

Результати. В результаті проведеного дослідження встановлено, що у хворих Іа групи, через 6 місяців після хірургічного лікування, середнє значення показника індексу резистентності значимо відрізнялось від вищезгаданого показника до операції та змінилось з  $0,51 \pm 0,26$  до  $0,691 \pm 0,04$  при вибраному рівні ризику ( $p=0,05$ ). Разом з тим у підгрупі Іб, показник індексу резистентності змінився не значимо з  $0,51 \pm 0,04$  до  $0,53 \pm 0,03$ . Середні значення показника індексу резистентності у пацієнтів ІІ (контрольної) групи за цей самий період відповідно змінилися з  $0,48 \pm 0,03$  до  $0,49 \pm 0,03$ . У період, через 6 місяців після первинного звернення у 11 пацієнтів (23,40%) І групи (підгрупа Іа) спостерігалось статистично значиме зниження ШКФ у порівнянні з початковим значенням з  $98 \pm 0,04$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> до  $78 \pm 0,01$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>

рівень ризику становив ( $p=0,05$ ). У решти пацієнтів через 6 місяців від моменту первинного звернення суттєвих змін ШКФ не спостерігалось (підгрупа Іб). Середні значення ШКФ у хворих ІІ (контрольної) групи змінилось з  $102 \pm 0,02$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> до  $101 \pm 0,05$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> ( $p=0,05$ ).

Висновки. Кореляційний аналіз свідчив, що у Іа підгрупі було отримано сильний обернений кореляційний зв'язок між показниками індексу резистентності та ШКФ: коефіцієнт Пірсона при цьому складав – 0,752.

У пацієнтів із НКР, через 6 місяців після проведеного оперативного лікування, підвищення показника індексу резистентності контралатеральної нирки (не ураженої пухлинним процесом) було статистично значимо та залежало від зниження ШКФ.

## НОКТУРІЯ – МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА ПАТОЛОГІЯ

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, Е.С. Оверченко<sup>1,2</sup>, М.Ю. Поліон<sup>1</sup>, Г.М. Сніцар<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

<sup>2</sup> КНП Кам'янської міської ради «Міська лікарня № 7»

Ноктурія – це стан, який характеризується необхідністю прокинутися  $\geq 1$  раз за ніч, для випорожнення сечового міхура (для сечовипускання). Ноктурія є багатофакторним станом, який може співіснувати з іншими симптомами нижніх сечових шляхів, найбільш розповсюдженим фактором є підвищене сечоутворення у нічний час.

Розповсюдженість: 69% чоловіків та 76% жінок (віком  $\geq 40$  років) у США, Великобританії та Швеції, мають  $\geq 1$  нічного епізоду сечовипускання. Від 4% до 18% жінок віком від 20 до 30 років страждали  $\geq 2$  нічних епізодів сечовипускання, збільшилось до 28–62% у жінок віком 70–80 років. Подібні діапазони були зареєстровані у чоловіків. Частка чоловіків віком від 20 до 30 років, які повідомили про  $\geq 2$  нічних епізодів сечовипускання, склала від 2% до 17%, збільшилась до 29–59% у чоловіків віком від 70 до 80 років.

Класифікація. Необхідно розрізнити наступні терміни, при яких зустрічається ноктурія. Глобальна поліурія, при якій підвищений добовий діурез, а співвідношення нічний/денний діурез збережено (діурез  $> 40$  мл/кг/добу). Ноктурична поліурія – переважання нічного діурезу над денним. Розраховується через ноктуричний індекс,

який не повинен перевищувати 20% у категорії до 60 років, 33% у категорії 60 років та старше.

Причинами ноктурії можуть бути урологічна патологія (доброякісна гіперплазія передміхурової залози, рак сечового міхура, нейрогенний сечовий міхур), ендокринопатії (цукровий діабет, нецукровий діабет, полідіпсія), так і спосіб життя (споживання алкоголю, кофеїн містких напоїв, рідини ввечері), споживання діуретиків у другій половині дня, зсув секреції сечі у бік нічного (ідіопатична ноктурична поліурія).

Була показана кореляція між ноктурією та переломом шийки стегна у пацієнтів віком від 40 до 80 років. Травматизм збільшився у 2,67 разу у пацієнтів із ноктурією  $\geq 2$  (ICS Philadelphia 2018 Population-based analysis of the relationships between falls, fractures and nocturia). Серед близько 3000 опитаних пацієнтів «Що ймовірно порушує ваш сон?», серед інших причин ноктурію відмітили 60% пацієнтів (Middelkoop et al. J Ger Sci Med Sci 1996. Bliwise et al. Sleep Med 2009)

Лікування пацієнтів із нейрогенним сечовим міхуром соліфенацином 10 та 5 мг не показало результатів у відношенні ноктурії (Brubaker et al. Int Urogynecol J. 2007). Лікування ДГПЗ методом ТУР простати у 359 пацієнтів

показало ефективність тільки у 20% випадках (Yoshimura et al. Urology 2003).

Методи діагностики. Окрім збору скарг, анамнезу захворювання та анамнезу життя, одним із найважливіших методів діагностики – щоденник сечовипускання протягом 3 діб, із зазначенням часу та об'єму сечовипускання, випитої рідини, прийому препаратів, часу засинання та пробудження (не включається останнє сечовипускання перед сном, але включається перше сечовипускання після сну), розрахування ноктурічного індексу.

Останнім часом вважається найважливішою причиною ноктурічної поліурії – недостатність продукції вазопресину гіпоталамусом, або мутація гена рецепторів вазопресину у нирках, мутація гена аквапоринів 2-го типу. Недостатність вазопресину викликає зсув діурезу у бік нічного.

Лікування. В усьому світі ноктурічну поліурію лікують за допомогою десмопресину (синтетичний аналог вазопресину) «Ноктіва», який був затверджений агентством FDA. Це назальний спрей, який використовується у дозі 1,66 мкг і 0,83 мкг на добу. Основним побічним ефектом є гіпонатріємія (виникала у пацієнтів більше 65 років та при дозі 1,66 мкг). Європейська асоціація урологів рекомендує споживання десмопресину пацієнтам із ноктурією. Визначати рівень натрія сироватки крові рекомендується перед початком прийому препарату, на 3-й, 7-й добі лікування, через місяць та далі індивідуально. Необхідно обговорювати із пацієнтом всі плюси та мінуси лікування десмопресином, особливо із пацієнтами віком 65 років та більше через ризик виникнення гіпонатріємії. У нашій державі на даний момент немає відповідних препаратів.

## РОЛЬ РАКОВО-ЕМБРІОНАЛЬНОГО АНТИГЕНУ У ДІАГНОСТИЦІ МЕТАСТАТИЧНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*Н.О. Гладких, О.І. Залюбовська*

*Харківський національний медичний університет*

Проблема діагностики раку сечового міхура є однією з найактуальніших для клінічної онкології. Він складає 35–50% всіх форм урологічних онкологічних захворювань.

Протягом останніх 10 років широку розповсюдженість отримав лабораторний метод діагностики злоякісних епітеліальних новоутворень за допомогою онкомаркерів, які визначають в сироватці крові.

Мета: вивчити можливості лабораторної діагностики метастазів раку сечового міхура.

Завдання:

1. Оцінити ефективність доопераційної діагностики метастазів раку сечового міхура.
2. Визначити інформативність раково-ембріонального антигену в діагностиці розповсюдження пухлинного процесу.
3. Вивчити можливості та ефективність лабораторного моніторингу за розвитком злоякісного захворювання після оперативних втручань.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження виконувалось за методикою кількісного визначення рівня раково-ембріонального антигену в сироватці чи плазмі крові людини.

Матеріал для дослідження: сироватка чи плазма. Центрифугування 10 хв. (1300–2000 об/хв.) слід проводити після утворення згустку, через 30 хвилин після взяття крові та не пізніше 1 години.

Метод визначення – електрохемілюмінесцентний.

Принцип вимірювання заснований на реакції антиген–антитіло та для ідентифікації реакції використовуються спеціальні мітки, магніт та електрична напруга. Як мітка використовується сіль рутенію.

Аналізатор автоматично розраховує концентрацію аналіту на підставі вимірювань СЕА CALL та СЕА CaL2 у нг/мл.

Референтні значення:

- чоловіки та жінки 20–69 років: до 4,7;
- 40–69 років: до 5,2;
- курці в минулому, або не курці ніколи 20–69 років: до 3,8;
- курці в минулому, або не курці ніколи 40–69 років: до 5,0;
- курці 20–69: до 5,5.