



24-25 ТРАВНЯ

**УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ,
НЕФРОЛОГІЯ —
ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ,
ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

«УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ – ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ»: Матеріали ювілейної науково-практичної конференції / Під ред. В.М.Лісового, І.М.Антоняна та ін. – Харків, 2018. - 360 с.

У збірнику всебічно висвітлені питання найбільш поширених захворювань сечовидільної та статевих системи. У тематичних розділах представлені статті та тези, присвячені найбільш актуальним проблемам онкологічної, геріатричної та педіатричної урології; представлені досягнення візуальної та лабораторної діагностики, досвід хірургів-урологів і лікарів-репродуктологів. Особливу увагу приділено актуальним проблемам нефрологи, трансплантації та діалізу.

Матеріали представляють науковий і практичний інтерес для урологів, андрологів, гінекологів, нефрологів, трансплантологів, хірургів, сексопатологів, сімейних лікарів і лікарів-інтернів.

Редакційна колегія: В.М. Лісовий, І.М. Антонян, Н.М.Андон'єва, Д.В.Щукін, І.А.Гарагатий, А.В.Аркатов, В.І. Савенков, Г.Г.Хареба, І.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.О.Торак

Редакція не відповідає за зміст статей, які представлені авторами.

УДК 616-616.6

випадку перспективними видаються наступні підходи для боротьби з резистентністю: захист АБ від руйнування ферментами бактерій, застосування інших антибіотиків даної групи та використання активних комбінацій антибіотиків. Велику справу відіграє проведення цілеспрямованої АБ – терапії. За цим не слід забувати щодо перспектив синтезу нових АБ даного класу та пошуку принципово нових протимікробних засобів.

Висновки. Принципи призначення АБ-терапії у разі ССІ є полягають у здійсненні вибору АБ з урахуванням чутливості виділеного штаму або по передбачуваному збуднику; призначенні препаратів бактерицидної дії; досягнення тривалість курсу не менше 5-7 днів, проведенні неодмінної заміни препаратів у разі відсутності ефекту від терапії (протягом 3-х днів). Важливою залишається пропаганда найменш токсичних препаратів, вибір найбільш оптимальних шляхів введення АБ (внутрішньомязовий, внутрішньовенний) з поправкою на вихідний стан хворого та властивості застосовуваного препарату, застосування пролонгованих циклів терапії (за умов діагностики специфічних інфекцій).

Література.

1. WHO: The top 10 causes of death [Electronic resource] / Fact sheet. Updated January 2017. – Mode of access: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
2. Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств направление политики - региональное издание для Европы и Центральной Азии [Электронный ресурс] / Seattle, WA: IHME. - 2013 - Режим доступа: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/europeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf
3. Lawley T. D. Colonization resistance [Electronic resource] / T. D. Lawley, A. W. Walker // *Immunology*. - 2013. – Vol. 138(1) – P. 1-11. – Mode of access: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2567.2012.03616.x/full>
4. Leffler D. A. Clostridium difficile infection [Electronic resource] / D. A. Leffler, J. T. Lamont // *New England Journal of Medicine*. - 2015. – Vol. 372(16) – P. 1539-1548. – Mode of access: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1403772>
5. Мікробіологія : підручник / В. А. Люта, О. В. Кононов. - К. : Медицина, 2008. – 456 с.
6. Етіотропна терапія гострих кишкових інфекцій у дітей / Л. В. Пипа // *Соврем. педиатрия*. - 2008. - № 3. - С. 89-92.
7. Intestinal permeability – a new target for disease prevention and therapy [Electronic resource] / S. C. Bischoff et al. // *BMC gastroenterology*. - 2014. – Vol. 14(1) – P. 189. – Mode of access: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-014-0189-7>
8. Akbar A. Zinc oxide nanoparticles loaded active packaging, a challenge study against Salmonella typhimurium and Staphylococcus aureus in ready-to-eat poultry meat [Electronic resource] / A. Akbar, A. K. Anal // *Food Control*. - 2014. – Vol. 38, – P. 88 - 95. – Mode of access: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956713513005227>
9. McColl K. E. Helicobacter pylori infection [Electronic resource] / K. E. McColl // *New England Journal of Medicine*. - 2010. – Vol. 362(17) – P. 1597-1604. – Mode of access: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmcp1001110>
10. Diverse and abundant antibiotic resistance genes in Chinese swine farms [Electronic resource] / Y. G. Zhu et al. // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. - 2013. – Vol. 110(9). – P. 3435-3440. – Mode of access: <http://www.pnas.org/content/110/9/3435.full?linkType=FULL&ck=nck&resid=110/9/3435&journalCode=pnas>
11. Vega, N. M., Collective antibiotic resistance: mechanisms and implications [Electronic resource] / N. M. Vega, Gore J. // *Current opinion in microbiology*. - 2014. – Vol. 21. – P. 28-34. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367450/>
12. Fluoroquinolone resistance: mechanisms, impact on bacteria, and role in evolutionary success [Electronic resource] / L. S. Redgrave et al. // *Trends in microbiology*. - 2014. – Vol. 22(8). – P. 438-445. – Mode of access: [http://www.cell.com/trends/microbiology/fulltext/S0966-842X\(14\)00089-4](http://www.cell.com/trends/microbiology/fulltext/S0966-842X(14)00089-4)

ЗНАЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ УРОФЛОУМЕТРИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ УРОЛОГА

Квятковский Е.А.¹, Квятковская Т.А.², Квятковский А.Е.

¹КУ «Днепропетровская ГКБ № 9 ДООС», г. Днепр

²ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепр

Введение. Урофлоуметрия (УФМ) является важным диагностическим методом, позволяющим оценить функциональное состояние нижних мочевых путей. Этот метод обследования включен в клинические протоколы оказания медицинской помощи в Украине при 9 урологических заболеваниях. За рубежом до 73% урологов и до 46% врачей общего профиля во время первичного обследования больных с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) проводят определение скорости мочеиспускания с помощью урофлоуметра [1].

Цель исследования. Выяснение роли УФМ в выявлении индивидуальных особенностей нарушений мочеиспускания у больных с СНМП на амбулаторном приеме уролога, прогнозирование результатов лечения силодозином больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) с СНМП на основании уродинамических

исследований, полученных при УФМ до и после фармакоуродинамического теста (ФУТ) с однократным приемом 8 мг силодозина.

Материал и методы. На базе урологического кабинета клинично-диагностического отделения № 1 КУ «Днепропетровская ГКБ № 9 ДОО» с 2009 г. нами проведено более 7500 УФМ. Урофлоуметрию проводили с использованием урофлоуметра «Поток-К» (Украина, г. Днепр, разработчик А.Е. Квятковский, 2009 г.). Ультразвуковое исследование (УЗИ) с определением объема предстательной железы (ОПЖ), объема остаточной мочи (ООМ) проводили с помощью ультразвукового аппарата HONDA HS-2000 (Япония). С 2015 г. проводился домашний урофлоуметрический мониторинг (ДУМ) с помощью портативного аппарата «Поток-КМ» (разработчик аппарата и его программного обеспечения А.Е. Квятковский, 2014 г.). С проведением ДУМ в течение последних трех лет было обследовано 43 пациента. Домашний урофлоуметрический мониторинг проводили в течение двух дней с ФУТ (приемом 8 мг силодозина) и без него. Урофлоуметры «Поток-К» и «Поток-КМ» позволяют определять 9 уродинамических показателей. Программное обеспечение включает автоматическую оценку состояния уродинамики по номограммам, архивирование и систематизирование проведенных исследований, протоколирование их на нескольких языках по выбору, содержит формулировки заключений с учетом качественной и количественной оценки урофлоуграмм. Поскольку альфа-1-адреноблокатор силодозин позволяет в кратчайшие сроки получить увеличение скоростных показателей потока мочи [2], у 51 пациента с ДГПЖ и 22 пациентов с хроническим простатитом с СНМП был проведен ФУТ с приемом 8 мг силодозина (патент Украины № 122855), УФМ до и после приема силодозина проводили в день обращения. Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия Стьюдента, корреляцию параметров – с использованием критерия Спирмена.

Результаты исследований. Данные УФМ позволили расширить показания к назначению альфа-1-адреноблокаторов в структуре комплексной терапии у 26,6% больных с простатитом, мониторировать результаты медикаментозной терапии при ДГПЖ, простатите, гиперактивном мочевом пузыре и др., в 12% случаев при ДГПЖ и склерозе предстательной железы повлияли на изменение тактики лечения, включая оперативное, в 4-х случаях были использованы для оценки уродинамики нижних мочевых путей при стриктурах уретры для определения степени инвалидности. Ознакомление больных с результатами УФМ является важным фактором понимания больным предлагаемой врачом тактики лечения, в том числе оперативного.

При исследовании урофлоуграмм 51 больного до и после ФУТ с силодозином отмечено достоверное увеличение максимальной (на 30,7%) и средней (на 25,9%) объемной скорости потока мочи при мочеиспускании. Следующий этап исследования заключался в сопоставлении результатов ФУТ с данным УФМ после лечения 24 больных силодозином течение 1 месяца, которые представлены в таблице.

После однократного приема урорека было отмечено достоверное увеличение максимальной (Q_{max}) и средней (Q_{ave}) объемной скорости потока мочи при мочеиспускании на 32,4% и 30,2% соответственно. Выявлено достоверное увеличение урофлоуметрического индекса (UI) на 33,3% и увеличение ускорения потока мочи (UFA) на 86,7%, которое из-за значительной вариабельности данных не было статистически достоверным. После ФУТ наблюдалось достоверное уменьшение почти в 2 раза времени ожидания мочеиспускания (T_{wait}) и на 30,4% уменьшение времени мочеотделения (T_{100}). Наблюдалось уменьшение времени мочеиспускания (TQ) и времени достижения максимальной скорости потока мочи (T_{max}), которое не было статистически достоверным.

Показатели потока мочи при урофлоуметрии у пациентов с ДГПЖ до и после однократного приема 8 мг силодозина (урорека) и после лечения силодозином (урореком) в течение 1 месяца (N = 24)

Этапы исследования	Qave (мл/с)	Qmax (мл/с)	UFA (мл/с ²)	UI	TQ (с)	T ₁₀₀ (с)	Tmax (с)	Twait (с)
До приема урорека	4,67±0,29	7,88±0,59	1,05±0,21	0,54±0,03	34,55±3,63	40,95±3,54	13,18±1,80	5,98±0,99
После однократного приема урорека	6,08±0,41*	10,43±0,74*	1,96±0,50	0,72±0,05*	26,73±2,50	31,40±2,72*	11,05±1,86	2,88±0,88*
После лечения урореком	5,70±0,48**	10,19±0,80**	1,39±0,20	0,69±0,05	28,58±2,77	31,83±2,93**	11,03±1,75	3,22±1,03

Примечание: * - достоверность различия до и после однократного приема урорека ** - достоверность различия до приема урорека и после лечения урореком течение 1 месяца при p < 0,05 по критерию Стьюдента.

После приема силодозина (урорека) в течение 1 месяца показатели УФМ были близкими к таковым после ФУТ (p>0,05). Объем остаточной мочи после ФУТ уменьшился на 26,6%, с 63,50±9,73 мл до 50,17±8,86 мл (p>0,05), после лечения силодозином в течение 1 месяца был аналогичным – 51,79±8,82 мл. Наиболее сильную связь ранговой корреляции среди показателей УФМ при проведении ФУТ и после лечения силодозином обнаружили Qmax (r=0,774) и UI (r=0,756). После лечения у пациентов наблюдали снижение IPSS с 17,7±1,4 до 13,5±1,9 и QoL с 5,3±0,3 до 3,4±0,2.

При анализе результатов ДУМ у всех обследованных больных были установлены «пиковые» часы нарушения уродинамики, в связи с чем определяли оптимальное время приема назначенных препаратов с учетом циркадных изменений мочеиспускания. У 8 больных следствием проведенного мониторинга стал перенос утреннего приема альфа-1-адреноблокаторов на вечернее время. После ФУТ с приемом 8 мг силодозина (урорека) определяли продолжительность его действия и степень улучшения уродинамики. Анализ распределения частоты мочеиспусканий по диапазонам объемов мочеиспусканий позволил у 20 больных своевременно выявить снижение эффективной емкости мочевого пузыря. В 3-х случаях применение ДУМ позволило акцентировать внимание на возможном наличии гиперактивного мочевого пузыря и решении вопроса о дальнейшем проведении цистометрии. Пять пациентов с ДГПЖ после ознакомления с результатами ДУМ, которые продемонстрировали значительное ухудшение уродинамических показателей, согласились с мнением врача о необходимости более активной тактики лечения – оперативного вмешательства. У 8 пациентов с «синдромом белого халата», которые не могли осуществить мочеиспускание в условиях медицинского учреждения, проведение ДУМ позволило выяснить характер нарушения уродинамики и назначить адекватное лечение. Психологический дискомфорт при проведении урофлоуметрии в условиях медицинского учреждения со снижением интенсивности потока мочи по сравнению с обычными условиями отметили 11 пациентов. При проведении ДУМ скоростные показатели потока мочи у них оказались выше, вследствие чего оперативная тактика лечения была изменена на консервативную или был изменен алгоритм медикаментозной терапии.

Выводы. Применение УФМ является примером использования принципов доказательной медицины в работе амбулаторного урологического кабинета. Считаем необходимым внесение урофлоуметра в перечень обязательного оборудования урологического кабинета в Украине. Результаты урофлоуметрии после применения фармакоуродинамического теста с приемом 8 мг силодозина (урорека) у больных с ДГПЖ достоверно не отличаются от

такових после лечения силодозином в течение одного месяца. Фармакоуродинамический тест является высокоинформативным методом прогнозирования ожидаемого результата лечения силодозином. Домашний урофлоуметрический мониторинг позволяет устранить влияние офисного стресса при проведении урофлоуметрии и позволяет выявить скрытые или циркадные нарушения уродинамики. Урофлоуметры «Поток-К» и «Поток-КМ» являются точными и надежными приборами, позволяющими проводить урофлоуметрический мониторинг.

Литература.

1. Duggan P.M. Utilization of preoperative urodynamic investigations by gynecologists who frequently operate for female urinary incontinence / P.M. Duggan, P.D. Wilson, P. Norton et al. // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. – 2003. – V. 14. – P. 282–287.
2. Ухаль М.И. О целесообразности использования высокоселективного α -адреноблокатора силодозина у больных с предшествующей длительной консервативной терапией доброкачественной гиперплазии предстательной железы и в послеоперационный период // Здоровье мужчины. – 2015. – № 3. – С. 128-130.

ВПЛИВ ІМУНОМОДУЛЯТОРНИХ ЗАСОБІВ НА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНІ ПОКАЗНИКИ ТА ЦИТОКІНОВУ ЛАНКУ ІМУНІТЕТУ У ПАЦІЄНТОК З РЕЦИДИВУЮЧИМ ПІСЛОНЕФРИТОМ

Король Л.В.¹, Степанова Н.М.¹, Дряньська В.Є.¹, Мигаль Л.Я.¹, Савченко В.С.¹,
Гайсенюк Ф.З.²

¹Державна установа «Інститут нефрології НАМН України»;
²НМАПО ім. Шупика

Вступ. На сьогодні у лікуванні пацієнтів з рецидивуючим перебігом пієлонефриту (рПН) все частіше використовуються імуномодуляторні лікарські засоби [5, 7, 8]. Серед таких засобів активно застосовуються Нуклеїнат натрію, Галавіт та Протефлазід. Так, Галавіт та Нуклеїнат впливають на підвищення неспецифічного захисту через підсилення фагоцитозу, регуляцію активності моноцитів/макрофагів і продукцію ними прозапальних цитокінів [5, 6]. Протефлазід – це препарат противірусної та імуномодуляторної дії рослинного походження до складу якого входять флавоноїдні глікозиди, який збільшує продукцію ендогенних інтерферонів та неспецифічну резистентність організму до вірусної та бактеріальної інфекції [3, 4].

Мета: дослідити вплив імуномодуляторних лікарських засобів на цитокінову ланку імунітету, інтенсивність оксидативного стресу та активність реноспецифічних лізосомних гідролаз у сечі хворих на рПН.

Матеріали та методи дослідження. У проспективне дослідження включили 68 пацієнток з рПН віком від 20 до 50 років ($33,4 \pm 8,8$ років). Поряд з основним курсом антибактеріального лікування 25 жінкам призначали імуномодуляторний препарат Нуклеїнат натрію (по 0,25 г 4 р/добу, 14 днів), 18 хворим – Галавіт (в/м по 2 мл через добу №10) та 25 пацієнткам призначали Протефлазід, згідно інструкції виробника. Хворі були обстежені до початку призначення препарату та після закінчення лікування.

У сироватці крові пацієнток та умовно-здорових донорів визначали концентрацію інтерлейкінів (ІЛ) -1 β , -4, -8, -10, -17, фактору некрозу пухлин (ФНП- α), трансформівного фактору росту (ТФР- β), інтерферону γ (ІФН- γ) моноцитарного хемотаксичного протеїну-1 (МХП-1) за допомогою імуноферментного аналізатору «SunRise TouchScreen» та тест-систем «Diaclone» (Франція) і «Вектор Бест» (РФ).

Крім того, у сироватці крові пацієнток та умовно-здорових донорів визначали концентрацію малонового діальдегіда (МДА) за реакцією з тіобарбітуровою кислотою, концентрацію церулоплазміну (ЦП) за реакцією з п-фенілендіамін дигідрохлоридом, трансферину за реакцією з залізо-амоній цитратом (ТР). Інтенсивність оксидативного стресу (ОС) оцінювали розраховуючи індекс ОС (ІОС) як співвідношення сумарних змін активності оксидативних процесів до показника антиоксидантної ємності крові [1]. В сечі пацієнток