



Урологія

Нефрологія

Андрологія



№ 3 (20) 2020 р.
12 000 примірників*
Передплатний індекс 86683



Член-кореспондент НАМН України,
доктор медичних наук, професор
Сергій Возіанов

**Сучасні підходи
до лікування
сечокам'яної хвороби**

Читайте на сторінці **8**



Член-кореспондент НАМН України,
доктор медичних наук, професор
Володимир Медведь

**Безсимптомна бактеріурія
та рецидивуючий
цистит у жінок:
що нового?**

Читайте на сторінці **10**



Доктор медичних наук,
професор
Віктор Стусь

**Гіперактивний
сечовий міхур:
сучасні
стандарти діагностики
та лікування**

Читайте на сторінці **27**



Доктор медичних наук,
професор
Дмитро Іванов

**Інфекції сечової системи
у дітей і дорослих:
настанови 2020.
Практичний аспект**

Читайте на сторінці **17**



Подія

**Нобелівська
неделя – 2020**

Читайте на сторінці **34**

Диклоберл®

diclofenac sodium



ДИКЛОФЕНАК № 1 В УКРАЇНІ¹



- ✓ «ЗОЛОТИЙ» СТАНДАРТ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ²
- ✓ СЕРЕДНЯ МАКСИМАЛЬНА КОНЦЕНТРАЦІЯ У ПЛАЗМІ ДОСЯГАЄТЬСЯ ЧЕРЕЗ 20 ХВИЛИН ПІСЛЯ ІН'ЄКЦІЇ^{3*}

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні та протирематичні засоби. Код АТХ M01A B05. **Склад:** Ампули: 1 мл розчину для ін'єкції містить 25 мг диклофенату натрію (1 ампула містить 3 мл розчину для ін'єкції, що дорівнює 75 мг диклофенату натрію); Капсули: 1 капсула тверда пролонгованої дії містить диклофенату натрію 100 мг.

Показання. Диклоберл® N75

Препарат при внутрішньом'язовому введенні призначений для лікування: запальних та дегенеративних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спондиліту, остеоартриту, спондилоартриту, вертебрального більшого синдрому, несуглобового ревматизму, гострих нападів подагри; ниркової та біліарної колики; болі та набряку після травми і операції; тяжких нападів мігрені.

Диклоберл Ретард

Попелення болю та зменшення запалення різного ступеня при різних станах, включаючи: патологію суглобів: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, гострі напади подагри; гострі м'язово-скелетні захворювання, такі як періартрит (наприклад, плечопоясний періартрит), теніт, тендовагіт, бурсит; інші патологічні стани, спричинені травмами, у тому числі переломи, біль у попереку, розтягнення, вивихи, ортопедичні та інші незначні оперативні втручання.

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, пов'язана з попереднім лікуванням нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ). Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізодів діагностованої виразки або кровотечі). Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку пеклооперативних кровотеч, незгорання крові, порушення гемостазу, гемокоагуляційних порушень чи цереброваскулярних кровотеч. Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II–IV). Шемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда та інше.

Спосіб застосування та дози.

Диклоберл® N 75. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування мінімальної ефективної дози протягом найкоротшого терміну, достатнього для контролю симптомів. **Дорослі.** Лікування Диклоберлом® N75 слід здійснювати у вигляді одноразової ін'єкції. У разі необхідності лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального або ректального введення. Загальна доза не повинна перевищувати 150 мг, навіть у день ін'єкції. **Діти.** Диклоберл® N75 у лікарській формі розчину для ін'єкції протипоказаний для застосування дітям.

Диклоберл® ретард. Дозу слід підбирати індивідуально, починаючи з мінімальної ефективної дози, та слід застосовувати впродовж найкоротшого терміну. Рекомендована початкова доза диклофенату для дорослих становить 75–150 мг на добу (1 капсула Диклоберл® ретард 100 мг) залежно від вираженості симптомів захворювання. При тривалій терапії, як правило, достатньо є застосування 1 капсули Диклоберл® ретард 100 мг на добу. Якщо симптоми захворювання найбільш виражені впродовж ночі або вранці, Диклоберл® ретард необхідно застосовувати ввечері. Добова доза препарату не повинна перевищувати 150 мг. Капсули слід ковтати цілими, не розжовуючи, запивати рідиною, бажано під час їди. **Діти.** Диклоберл® ретард 100 мг не рекомендований для застосування дітям.

Побічні реакції. Біль у шлунку, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровообігу (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад шлунку та діарея, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, також незначні шлунково-кишкові кровотечі, диспепсія, метеоризм, виразки шлунка або кишечнику з кровотечею або без неї, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, ексантема, ексіма, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні розлади, депресія, трижовкість, нічні кошмари, безсоння та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженої наказом МОЗ (Диклоберл® N75 № 1562 від 08/07/2020, Диклоберл® ретард 100 мг від 06.03.2020 № 630). Перед застосуванням, будь ласка, уважно ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування, повним переліком побічних реакцій, протипоказань, особливостей застосування препарату.

Виробник. Диклоберл® ретард 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Глінкер Бер 125, 12489 Берлін, Німеччина, № UA/9701/04/01. Диклоберл® N 75: А. Менаріні Мануфактурінг Логістік енд Сервісес С.р.Л. Віа Сете Санті 3, 50131 Флоренція (ФІ), Італія. РІП № UA/9701/01/01.

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою: Представництво «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмБХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044)494-33-89.

1. За результатами розробленого продажу лікарських засобів у грошовому вираженні в АТС-групі M01A B05 «Диклофенак» за січень 2019 – січень 2020 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmExplorer»/«Фармстандарт» компанії «Pharma Research». 2. Pavelka K. A comparison of the therapeutic efficacy of diclofenac in osteoarthritis: a systematic review of randomised controlled trials. Current Medical Research and Opinion. 2012 Jan;28(1):163-78 Jan;28(1):163-78. 3. Інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® N75 № 1562 від 08/07/2020).

* Фармакологічні властивості. UA-DIC-07-2020-V1-Visual. Затверджено 24.07.2020.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Гіперактивний сечовий міхур: сучасні стандарти діагностики та лікування

Останнім часом особливої актуальності набуває оцінка ролі функціонального компонента в розвитку порушень сечовипускання у жінок зі стресовим нетриманням сечі в поєднанні з імперативним, що є проявом гіперактивного сечового міхура. У багатьох жінок віком старше 65 років такі симптоми, як підвищення частоти сечовипускання, ноктурія, імперативні позиви до сечовипускання, утруднене випорожнення сечового міхура, спостерігаються доволі часто. Їх причинами зазвичай вважаються гіперактивність детрузора та зниження тону м'язів тазового дна [1-3]. Не становлячи безпосередньої загрози здоров'ю, синдром гіперактивного сечового міхура вкрай негативно впливає на психологічний стан і значно знижує якість життя сучасної жінки.

Ключові слова: нетримання сечі, гіперактивність детрузора, ноктурія, соліфенацин.

На конгресі Асоціації урологів України, що проходив 10-11 вересня, завідувач кафедри урології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор Віктор Петрович Стусь у своїй доповіді «Гіперактивний сечовий міхур: діагностика та лікування» представив найбільш сучасні дані щодо ведення пацієнтів із синдромом гіперактивного сечового міхура (ГСМ).

Як зазначив доповідач, протягом останніх декількох років нетримання сечі (НС) розглядається як захворювання, що потребує комплексного лікування. Частота НС на пострадянському просторі сягає до 30%, у жінок віком 45-52 років – до 60%. При цьому лише 5% пацієнок звертаються до лікаря (Аполіхіна І.А., 2006). Актуальність даної проблеми пов'язана з тим, що НС значно погіршує якість життя, оскільки зачіпає серйозні його аспекти:

- фізичний стан (обмеження фізичної активності);
- психологічний стан (депресія, зниження самооцінки, страх розвитку НС);
- соціальна активність (обмеження в міжособистісних взаємовідносинах), обмеження мобільності (через потребу у частому відвідуванні вбиральні);
- професійна діяльність (зниження працездатності);
- сексуальні відносини (використання спеціальної нижньої білизни та прокладок, уникнення сексуальних контактів).

Найбільш поширеною причиною виникнення симптому НС є ГСМ. Це синдром, що характеризується наявністю імперативних позивів з/без імперативного НС, зазвичай у поєднанні із почастим сечовипусканням і ноктурією, при доведеній відсутності інфекції або інших явних патологічних змін.

Виділяють такі причини нейрогенної детрузорної гіперактивності:

- ураження на рівні головного мозку: гостре порушення мозкового кровообігу, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, токсичні ураження;
- ураження на рівні спинного мозку: травма спинного мозку, розсіяний склероз, пухлини спинного мозку, спінальний інсульт.

Синдром ГСМ включає низку наступних скарг:

- імперативні позиви (скарги на раптові непереборні, важко стримувані позиви до сечовипускання);
- підвищення частоти сечовипускання (понад вісім сечовипускань на добу);
- ноктурія (сечовипускання в нічний час);
- ургентне НС (унаслідок імперативного позиву).

ГСМ є діагнозом виключення і встановлюється за відсутності будь-яких запальних, обмінних, гормональних або інших очевидних захворювань нижніх сечових шляхів, здатних викликати такі симптоми.

Діагностика синдрому ГСМ ґрунтується на наступному алгоритмі:

- опитування, анкетування пацієнтів з метою виявлення ознак стресового та імперативного НС, заповнення хворим щоденника сечовипускання протягом доби;
- гінекологічний огляд (анатомічне взаєморозташування сечостатевої системи, наявність пролапсу тазових органів, рухливість уретри);
- проведення «кашльової проби» (виявлення підтікання сечі при кашлі та тест елевації шийки сечового міхура);
- консультація гінеколога (виключення гормонозалежних пухлин, інфекції статевих органів);
- визначення залишкової сечі (не більше 100 мл) і об'єму сечового міхура (не менше 300 мл);
- лабораторні дослідження (аналізи сечі та крові, біохімічний аналіз, бактеріурія, RW, коагулограма);
- інструментальні методи (комплексна уродинамічна діагностика, УЗД, цистоскопія, цистограма в положенні стоячи й лежачи);
- ЕКГ, ФЛГ.

Інші захворювання урогенітального тракту можуть також проявлятися синдромом ГСМ, тому необхідно проводити диференціальну діагностику з такими патологіями, як рак сечового міхура, камені сечового міхура, інфекції сечових шляхів, нейрогенний сечовий міхур.

Професор В.П. Стусь зазначив, що, за даними спеціальної літератури, ГСМ у жінок формується на принципово іншому фоні, ніж у чоловіків. На відміну від обструктивного впливу простати в останніх, на формування гіперактивності міхура у жінок впливають насамперед гормональний статус, стан м'язів тазового дна і органів малого таза. Зокрема, відомо, що нижні сечові шляхи є естрогенчутливими. Естрогени впливають на дозрівання клітин епітеліальних структур нижніх сечових шляхів, і їх низький рівень може спричинити зниження диференціювання м'язових клітин міхура, що може викликати порушення їх скоротливості [4-5].

Саме тому лікування ГСМ слід проводити комплексно. **На сучасному етапі існують наступні підходи до терапії цього захворювання:**

- поведінкові методики: відвідування туалету через регламентовані проміжки часу і тренування сечового міхура;
- антимускаринові та спазмолітичні засоби (зниження скоротувальної активності сечового міхура, збільшення його функціональної ємності);
- хірургічні втручання, спрямовані на збільшення ємності сечового міхура;
- встановлення нейростимулятора.

При лікуванні ГСМ використовують загальний принцип: від менш інвазивної терапії до більш інвазивної. Спочатку застосовують поведінкову терапію – зміна способу життя, виключення факторів ризику (паління, ожиріння, надмірне вживання газованих напоїв і таких, що містять кофеїн), фізичні вправи для м'язів тазового дна (для зменшення мимовільного скорочення детрузора і запобігання НС). У разі неефективності цих методик переходять до фармакологічного лікування.

Оскільки стимуляція мускаринових рецепторів – причина детрузорної гіперактивності, основним медикаментозним лікуванням ГСМ є антихолінергічні лікарські засоби. М-холіноблокатори відносяться до препаратів першої лінії терапії ГСМ [6]. Вони є антагоністами мускаринових рецепторів, розташованих на гладких м'язових детрузора, які беруть участь у регуляції тону детрузора парасимпатичними нервовими волокнами.

Дослідження показують, що основна дія антихолінергічних препаратів проявляється під час фази накопичення сечі, коли відсутня активність парасимпатичних волокон, що пригнічує ургентні позиви і покращує накопичувальну здатність сечового міхура [7]. У даний час на практиці використовуються селективні М-холіноблокатори.

Сучасні антимускаринові препарати включають наступні позиції: оксibuтинін, соліфенацин, троспіум, пропіверин. Соліфенацин – це синтетичний препарат, що відноситься до блокаторів М-холінорецепторів і застосовується перорально. Попередні антимускаринові препарати, наприклад оксibuтинін, не є селективними й пов'язані з високим ризиком розвитку таких побічних реакцій, як порушення зору, закріп, сухість у роті та гастроезофагальний рефлюкс. Соліфенацин (комерційна назва **Higicem**) – найбільш селективний представник цієї групи, який є препаратом першої лінії в лікуванні ГСМ із доведеною ефективністю; рівень ІА (Горовий В.І., 2016).

Сильними сторонами препарату Higicem є такі:

- висока уроселективність (**Higicem** – специфічний інгібітор мускаринових рецепторів саме підтипу М3);
- тривалий період напіввиведення – 45-68 год, рівномірна концентрація у плазмі досягається через 10 днів (1 блістер);
- зручне застосування для пацієнта (1 раз на добу);
- ефект не залежить від прийому їжі;



В.П. Стусь

- пропуск прийому таблетки незначно впливає на рівень концентрації препарату у плазмі (можливість гнучкого дозування);
- відмінна переносимість.

Higicem – це сучасний ефективний препарат для лікування ГСМ, що має обмеження за показаннями, такими як глаукома, затримка сечі, тяжкі шлунково-кишкові захворювання, міастенія gravis. При цьому його ефективність підтверджена як у монотерапії, так і у складі комплексного лікування. Клінічне дослідження NEPTUN II дало можливість оцінити рівень безпеки та ефективності тривалої комбінованої терапії препаратами М-холінолітиків та α -адреноблокаторами у чоловіків із симптомами ураження нижніх сечових шляхів. Його результатами підтверджено, що застосування комбінованої терапії соліфенацином і тамсулозином протягом 12 тиж (NEPTUN), як і в дослідженні SATURN, безпечно, ефективно й покращує якість життя пацієнтів із помірними та тяжкими симптомами накопичення і спорожнення сечового міхура порівняно з монотерапією тамсулозином.

N. Masumori et al. (2010) вивчали додатковий ефект соліфенацину дозою 5 мг у чоловіків із доброякісною гіперплазією передміхурової залози та резидуальними симптомами ГСМ після монотерапії тамсулозином у 12-тижневому нерандомізованому дослідженні без групи плацебо. Автори виявили, що симптоми наповнення сечового міхура і якість життя (QoL) пацієнтів значно поліпшувалися після додавання до лікування соліфенацину. У цьому дослідженні також не було відзначено залежності ефективності терапії від дози соліфенацину, а також серйозних побічних явищ, включаючи гостру затримку сечі.

Препарат **Higicem** є ефективним відносно всіх симптомів ГСМ, особливо найбільш неприємних для пацієнта: імперативних позивів та імперативного НС. **Higicem** має низку переваг перед аналогічними препаратами, включаючи хорошу переносимість та одноразовий прийом на добу [8].

При застосуванні **Higicemu** протягом 3 міс відзначають наступні ефекти: збільшення інтервалів між сечовипусканнями; зниження інтенсивності (зникнення) імперативних позивів; зникнення імперативного НС [9].

Натепер фармакотерапія є основним методом лікування ГСМ. Препарат Higicem успішно зарекомендував себе у клінічній практиці як високоселективний М-холіноблокатор із мінімальною кількістю побічних ефектів і з огляду на це може бути препаратом вибору при лікуванні таких хворих.

Література

1. Wagg A.S. et al. Overactive bladder syndrome in older people. BJU Int. 2007. Vol. 99. P. 3.
2. Milsom I., Stewart W., Thuroff J. The prevalence of overactive bladder. Amer. J. Manag. Care. 2000. Vol. 6.
3. Tseng L.-H. et al. The Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Taiwanese Women with Lower Urinary Tract Chang Gung. Med. J. 2006. Vol. 29.
4. Yoshida M. et al. Management detrusor dysfunction in the elderly: changes in acetylcholine and adenosine triphosphate release during aging. Urology. 2004. Vol. 63 (Suppl. 1).
5. Nuotio M. et al. Urgency, urge incontinence and voiding symptoms in men and women aged 70 years and over. BJU Int. 2002. Vol. 89.
6. Пушкар Д.Ю., Шавелева О.Б. Медикаментозное лечение императивных расстройств мочеиспускания. Фарматека. 2002; 10: 9-16.
7. Мазо Е.Б., Иремашвили В.В. Троспия хлорид – четвертый амин для лечения больных с синдромом гиперактивного мочевого пузыря. Consilium medicum. 2004; 6(7): 510-3.
8. Балан В.Е. Особенности применения солифенацина у женщин в климактерии. Consilium medicum. Вып.: Media Medica, 2006. С. 9.
9. Неймарк А.И. и др. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин со стрессовым недержанием мочи. Андрология и генитальная хирургия. 1, 2013.

Підготувала Катерина Пашинська