный уровень лейкоцитов в крови. Результаты исследования ревматического фактора, антител к двухцепочечной ДНК, антиядерных антител (анти-SS-A, анти-SS-B), антител к базальной мембране клубочков, миелопероксидазе, протеиназе 3, АНЦА, перинуклеарных АНЦА, а также диагностической панели для выявления гепатитов и ВИЧ-инфекции были отрицательными. Показатели электрофореза сывороточных белков, содержание креатинфосфокиназы, иммуноглобулина (согласно количественному анализу), уровни комплемента и результаты рентгенографии грудной клетки также были в пределах нормы. Таким образом, симптомы и признаки заболевания в сочетании с лабораторными находками исключали возможность наличия у больной патологии инфекционной, аутоиммунной и ревматической этиологии. В свою очередь сканирование костей и позитронно-эмиссионная томография свидетельствовали об отсутствии

у пациентки метастазов (рис. 2), тогда как компьютерная томография (КТ) выявила большое узловое образование в мочевом пузыре (рис. 3). Лихорадка и ночная потливость были связаны со злокачественным характером новообразования, а увеличение массы тела/анasarка — с наличием у больной нефротического синдрома.

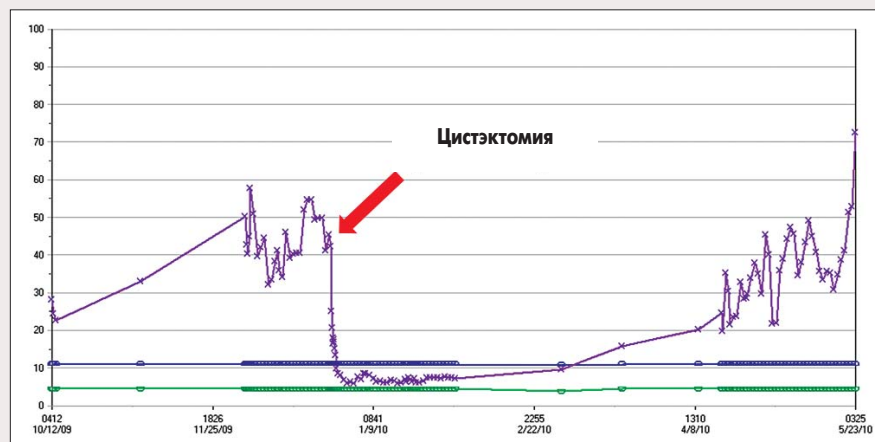


Рис. 1. Графическое представление динамики количества лейкоцитов в крови до и после цистэктомии (указано стрелкой)

Ось абсцисс отражает время наблюдения, а ось ординат — количество лейкоцитов (тыс./мкл) в крови пациентки. Зеленые и синие линии показан нормальный диапазон содержания лейкоцитов в крови. Розовая линия отражает динамику содержания лейкоцитов в крови больной в ходе наблюдения.

После стабилизации состояния пациентка подверглась радикальной цистэктомии с формированием илеального кондута для деривации мочи, двусторонней тазовой лимфодиссекции, гистерэктомии с двусторонней сальпинго-офорэктомией. Сразу после удаления опухоли мочевого пузыря симптомы заболевания и лабораторные показатели значительно улучшились. В частности, лихорадка и ночная потливость были полностью устранены. Количество лейкоцитов составило 6,8 тыс./мкл, АЧН — 5,05 тыс./мкл, СОЭ — 45 мм/ч, СРБ — 6,89 мг/дл, АНЦА <80, суточная экскреция белка с мочой снизилась до 5,25 г, концентрация креатинина в сыворотке — до 1,30 мг/дл (табл.).

Гистологическое исследование выявило низкодифференцированный переходо-клеточный рак с инвазией в стенку мочевого пузыря и миометрий нижнего сегмента матки в сочетании с сосудистой инвазией без метастазов, соответствующий стадии pT4a, N0, M0 (рис. 4). Кроме того, с целью дальнейшей оценки

І.О. Дудар, д.м.н., професор, ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ; Б.І. Паламар, Е.К. Красюк, А.С. Петрова, Київський міський науково-практичний центр нефрології та діалізу

Поширеність хронічної хвороби нирок ВД стадії у світі та в Україні

Поширеність і захворюваність на хронічну хворобу нирок (ХХН) є важливою проблемою охорони здоров'я як в Україні, так і в усьому світі. Прогресуючий перебіг ХХН супроводжується розвитком термінальної (V стадії) хвороби, яка потребує лікування методами ниркової замісної терапії (НЗТ).

Пацієнти, які лікуються діалітичними методами (гемо- та перитонеальним діалізом), кваліфікуються як хворі на ХХН ВД стадії. Чисельність популяції хворих, які отримують лікування методами НЗТ, зростає швидше, ніж чисельність населення світу загалом [1]. Так, протягом останніх 10 років кількість хворих у світі, які перебувають на діалізі, збільшилася на 70%. Кількість пацієнтів, які лікуються НЗТ, коливається від 40 (Китай) до 1940 (Японія) і в середньому становить 125-700 на 1 млн населення, щороку збільшуючись на 7% (табл. 1) [2].

Понад 500 млн осіб у світі (кожен десятий дорослий) мають ураження нирок. Щороку мільйони хворих помирають від первинних гострих серцевих нападів, які є наслідком невизначеної раніше патології нирок. Крім того, протягом останнього десятиріччя спостерігається значне збільшення поширеності хвороб нирок, особливо нефропатій, зумовлених цукровим діабетом (ЦД) 1 та 2 типів, гіпертензивною, ішемічною, паранеопластичною нефропатіями, нефропатіями невідомої етіології тощо. На сьогодні у світі відсутні принципово нові досягнення щодо попередження розвитку хронічних ниркових захворювань або альтернативних НЗТ методів лікування [3]. Темпи збільшення кількості пацієнтів з ХХН ВД стадії не залежать від прогнозів та економічної ситуації в державі. Очікується, що кожні 7-10 років кількість хворих на ХХН ВД стадії зростатиме удвічі.

Причинами, що призводять до збільшення чисельності популяції хворих, які лікуються за допомогою методів НЗТ, є такі: глобальне постаріння населення, поширеність ЦД та гіпертонії, поліморбідність популяції, впровадження НЗТ в країнах, де нещодавно ці види лікування були недоступними, майже відсутність протипоказань до застосування методів НЗТ [4].

Так, у 2000 р. чисельність світової популяції діалітичних хворих наблизилася до 900 тис. [3],

а у 2001 р. понад 1 млн пацієнтів проводилося лікування методами НЗТ. Наприкінці 2004 р. вже близько 1 млн 783 тис. пацієнтів перебували на НЗТ: 1 млн 371 тис. (77%) — на лікуванні діалізом, а 412 тис. (23%) жили з функціонуючим трансплантатом [2]. Наприкінці 2013 р. кількість хворих, які перебували на НЗТ, становила 3 млн 200 тис., з них 2 млн 522 тис. отримували лікування гемодіалізом (ГД) і перитонеальним діалізом (ПД), а 678 тис. осіб живуть із нирковим трансплантатом [5]. Таким чином, тільки з 2000 по 2013 р. кількість хворих, які перебувають на діалізі, збільшилася у 2,8 раза (рис. 1).

Кількість хворих, які лікуються методами НЗТ, є найбільшою у трьох основних географічних регіонах: США, Європейському

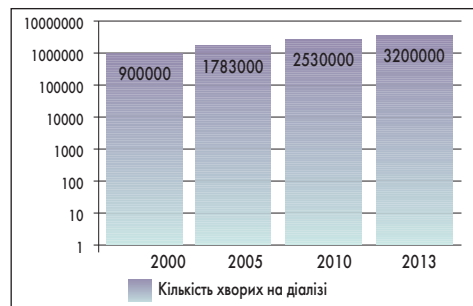


Рис. 1. Динаміка кількості хворих на ХХН ВД стадії у звіті за 2000-2013 рр.

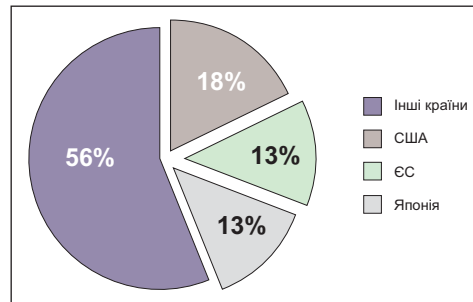


Рис. 2. Розподіл хворих, які отримують лікування НЗТ, за географічними регіонами

Союзу (ЄС) та Японії. У цих регіонах лікуються понад 44% усієї популяції пацієнтів (рис. 2).

Понад 50% усіх пацієнтів, які перебувають на діалізі, лікуються в таких п'ятих країнах: США, Китай, Японія, Бразилія та Мексика, але і в цих країнах поширеність діалізу різна (табл. 2). В інших 10 країнах лікуються ще 23% від усіх хворих діалітичною популяції (тобто країни 6-15 у таблиці 2). Решта 25% діалітичних пацієнтів лікуються приблизно в 135 різних країнах, які охоплюють 43% світового населення (тобто країни 16-150 у таблиці 2).

Аналізуються також і темпи приросту чисельності діалітичної популяції в різних країнах світу. У США, Японії та ЄС у період 2012-2013 рр. темпи приросту кількості хворих, які лікуються діалізом, перебували в діапазоні 1-4% і були значно меншими, ніж темпи приросту в таких регіонах, як Азія, Латинська Америка, Близький Схід і Африка. Ця відмінність може пояснюватися демографічними відмінностями, задовільним станом надання НЗТ до 2012 р. у США, Японії та ЄС і розширенням доступу до методів діалітичної терапії в країнах, що розвиваються (табл. 3).

Перелічені вище показники приросту кількості хворих, які лікуються діалізом, за регіонами, чітко простежуються під час аналізу показників за період 2000-2013 рр. (рис. 3).

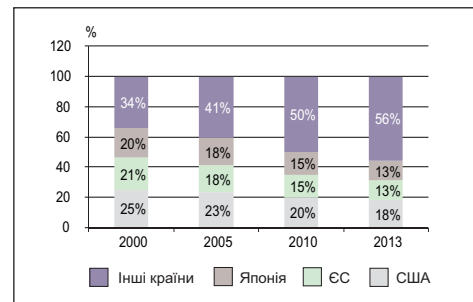


Рис. 3. Відносний розподіл діалітичних пацієнтів за географічними регіонами у 2000-2013 рр.

Аналіз розподілу хворих за модальностями НЗТ свідчить, що ГД був та залишається найбільш поширеним методом НЗТ у багатьох країнах. Так, згідно з даними за 2013 р. ГД був призначений 2 млн 250 тис. пацієнтів, що становить 89% від усіх діалітичних хворих, а ПД — 272 тис. пацієнтів (11%).

Аналіз даних 15 країн з найбільшою діалітичною популяцією демонструє, що коефіцієнт розподілу хворих на ГД та ПД є різним. У таких країнах, як Таїланд і Мексика, ПД застосовували досить часто (20-60%), а у США, Японії, Німеччині, Єгипті та багатьох інших країнах переважають хворі, які отримують лікування ГД (рис. 4).

Розподіл хворих, які лікуються гемодіалізом, наведено на рисунку 5, а хворих, які отримують лікування ПД, —

Таблиця 7. Динаміка кількості хворих, які лікуються методом НЗТ у м. Києві з 2012 по 2015 р.

Методи НЗТ	2012 р.	2015 р.	Приріст (%)
Загальна кількість хворих, які отримують лікування ГД	217	406	+87
Загальна кількість хворих, які отримують лікування ПД	125	127	+1,6
Діалізні хворі, всього	342	536	+56,7
Кількість діалізних хворих на 1 млн населення	123	191	+55

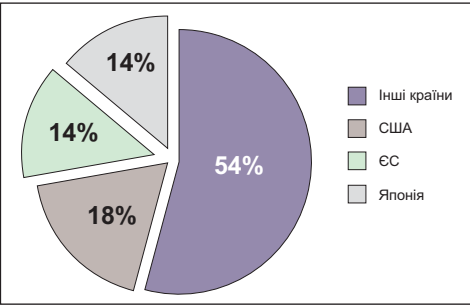


Рис. 5. Розподіл хворих, які лікувалися ГД у 2013 р. у різних країнах (n=2250000)

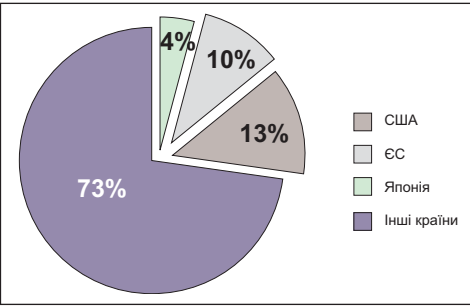


Рис. 6. Розподіл хворих, які лікувалися ПД у 2013 р. у різних країнах (n=272000)

з недіабетичним ураженням нирок у середньому на 20-25 років, з діабетичним — на 12-15 років. Середній вік пацієнтів, які лікуються діалізом, у Європі становить 64 роки, при цьому до 20% хворих мають вік понад 75 років. На жаль, в Україні подібних «довгожителів» — одиниці, а середній вік пацієнтів, які отримують лікування за допомогою діалізних технологій, становить лише 42 роки. Більше того, для українських громадян цей вид медичної допомоги все ще є малодоступним [7].

Кількість хворих, які потребують спеціалізованої нефрологічної допомоги, в Україні щорічно зростає; так, щороку на 1 млн населення реєструють 250 пацієнтів з ХХН V стадії. Слід зазначити, що за даними річного реєстру ERA-EDTA за 2012 р., Україна за кількістю хворих, які лікувалися діалізом, має найгірше положення серед 30 країн, що входять до реєстру [8, 9].

В Україні захворюваність на ХХН у 2007 р. становила 49 267 випадків (106,0 на 100 тис. населення), у тому числі у 1031 пацієнта (2,2 на 100 тис. населення) вперше виявлено хворобу в термінальній стадії. Забезпеченість НЗТ становила 8,4 на 100 тис. населення, тобто значна частина хворих із V стадією ХХН не отримувала НЗТ [10].

Дані щодо забезпеченості населення України НЗТ загалом та за окремими її видами у 2009 та 2014 рр. наведено в таблиці 6.

При розрахунку на 1 млн населення бачимо, що кількість діалізних пацієнтів становить лише 147 на 1 млн населення, тоді як у середньому в розвинених країнах світу цей показник досягає 355 на 1 млн населення (табл. 2). Безумовно, є багато країн світу (до 90 з населенням 186 млн), у яких методи НЗТ залишаються недоступними. У нашій країні залишається нерівномірним забезпечення методами НЗТ за адміністративними територіями. Так, у Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Сумській, Херсонській, Чернівецькій областях цей показник на 10-50% менший, ніж загалом по країні впродовж усіх років спостереження. Наприклад, у Херсонській області рівень забезпеченості становить 10,1 на 100 тис. населення, у Івано-Франківській — до 27,8 на 100 тис. населення.

Аналіз за модальностями діалізу також свідчить про коливання в забезпеченості населення лікуванням як ГД, так і ПД. Так, забезпеченість ГД становить від 8,4 на 100 тис. населення у Херсонській області та 24,6 на 100 тис. населення у м. Івано-Франківську. Простежуються суттєві коливання і рівня забезпеченості населення ПД: від 0,3 на 100 тис. населення у Волинській області до 4,5 на 100 тис. у м. Києві [11].

Кількість діалізних хворих на 1 млн населення у м. Києві з 2012 по 2015 р. збільшилася на 55%. Динаміку кількості хворих, які отримують лікування діалізними методами загалом та методами діалізу (ГД і ПД) у м. Києві з 2012 р. по 2015 р., подано в таблиці 7.

Аналіз надання медичної допомоги хворим на ХХН V стадії у м. Києві за модальностями діалізу засвідчив, що у 2012 р. на лікуванні діалізними методами перебували 342 пацієнти, з них 217 на гемодіалізі, 125 — на перитонеальному діалізі. Тобто лікування за допомогою методу ГД проводилося 63%, ПД — 37% хворих.

Порівняно з 2012 р. у 2015 р. кількість хворих, які лікувалися ГД, збільшилася на 87%, а кількість хворих, які отримували лікування ПД, — на 1,6%. У 2012 р. в Україні було зареєстровано 840 пацієнтів із функціонуючим нирковим трансплантатом. У структурі НЗТ їх частка становила 12,6%. У 2008 р. таких пацієнтів було 595, тобто на 41,2% менше, що становило 12,8% серед хворих, які лікувалися НЗТ. Найбільше зареєстровано осіб віком 18-44 роки — 67,1%.

и секрете ПЖ. Кроме того, при наличии воспаления и гипоксии активность доксициклина в отношении *S. trachomatis* повышается, а азитромицина наоборот — снижается, что служит дополнительным аргументом в пользу применения Юнидокса Солютаб при ХП. Применение джозамицина и доксициклина обладает целым рядом преимуществ перед изолированным использованием фторхинолонов у пациентов с СХТБ: позволяет воздействовать на более широкий спектр возбудителей, оказывает противовоспалительный эффект и отличается минимальным риском развития побочных эффектов при 4-недельном применении.

Темой выступления **профессора кафедры хирургии и урологии Буковинского государственного медицинского университета (г. Черновцы), доктора медицинских наук Валерия Ивановича Зайцева** стали аспекты применения



α_1 -АБ в лечении пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). По словам Валерия Зайцева, представители данной группы препаратов оказывают разностороннее положительное влияние на органы мочевой системы: уменьшают тонус гладких мышц шейки мочевого пузыря и детрузора, уменьшают выраженность эректильной дисфункции (ЭД) при СНМП, а также снижают тонус гладких мышц пузырно-мочеточникового сегмента. Профессор отметил, что благодаря детализации механизма действия α_1 -АБ область применения этих лекарственных средств в последние годы была значительно расширена. Так, в настоящее время α_1 -АБ с успехом применяются не только при СНМП/ДГПЖ, но и при ХП, СХТБ, ЭД на фоне СНМП, камнях мочеточника/почечной колике, а также в составе комбинированной терапии заболеваний мочевой системы.

Впервые о роли адrenoцепторов в патогенезе нарушений мочеиспускания сообщил М. Caine в 1977 г. В связи с этим одной из основных областей применения разработанных впоследствии α_1 -АБ стало лечение дизурических расстройств, возникших на фоне СНМП и ДГПЖ. Накопленные к настоящему времени данные подтверждают высокую эффективность указанных препаратов в лечении фокусной группы пациентов, позволяющих уменьшить выраженность симптомов по шкале IPSS (Международная система суммарной оценки симптомов при заболеваниях ПЖ) на 20–40% и увеличить максимальную скорость потока мочи на 10–30%. При этом одним из наиболее широко используемых в урологической практике α_1 -АБ является тамсулозин, представленный на рынке Украины в виде оригинального препарата Омник®. Валерий Зайцев отметил, что появление α_1 -АБ дало возможность сместить акцент в выборе тактики лечения пациентов с ДГПЖ в пользу применения консервативной терапии. В частности, согласно результатам крупных исследований в настоящее время в лечении до 23,8% пациентов с данной патологией применяется тактика наблюдения, большинство больных (73,5%) получают медикаментозную терапию и всего 2,7% пациентов подлежат оперативному лечению.

Крупномасштабное исследование по изучению эффективности и безопасности долгосрочного применения консервативной терапии в лечении пациентов с ДГПЖ (S. Madersbacher et al., 2007) продемонстрировало, что монотерапия α_1 -АБ была наиболее эффективна в отношении уменьшения выраженности симптомов заболевания по шкале IPSS и увеличения максимальной скорости потока мочи. Схожие результаты были получены в исследовании TRIUMPH — тамсулозин, назначаемый в режиме монотерапии при СНМП/ДГПЖ, превосходил по эффективности финастерид и препараты на растительной основе в отношении уменьшения выраженности симптомов по шкале IPSS. При этом он сохранял свою эффективность на протяжении 6 лет наблюдения, препятствовал снижению качества жизни больных и развитию осложнений заболевания (острой задержки мочи, необходимости хирургического лечения).

Далее выступающий перешел к рассмотрению возможностей использования α_1 -АБ у пациентов с ХП, отметив, что результаты анализа распространенности такого состояния, как гиперактивный мочевой пузырь (ГМП), указывают на наличие потенциальной взаимосвязи данного заболевания с ХП. В частности, возникновение дизурических расстройств при ХП объясняется развитием функциональной инфравезикальной обструкции (ИВО), являющейся одним из элементов детрузорно-сфинктерной диссинергии (ДСД) и выражающейся

в сужении простатической части уретры и увеличении внутрипузырного давления при мочеиспускании. В настоящее время выделяют несколько типов ДСД: первый характеризуется одновременным увеличением тонуса детрузора и шейки мочевого пузыря, которое приводит к резкому падению давления в уретре при максимальном напряжении детрузора, второй — повышенным тонусом сфинктера, чередующимся с периодами релаксации при мочеиспускании, третий — постоянно повышенным тонусом сфинктера. При этом независимо от типа ДСД наблюдается чрезмерная активация мышц промежности. Кроме того, функциональная ИВО при ХП отличается рядом особенностей: трудно диагностируется (только при углубленном обследовании с применением уродинамического исследования и исследования «давление-поток»), не всегда соответствует жалобам больного, не имеет четкой связи с наличием бактериальных возбудителей и размерами ПЖ, но коррелирует с болевыми ощущениями. Помимо этого, некоторые данные указывают на то, что функциональная ИВО может приводить к возникновению интрапростатического рефлюкса и играть важную роль в патогенезе и хронизации воспалительного процесса, а также ЭД. Валерий Зайцев подчеркнул, что в настоящее время отсутствуют убедительные данные о наличии взаимосвязи между ХП и ЭД, однако большинство исследований подтверждают ассоциацию между ЭД и дизурическими расстройствами. В частности, крупномасштабные наблюдения показывают, что у пациентов с дизурией риск формирования ЭД увеличивается в 2,1 раза. Накопленные данные свидетельствуют о том, что дизурические расстройства и ЭД являются возрастзависимыми состояниями с общей патофизиологической основой (нарушения в работе симпатической нервной системы, психологические факторы), уточнение механизмов развития которых требует проведения дополнительных исследований.

Перейдя к вопросам терапии ХП, профессор указал на то, что согласно последней редакции рекомендаций ЕАУ в лечении пациентов с ХП, ассоциированным с наличием инфекционного агента, могут использоваться не только антибиотики (фторхинолоны или тетрациклины), но и α_1 -АБ. В лечении пациентов с СХТБ помимо α_1 -АБ и антибиотиков могут применяться НПВП, опиоиды, фитопрепараты, пентосан полисульфат, миорелаксанты, методы физио- и психотерапии. После этого докладчик остановился на результатах отдельных исследований,

Погляд на проблему вибору базового антибіотика при лікуванні уrogenітального хламідіозу

Запальні ураження сечостатевої системи людини, які зумовлені *Chlamydia trachomatis*, залишаються актуальною проблемою вітчизняної сфери охорони здоров'я в галузі збереження сексуального та репродуктивного здоров'я населення [1-3]. Так, уже досить давно доведено роль саме *Chlamydia trachomatis* як етіологічного чинника виникнення запальних уражень як нижніх (уретрити, цервіцити, цистити та вульвовагініти), так і верхніх відділів сечостатевої системи (епідіміїт, орхіт, ураження органів малого таза у жінок), що призводять до тяжких порушень репродуктивної функції людини [5-7]. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) хламідійну інфекцію віднесено до інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), які підлягають лікуванню як у пацієнта, так і у його сексуальних партнерів навіть за відсутності будь-яких клінічних проявів захворювання [4].

Основою етіотропної терапії уражень сечостатевої системи хламідійної етіології є застосування ефективних антибактеріальних препаратів у адекватному режимі лікування — під час вибору дози та тривалості прийому препарату слід враховувати особливості розвитку збудника в організмі людини [8]. ВООЗ визначено основні вимоги до антибактеріальних препаратів для лікування ІПСШ (ефективність не менше 95%, доступна вартість, хороша переносимість і низька токсичність, можливість одноразового застосування, наявність форми випуску для внутрішнього прийому, показань до застосування під час вагітності, а також повільний розвиток резистентності мікроорганізмів до засобів терапії), які, у свою чергу, покладено в основу європейських стандартів лікування ІПСШ [9]. Отже, встановлено основні принципи ведення пацієнта з хламідійною інфекцією сечостатевої системи в практиці лікаря: при виявленні інфікування *Chlamydia trachomatis* пацієнту та його статевому партнеру (партнерам) необхідне призначення етіотропної терапії — антибіотика, який є ефективним щодо цього збудника, безпечним з мінімальними побічними ефектами, зручним у застосуванні та доступним.

І Антибіотик має бути призначений в адекватній дозі та на відповідний термін. Інформацію щодо переліку антибіотиків, які ефективні стосовно *Chlamydia trachomatis*, щодо їх доз та курсів лікування практикуючий лікар може отримати з кількох джерел. Насамперед це клінічні протоколи та клінічні рекомендації, які засновані на стратегії доказової медицини [9].

Антибіотикотерапія хламідійної інфекції сечостатевої системи — про що йдеться у клінічних протоколах та рекомендаціях?

Тактика лікування ІПСШ, і зокрема хламідійної інфекції, у практичній діяльності лікаря, що надає медичну допомогу населенню, в Україні регламентується відповідними клінічними протоколами та стандартами, затвердженими МОЗ України [10, 11]. Здавалося б, усе регламентовано та визначено. Але якщо уважно розглянути положення, викладені в методиках і стандартах діагностики та лікування ІПСШ і захворювань шкіри, затверджених чинним наказом МОЗ України від 7 червня 2004 р. № 286 [10], стає зрозумілим, що ця інформація не дає практичних рекомендацій щодо

вибору базового антибіотика для терапії хламідійної інфекції в окремого пацієнта в конкретних умовах. Адже в цьому регламентуючому документі хоч і представлено перелік антибіотиків та режими їх призначення при хламідійних ураженнях сечостатевої системи різних локалізацій, чітких рекомендацій щодо вибору препарату він не містить. У клінічному протоколі надання медичної допомоги хворим на сечостатевий хламідіоз, затвердженому наказом МОЗ України від 8 травня 2009 р. № 312 [11], практичної інформації щодо вибору базового антибіотика для лікаря ще менше — представлено лише перелік груп антибактеріальних препаратів для лікування сечостатевого хламідіозу: тетрацикліни (доксидикліну гідрохлорид, доксицикліну моногідрат), макроліди (азитроміцин, кларитроміцин, джозаміцин) та фторхінолони (офлоксацин, ципрофлоксацин), і встановлено загальну тривалість їх призначення (10 діб, а у разі стаціонарного лікування ускладнених форм захворювання — 14-20 діб) [11].

Такий підхід, коли клінічні протоколи, затверджені наказом МОЗ України, регламентують лише перелік груп антибактеріальних препаратів для лікування окремих ІПСШ та тривалість терапії, має свої позитивні риси й недоліки.

Так, відсутність чітко прописаних схем терапії дає лікарю можливість застосовувати індивідуалізований підхід до лікування кожного конкретного пацієнта, надає так званий «простір для маневру» під час вибору базового антибактеріального препарату. Водночас ці клінічні протоколи навряд чи можна застосовувати як інструкцію у підборі максимально адекватної антибактеріальної терапії.

Дещо більш інформативними з погляду допомоги практикуючому лікарю у виборі базового антибіотика для лікування уrogenітального хламідіозу є клінічні рекомендації. Зокрема, це зумовлено тим, що в клінічних рекомендаціях визначається перелік як антибіотиків вибору, так і альтернативних препаратів, а також чіткі схеми їх призначення. Клінічні рекомендації постійно оновлюються з урахуванням останніх досягнень медичної науки на засадах доказової медицини. Існує велика кількість клінічних рекомендацій щодо діагностики та лікування ІПСШ, у тому числі хламідійної інфекції, різних авторитетних

міжнародних організацій — ВООЗ [12], Центру з контролю та профілактики захворювань (CDC) 2010 і 2015 рр. [13, 23], Міжнародного союзу з боротьби з ІПСШ (IUSTI) 2015 р. [14] та інших, а також національних клінічних рекомендацій, зокрема канадських [15].

Зважаючи на те, що у світі постійно проводяться дослідження ефективності різноманітних антибіотиків та схем їх призначення при хламідійній інфекції уrogenітального тракту, є сенс орієнтуватися на останні чинні на сьогодні рекомендації щодо лікування зазначеної ІПСШ. З цього погляду найбільш актуальними нині є Європейські рекомендації з ведення хворих з інфекціями, викликаними *Chlamydia trachomatis* (IUSTI, 2015) [14], рекомендації з лікування захворювань, що передаються статевим шляхом CDC (2010 та 2015 рр.) [13, 23]. Питання антибіотикотерапії розглядаються також у формі загальних підходів до лікування негонококових уретритів, тому в цих рекомендаціях чітких даних щодо призначення антибактеріальної терапії власне при хламідійних ураженнях сечостатевої системи немає [23].

І У згаданих клінічних рекомендаціях наведено низку антибіотиків різних груп та схем їх призначення при уrogenітальному хламідіозі, водночас до препаратів першої лінії віднесено лише два:

- доксициклін 100 мг всередину 2 рази на добу протягом 7 днів;
- азитроміцин 1,0 г всередину одномоментно.

До альтернативних препаратів (препаратів другої лінії) віднесено еритроміцин, офлоксацин і левофлоксацин.

Цікавим є той факт, що в американських (CDC) і канадських рекомендаціях джозаміцин взагалі не згадується, а в європейському керівництві він є препаратом третьої лінії (у тому числі у вагітних). Отже, якщо орієнтуватися на клінічні рекомендації, то вибір базового антибіотика для лікування хламідійного ураження сечостатевої системи звужився до двох препаратів — доксицикліну і азитроміцину. За наявності у практикуючого лікаря особистого досвіду призначення своїм пацієнтам усіх перерахованих препаратів при хламідійній інфекції у нього мала б сформуватися власна думка щодо їх основних характеристик: ефективності, безпечності, зручності застосування тощо. Відповідно, вибір



за результатами досліджень А (заснова- на на клінічних дослідженнях хорошої якості, за своєю тематикою безпосередньо застосовних до цієї специфічної рекомендації, що включають щонайменше одне РКД) [18]. Але на практиці це дуже ускладнено з таких причин.

1. РКД (особливо багатоцентрові з великою кількістю спостережень) ефективності окремих лікарських засобів проводяться рідко через значну трудомісткість та високу вартість.

2. Наявність кількох таких досліджень із вивчення різних препаратів для лікування одного захворювання з однаковими результатами оцінки їх ефективності вже не дає можливості визначення пріоритетності між досліджуваними препаратами в практичній роботі лікаря. Класичним прикладом такої ситуації у випадку проведення антибіотикотерапії уrogenітального хламідіозу є широковідомий метааналіз низки (12 РКД за період з 1975 р. до серпня 2001 р.) клінічних контрольованих досліджень, присвячених порівнянню ефективності та безпечності доксицикліну 0,1 г 2 рази на добу протягом 7 днів і азитроміцину 1 г одноразово у чоловіків та невагітних жінок, який показав їх рівнозначні ефективність і безпечність щодо виникнення побічних ефектів [19].

3. Має суттєве значення територія, на якій проводилося таке РКД (адже на різних територіях можуть бути поширені різні штами збудника), критерії включення/виключення випадків, які аналізувалися (клінічні форми, ускладнення перебігу тощо) та багато інших чинників.

4. Окрім цього, постійне відстеження й аналіз останніх результатів клінічних досліджень ефективності того чи іншого антибіотика при хламідійному ураженні сечостатевої системи практикуючим лікарем, який особисто не проводить власних наукових досліджень із цієї проблематики, у сучасних українських реаліях є сумнівним хоча б через брак часу та вільного доступу до відповідних публікацій.

Водночас як у вітчизняних, так і в зарубіжних фахових виданнях публікується велика кількість результатів окремих досліджень ефективності тих чи інших антибіотиків у лікуванні різних клінічних форм хламідійної уrogenітальної інфекції на відносно невеликій кількості спостережень формату порівняльного дослідження, кореляційного аналізу або дослідження за типом «випадок-контроль». Звичайно, сліпо дотримуватися наведених рекомендацій у всіх випадках призначення базового антибіотика пацієнту із сечостатевим хламідіозом не завжди доречно, але в той же час досвід і напрацювання науковців практикуючому лікарю необхідно використовувати під час вибору найбільш адекватного лікування в кожному конкретному випадку. На мою думку, найбільш раціональним є орієнтуватися на вищенаведені рекомендації ВООЗ щодо вибору антибіотика для лікування ІПСШ з використанням оприлюдненого досвіду науковців, які фахово займаються вивченням зазначеного питання. Так, нижче викладено власний погляд на підхід до підбору базового антибіотика для лікування хламідійного ураження нижніх відділів сечостатевої системи у пацієнта в практиці українського лікаря на основі доступної науково-практичної інформації в інформаційному просторі країни.

Підхід до вибору базового антибіотика при лікуванні уrogenітального хламідіозу в практиці лікаря

Отже, при призначенні терапії конкретному пацієнту з явищами запально-го ураження сечостатевої системи, у якого під час лабораторного обстеження виявлено Chlamydia trachomatis, перед лікарем постає питання вибору між двома рекомендованими препаратами першої лінії в таких дозах: доксициклін 100 мг всередину 2 рази на добу протягом 7 днів або азитроміцин 1,0 г всередину одномоментно.



Серед вимог ВООЗ до антибактеріальних препаратів для лікування ІПСШ основними є вимоги щодо ефективності та безпечності: ефективність не менше 95% та хороша переносимість і низька токсичність [20, 21].

Усі інші критерії мають більше значення з погляду громадського здоров'я загалом і при призначенні лікування конкретному пацієнту є умовними і значною мірою залежать від пацієнта (зокрема, його платоспроможності). Так, доступна вартість, пероральний та одномоментний прийом препарату формують комплаєнс (прихильність пацієнта до лікування) і значною мірою залежать як від особистісних характеристик пацієнта, так і від якості проведеного консультування лікарем при призначенні терапії. Такий критерій, як повільний розвиток резистентності Chlamydia trachomatis до засобів терапії, є одним із провідних і тісно пов'язаний з ознакою ефективності, адже при лікуванні резистентного до антибіотика штаму збудника ефективність буде вкрай низькою. Саме фактори відсутності резистентності збудника (або цього штаму збудника) до обраного антибіотика та високий комплаєнс є основою високої ефективності лікування [21].

Загалом комплаєнс є показником, який відображає ступінь прихильності хворого до медикаментозної терапії (дотримання кратності та режиму прийому препарату). Існують різні методи розрахунку рівня комплаєнсу пацієнта при лікуванні того чи іншого захворювання. Так, питання вироблення високого рівня при

С.І. Сміян, д.м.н., професор; М.В. Франчук, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Ефективність Канефрону Н у комплексному лікуванні субклінічної подагричної нефропатії

Зі стійким підвищенням рівня сечової кислоти в крові ризик розвитку хронічної ниркової недостатності (ХНН) зростає у 3-10 разів. Відомо, що білкові фракції тісно корелюють з рівнем сечової кислоти, і саме тому мікроальбумінурія (МА) та мікроглобулінурія (МГ) є предикторами ураження нирок.

Актуальність проблеми

Подагрична нефропатія (ПН) як наслідок нефролітіазу – відкладання кристалів сечової кислоти (СК) в нирковій паренхімі – досить часто призводить до розвитку ХНН у пацієнтів цієї когорти. Крім того, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), що використовують для симптоматичного лікування больового синдрому у пацієнтів з подагрою, мають нефротоксичну дію і можуть призвести до розвитку гострого тубулярного некрозу, гострого інтерстиціального нефриту, протеїнурії, артеріальної гіпертензії та гіперкаліємії [7, 14]. Поширеність ураження нирок у пацієнтів з подагрою коливається від 30 до 70% [11, 25]. Патогенез ПН пов'язаний із гіперпродукцією СК і дисбалансом між процесами каналцевої секреції та реабсорбції. Але на сьогодні немає чіткої думки щодо того, чи є гіперурикемія (ГУ) маркером ниркової дисфункції, чи фактором ризику розвитку ураження нирок. Існування таких спірних теорій стосовно впливу СК на розвиток хронічної хвороби нирок (ХХН) зумовлено, зокрема, складністю виявлення ПН на ранній стадії, яка протягом тривалого часу перебігає субклінічно [2, 27].

Гіперпродукція СК і зниження її екскреції призводять до розвитку ГУ. Зі стійким підвищенням рівня СК в крові ризик розвитку ХНН зростає у 3-10 разів. У кожного четвертого пацієнта ХНН є ускладненням подагри [2, 5, 6, 23]. Встановлено тісний взаємозв'язок між ГУ й ураженням нирок [30, 31]. Також ГУ може впливати на гемодинаміку в кортикальному шарі нирок у результаті вазоконстрикції та збільшити експресію реніну. Додатковим механізмом ураження нирок є вплив СК на формування ендотеліальної дисфункції внаслідок збільшення рівня моноцитарного хемоатрактантного білка (MCP-1) в гладком'язових волокнах судин і клітинах проксимальних ниркових каналців. MCP-1 визнаний основним хемокіном, який бере участь у патогенезі атеросклеротичного ураження і ХХН [17].

Відомо, що білкові фракції тісно корелюють з рівнем СК, і саме тому порушення ниркової гемодинаміки призводить до змін метаболізму СК, а ГУ викликає дисфункцію ендотелію та МА [1]. Якщо в сечі виявляють альбуміни та більш високомолекулярні білки, діагностується ураження клубочків. Канальцевий тип порушень характеризується наявністю в сечі низькомолекулярних білків – мікроглобулінів (β_2 -, α_1 -глобулінів і ретинолзв'язуючого білка), що проявляється МГ. При змішаному типі ураження в сечі виявляють як низько-, так і високомолекулярні білки. МА та МГ є предикторами ураження нирок [15, 16, 20, 21, 28].

Отже, важливим завданням сучасної ревматології є рання діагностика, профілактика й адекватне своєчасне лікування уражень нирок, що значно впливають на якість та тривалість життя хворих із подагрою.

На сьогодні накопичено великий досвід використання рослинного препарату Канефрон® Н («Біонорика СЕ», Німеччина), до складу якого входять стандартизовані за складом біологічно активних речовин компоненти лікарських рослин – трави золототисячника (*Centaureum sp.*), кореня любистку (*Levisticum officinale*) і листя розмарину (*Rosmarinus officinalis L.*) [20]. Препарат має сечогінну [4, 13], спазмолітичну [4, 32], протизапальну [12, 24, 29], антибактеріальну [8, 9, 18] та нефропротекторну дію, яка полягає у зменшенні виділення білка при протеїнурії [19], а також гіпоурикемічні

властивості [3]. Проведені клінічні дослідження підтверджують позитивний вплив Канефрону Н у хворих з інфекцією сечовидільних шляхів [19, 22, 26], діабетичною нефропатією [20] та артеріальною гіпертензією [3]. Крім того, препарат виявив здатність підсилювати виділення СК з організму, що перешкоджає випаданню в сечовивідних шляхах кристалів, збільшенню наявних каменів і формуванню нових. Також було зазначено, що препарат має здатність нормалізувати кислотність сечі та підтримувати рН у межах 6,2-6,4, що також запобігає утворенню уратних каменів. Незважаючи на перелічені властивості, на сьогодні мало наукових досліджень щодо лікувального потенціалу цього фітопрепарату у дорослих пацієнтів з ПН, а наявний науковий досвід стосується лікування дітей із дисметаболічними нефропатіями або дорослих з гіперурикемічними захворюваннями без урахування маркерів ураження нирок. Тому метою нашої роботи стало дослідження можливості лікування подагри і профілактики ПН із застосуванням препарату Канефрон® Н у комплексній терапії.

Матеріали та методи

Для реалізації мети було обстежено 50 хворих на подагру, які проходили стаціонарне лікування в ревматологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня». Усі пацієнти ніколи не отримували профілактичного лікування ПН і не мали її в структурі діагнозу. Додатково до основних лабораторних та інструментальних методів обстеження у хворих визначали рівень мікроальбумінів та мікроглобулінів у ранковій порції сечі за допомогою імуноферментного методу. Мікропротеїнурія (МП) – будь-який прояв МА, МГ або їх поєднання. Із нефропротекторною метою ми обрали комбінований фітопрепарат – Канефрон® Н. Залежно від обраної схеми лікування всі хворі були розподілені на 2 групи. Пацієнти основної групи (n=25) отримували стандартну гіпоурикемічну терапію алопуринолом (300 мг/добу), НПЗП та Канефроном Н у стандартному дозуванні по 2 таблетки 3 рази на добу протягом 6 тижнів, а в групі порівняння (n=25) хворим були призначені лише алопуринол (300 мг/добу) та НПЗП.

Критеріями включення в дослідження були встановлений діагноз подагричного артрити та вік пацієнтів 18-65 років. У дослідження не включали осіб, які мали вади розвитку сечовидільної системи, індивідуальну непереносимість компонентів Канефрону Н, ХХН/ниркову недостатність. Увагу приділяли визначенню індексу маси тіла (ІМТ), концентрації СК плазми крові й сечі, креатиніну, сечовини, швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), рівню МА та МГ, ультразвуковому дослідженню нирок і рентгенологічному обстеженню суглобів. Динамічне спостереження проводили протягом 6 тижнів лікування, після чого повторно визначали рівні мікроальбумінів, мікроглобулінів у сечі та рівні СК в плазмі крові й сечі.

Усі розрахунки здійснювалися на персональному комп'ютері за допомогою пакета статистичних програм Statistica з вирахуванням середньої величини та її стандартної похибки (середньої) ($M \pm m$). Оцінку достовірності проводили за допомогою критерію Манна-Уїтні за показником R. Різницю показників

Создание урологической школы Донбасса

К 85-летию юбилею ДонНМУ им. М. Горького

Продолжение. Начало на стр. 18.

Второй конференции урологов в Белоруссии («Ургентная аденомэктомия», Минск), Первой конференции урологов Казахстана (г. Алма-Ата, 1974), пленуме Всесоюзного общества урологов («Неотложная аденомэктомия», г. Чимкент, 1976), на Третьем съезде урологов Украинской ССР («О неотложной помощи больным аденомой простаты с острой задержкой мочи», г. Днепропетровск, 1980).

В результате работы коллектива клиники уменьшилось количество гнойно-септических осложнений, сократились сроки пребывания больного на стационарном лечении. Неотложная аденомэктомия стала наиболее эффективным методом лечения больных ДГПЖ с острой задержкой мочи, вследствие чего на станциях скорой помощи в Донецкой области было рекомендовано организовать урологические бригады, а на базе городских и межрайонных урологических отделений — круглосуточную ургентную урологическую службу.

В 1988 году клиническим ординатором Маджибуром Рахманом (гражданином Бангладеш) в клинике выполнена и

урологии и урологических отделениях области изменило качество жизни и судьбу пациентов. Опыт чреспузырной аденомэктомии до 2010 г. насчитывал 6523 случая, что частично было отражено в упомянутых выше диссертационных исследованиях П.С. Серняка (1962), А.Ф. Каракуца (1984) и Маджибура Рахмана (1988), а также многочисленных статьях и докладах на конференциях международного, всесоюзного, республиканского и областного уровней.

Накопленный за долгие годы работы опыт лечения заболеваний предстательной железы позволил мне и моим соавторам опубликовать в 1984 году монографию «Заболевания предстательной железы». В книге подробно описаны анатомо-физиологические аспекты предстательной железы, ее морфология, эндокринная связь с другими органами, заболевания простаты. (За разработку и внедрение в медицинскую практику методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний предстательной железы авторам книги была присуждена Государственная премия Украинской ССР. — Прим. авт.).

позволивший сократить время формирования везикуретрального анастомоза и уменьшить общую кровопотерю во время простатэктомии. Итоги и успехи этого сложного процесса были отражены в специализированной периодической печати, материалах конференций, а также в диссертационном исследовании С.Н. Шамраева «Модификация позадилобковой простатэктомии» (1999).

Данное оперативное вмешательство имеет ряд преимуществ перед чреспузырной аденомэктомией:

- дает возможность визуального контроля гемостаза и электрокоагуляции сосудов ложа удаленных гиперпластических узлов;

- не производится цистотомия и, следовательно, исключается ятрогенное повреждение детрузора мочевого пузыря;

- за счет формирования уретероцистоанастомоза восстанавливается анатомия везикуретрального сегмента.

При формировании везикуретрального анастомоза наступает адаптация раневых поверхностей, ликвидируется ложе аденоматозных узлов предстательной железы, устраняется опасность развития послеоперационных кровотечений и контакта инфицированной (в большинстве случаев) мочи с окружающими тканями. Это обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода и позволяет сократить сроки медицинской и социальной реабилитации больных, перенесших позадилобковую простатэктомию. Данный метод был усовершенствован и в настоящее время широко применяется урологами Донецкой области.

Стремительное развитие в 80-90-х гг. медицинских технологий во всем мире повлекло за собой необходимость совершенствования отечественной медицины, в том числе оснащение современным оборудованием клиники урологии для оказания пациентам урологической помощи на более высоком уровне. Как это происходило?

— В 1989 году клиника урологии приобрела современный диагностический аппарат — урофлоуметр, а также технику для эндоурологических операций. Это позволило перейти на качественно новый, европейский уровень диагностики и лечения ДГПЖ и изменить характер применяемых хирургических вмешательств при ДГПЖ, опухолях мочевого пузыря и др. заболеваниях. В этот период в клинике начал разрабатываться новый метод оперативного лечения ДГПЖ — трансуретральная резекция простаты (ТУРП) (рис. 3).

Согласно материалам III Международного консультативного комитета по ДГПЖ, Американской и Европейской урологических ассоциаций больным, нуждающимся в хирургическом лечении по поводу данного заболевания, в 63,7-78% случаев проводят ТУРП, и только в 15-18% — аденомэктомию.

Следует подчеркнуть, что ТУРП — одна из самых сложных и ювелирных операций в урологии. Она требует хорошего знания эндоскопической анатомии и навыков инструментальных манипуляций. Совершенствование техники и накопление опыта позволяют расширить показания для ТУРП при ДГПЖ.

ТУРП является хирургической операцией, позволяющей высокоэффективно устранить инфравезикальную обструкцию у больных ДГПЖ при минимальном риске возникновения интраоперационных осложнений, что выражается в сокращении длительности пребывания больного в стационаре, уменьшении времени операции и послеоперационного дренирования мочевыводящих путей, а также снижении риска возникновения гнойно-септических осложнений и импотенции.

Во всем мире ТУРП является золотым стандартом в лечении ДГПЖ. С открытием в 2001 году кафедры урологии факультета последипломного образования Дон

Обзор рекомендаций KDIGO 2013

Продолжение. Начало на стр. 26.

замедляет темпы прогрессирования повреждения почек при ВН. Кумулятивная вероятность 50% снижения СКФ или формирования тХПН через 10 лет достигала 38% в группе больных, получавших гидроксихлорохин, и 70% — среди пациентов, которым он не был назначен (p<0,0001). Больные, получающие гидроксихлорохин, должны ежегодно обследоваться у окулиста на наличие токсического повреждения сетчатки, особенно если длительность приема препарата составляет более 5 лет.

12.7: Класс VI ВН (склерозирующий ВН)

12.7.1: Мы рекомендуем назначать кортикостероиды и иммуносупрессанты пациентам с ВН класса VI только при наличии показаний со стороны внепочечных проявлений СКВ (2D).

Предпосылки

При ВН класса VI как минимум 90% почечных клубочков подвержены склерозированию, обычно тотальному, регистрируется распространенный интерстициальный фиброз и атрофия почечных канальцев, без признаков иммунологической активности. Материал, полученный в ходе биопсии, должен быть достаточно репрезентативным для того, чтобы можно было оценить состояние всей почечной ткани. Ведущими клиническими проявлениями ВН класса VI являются тяжелое нарушение функции почек, обычно сочетающееся с протеинурией и иногда гематурией.

Обоснование

- ВН класса VI является отражением хронического повреждения почек с утратой функционирующей почечной паренхимы, без наличия активного иммуноопосредованного повреждения. В связи с этим в данной когорте больных проведение иммуносупрессии не показано.
- Несмотря на отсутствие активного ВН, могут сохраняться внепочечные проявления СКВ, требующие назначения иммуносупрессантов.
- Как и при ХБП любой этиологии, пациентам показано назначение антипротеинурических и антигипертензивных препаратов для сохранения остаточной функции почек и максимального удлинения периода до развития тХПН.

12.8: Рецидивы ВН

- 12.8.1: Мы предлагаем использовать в лечении рецидивов ВН, возникших после полной или частичной ремиссии, ту же схему инициальной и последующей за ней поддерживающей терапии, которая была эффективна для достижения первоначальной ремиссии (2B).
- 12.8.1.1: Если возобновление ранее проводимой терапии ассоциируется с риском для пациента в отношении накопления высокой кумулятивной дозы циклофосамида, мы предлагаем использовать режим терапии без циклофосамида (режим D, табл. 2) (2B).
- 12.8.2: Если при рецидиве ВН возникают подозрения, что гистологический класс ВН изменился, или существует неясность в вопросе зависимости повышения уровня СКр и/или нарастания протеинурии от характера изменений в почках (активные или хронические), следует рассмотреть возможность проведения повторной нефробиопсии.

Обоснование

- Для ВН характерно рецидивирующее течение.
 - Рецидивы ассоциируются с формированием ХБП.
 - Гистологические изменения при ВН могут варьировать при обострении. При этом характер этих изменений не может быть спрогнозирован на основании имеющихся клинических данных.
- В РКИ почечные рецидивы с медианой срока возникновения 41 мес развивались у 40% пациентов с ВН, достигших полной ремиссии. Среди тех, кто достиг частичной ремиссии, частота обострений составляла 63% (медиана появления рецидива после ремиссии — 11,5 мес).
- Важную роль играет своевременность обнаружения и лечения рецидивов, поскольку с каждым очередным обострением нарастает выраженность хронического повреждения почек, которое может привести к формированию ХБП, а в итоге и тХПН. Это подтверждается результатами повторных нефробиопсий, демонстрирующих нарастание индекса хронических изменений даже после успешного лечения.
- Кроме того, при ВН может происходить спонтанная межклассовая трансформация заболевания. Чаше всего отмечается трансформация класса III в класс IV ВН. Недавнее ретроспективное исследование показало, что клинически значимая трансформация чаще характеризуется переходом непролиферативного класса ВН в пролиферативный, чем наоборот. Нарастание протеинурии до нефротического уровня и появление активного мочевого осадка может указывать на изменение класса ВН, однако верификация диагноза невозможна без проведения нефробиопсии.

К клиническим критериям, на которых основывается диагностика почечного рецидива, относятся изменения характера мочевого осадка, выраженности протеинурии и динамики уровня СКр по сравнению с исходным показателем у каждого конкретного пациента. В настоящее время единого мнения относительно определения почечного рецидива нет. Критерии, использованные в опубликованных исследованиях, представлены в таблице 3. Снижение уровня компонентов комплемента и повышение титров антител к двуспиральной ДНК в сыворотке также свидетельствуют в пользу наличия рецидива, но наблюдаются не всегда.

Рекомендации по проведению клинических исследований

- Проведение повторных биопсий во время почечного рецидива необходимо для того, чтобы определить, будет ли эффективна модификация терапии, базирующаяся на результатах изучения биоптатов.

12.9: Лечение рефрактерных форм заболевания

- 12.9.1: При нарастании уровня СКр и/или выраженности протеинурии после завершения одного из рекомендованных режимов инициальной терапии целесообразно проводить повторную нефробиопсию для того, чтобы дифференцировать активный ВН и сморщивание почек.
- 12.9.2: Лечение больных, у которых выявлено нарастание уровня СКр и/или выраженности протеинурии и сохраняется активность ВН, необходимо проводить в соответствии с альтернативным режимом инициальной терапии.
- 12.9.3: Пациентам, которые не ответили более чем на один режим инициальной терапии, мы предлагаем назначать ритуксимаб, в/

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укріплення»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«УРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ»

86683

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день

Лабораторная диагностика

Добавляет
ценность диагнозу



СИНЭВО
медическая лаборатория

ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ

О.В. Рыкова, руководитель клинического направления лабораторной диагностики
медицинской лаборатории «Синэво»

Европейское руководство по ведению баланопостита 2013 года: аспекты лабораторной диагностики

Актуальность вопросов диагностики и лечения баланопостита остается высокой, несмотря на успехи современной дерматовенерологии и урологии. По данным различных авторов, 10-15% обращений в клиники дерматовенерологического и урологического профиля связаны с данной патологией.

В 2013 г. вышло в свет обновленное руководство по ведению баланопостита — European guideline for the management of balanoposthitis. Данное руководство акцентирует внимание врачей на высокой распространенности, наличии разнообразных этиологических причин, определяет объем диагностических тестов и лечебных режимов для обеспечения эффективного ведения пациентов с баланопоститом и предназначено для специалистов в области дерматологии, урологии и андрологии. На сегодняшний день с полным текстом данного руководства можно ознакомиться на сайте International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI). Учитывая, что лабораторная диагностика является одной из основных составляющих в постановке этиологического диагноза, в статье представлена информация о современных диагностических тестах, которые рекомендованы данным руководством.

Определение и этиология

Баланопостит — воспаление внутреннего листка крайней плоти полового члена (посит), которое чаще всего развивается на фоне баланита (воспаления головки полового члена). Это одно из самых распространенных воспалительных заболеваний у мужчин. Причины развития баланопостита весьма разнообразны, и в руководстве выделены три основные их группы.

- Инфекционные причины: Candida albicans, Streptococcus, анаэробы, Staphylococcus, Trichomonas vaginalis, Herpes simplex virus, Human papillomavirus, Mycoplasma genitalium.

