

детском возрасте, анамнез ИМП у матери. В то же время переохлаждение и нарушение диеты ощутимо чаще являются источником однократного эпизода ИМП.

Часторецидивирующее течение ИМП присуще 14,6% опрошенных женщин и определяет на 12% большую выраженность симптомов заболевания, сниженное на 26,8% качество жизни, на 19,4% социальную и на 20,4% физическую активность, на 25,4% более выраженные нарушения семейной, на 7,9% – сексуальной жизни, по сравнению с больными со спорадическими ИМП. Пациентки с рекуррентной ИМП отмечают, в целом, на 31,6% большие ограничения посещения общественных мест, на 31% большие проявления социальной изоляции и на 42,2% худшие взаимоотношения с партнером или супругом.

Выводы

1. Высокая частота распространенности ИМП, драматическое воздействие патологии на все аспекты жизни и здоровья пациентов, всестороннее влияние заболевания на социальную, семейную и сексуальную жизнь больных определяют высокую медицинскую и социальную актуальность проблемы и приоритетность поиска современных диагностических и лечебных средств для ее ведения.

2. Раннее начало половой жизни, смена половых партнеров, промискуитет – важные факторы как дебюта ИМП вообще, так и часторецидивирующего течения патологии в частности. Половое воспитание, гигиена половой жизни и превенция половых инфекций – ключевые аспекты как здорового образа жизни, так и профилактики ИМП в женской популяции.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ В КОРЕКЦІЇ ГІПЕРУРІКЕМІЇ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ ТА СЕЧОКИСЛУ ГІПЕРКРИСТАЛУРІЮ

*В.В. Черненко, В.Й. Савчук, Н.І. Желтовська,
Д.В. Черненко, Ю.М. Бондаренко*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Нормалізація гіперурікемії та гіперурікурії є одною з основ про- та метафілактики СКХ. Вивчено ефективність та особливості застосування препарату фебуксостат в корекції гіперурікемії у хворих на сечокам'яну хворобу (СКХ) та сечокислу гіперкристалурію порівняно з алопуринолом протягом 1 року. У дослідженні брали участь 310 пацієнтів з СКХ та СКГК, у яких виявлено гіперурікемію. Перша група (n=124) приймала фебуксостат; друга група (n=186) – алопуринол. 18 (9,6%) пацієнтів через побічні реакції на тлі прийому алопуринолу виключили з групи. У залежності від швидкості досягнення цільового рівня СК (сечової кислоти) в сироватці крові (360 мкмоль/л) в процесі лікування обома препаратами виділено 3 групи:

а) з швидким досягненням цільового рівня СК в сироватці крові (в перші 2 місяці) – 106 (36,3%) пацієнтів;

б) зі значним зниженням рівня урікемії в перші 2 місяці та тривалим терміном досягнення цільового рівня в сироватці крові (більше 4 місяців) – 100 (35,2%) пацієнтів;

в) з важкою корекцією гіперурікемії (більше 9 місяців) – 86 (29,4%) пацієнтів.

Прийом фебуксостату дав можливість досягнути нормалізації урікемії через 4 місяці у 102 (82,3%) пацієнтів, проти 61 (36,2%) пацієнта другої групи. Через 12 місяців ефективність застосування різних доз препаратів склала 93,5% (116 пацієнтів) для фебуксостату та 78,1% (140 пацієнтів) для алопуринолу. Встановлено, що абсолютні значення концентрації СК в плазмі крові не є орієнтиром у виборі початкової дози для фебуксостату, на відміну для алопуринолу. Критерієм для безпечного переведення пацієнтів на підтримуючі дози є нормалізація рівня СК не тільки в сироватці крові, а й в сечі. Достовірне зростання добового діурезу на тлі прийому обох урікостатичних препаратів може свідчити про покращення функції нирок на тлі адекватної корекції гіперурікемії, можливість зворотних змін, викликаних розвитком уратної нефропатії. Застосування урікостатичних препаратів фебуксостат та алопуринол потребує індивідуального підбору лікувальної та підтримуючої дози, ґрунтованого на динамічному контролі за рівнем СК в сироватці крові та сечі в процесі лікування на тривалий період часу. Включення непуринового препарату фебуксостат з селективною дією для

більш ефективної та безпечної корекції гіперурікемії в комплекс заходів з про- та мета-

філактики сечокам'яної хвороби значно підвищить їх ефективність.

ТИПОЛОГІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ПРИ НЕНЕЙРОГЕННИХ РОЗЛАДАХ СЕЧОВИПУСКАННЯ

Ю.М. Дехтяр, Ф.І. Костєв, К.А. Залива

Одеський національний медичний університет

Вступ. В медичній літературі останніх років зростає інтерес до проблеми ненейрогенного гіперактивного сечового міхура (ГАСМ), чому значною мірою сприяли результати епідеміологічних досліджень щодо поширеності ГАСМ, на який страждають не менше 17% населення, старше 40 років, з них 56% жінок і 44% чоловіків. Етіологія і патофізіологія ненейрогенного або ідіопатичного ГАСМ залишаються неясними. Недавні дослідження МРТ головного мозку показують вікове зниження неврологічного контролю сечовипускання. Мікробіоми в сечостатевому тракті також були залучені в етіологію ГАСМ. Діагноз і початкове лікування повинні ґрунтуватися на ретельному анамнезі, огляді і базових дослідженнях, щоб виключити інші причини, такі як інфекція сечовивідних шляхів (ІМП) і злоякісні стани.

Діагностика дисфункцій нижніх сечових шляхів (НСШ) у хворих на ненейрогенний гіперактивний сечовий міхур (ГАСМ) складається зі збору скарг, анамнезу, неврологічного й урологічного обстежень, а також додаткових методів обстеження, серед яких основне місце посідає уродинамічне дослідження. Дотепер не припиняється дискусія про клінічне значення уродинамічних досліджень у діагностиці різних форм розладів акту сечовипускання. Ми вважаємо, що показаннями до уродинамічного дослідження є: відсутність ефекту від емпірично призначеної терапії, плановане хірургічне лікування (наприклад, при стресовому нетриманні сечі), супутні неврологічні захворювання.

Мета дослідження: визначити частоту і клінічне значення окремих дизурічних симптомів, що виявляються за результатами моніторингу клінічного перебігу ненейрогенного ГАСМ.

Матеріали і методи дослідження. В урологічній клініці на базі Одеського національного медичного університету проведено обстеження та лікування 362 хворих (41 чоловік і 321 жінка) з симптомами нижніх сечових шляхів,

що відповідали критеріям діагностики Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS) для ГАСМ.

Усім пацієнтам проводили урологічне, гінекологічне, неврологічне обстеження для виключення соматичних захворювань, здатних спричинити симптомокомплекс ГАСМ. Також виконували оцінку об'єктивних та суб'єктивних симптомів ГАСМ шляхом використання опитувальників якості життя хворих, інтенсивності дизурічних симптомів, оцінку скарг, даних анамнезу, УЗ-дослідження органів сечової системи з визначенням залишкової сечі. У всіх пацієнтів було організовано заповнення щоденників сечовипускання протягом трьох діб у звичних домашніх умовах. Крім оцінки щоденника сечовипускань обов'язковим елементом обстеження була об'єктивізація симптомів за допомогою опитувальників і анкет.

Результати та їх обговорення. Розпізнавання розладів акту сечовипускання в хворих на ненейрогенного ГАСМ, за правило, не становить особливих складнощів, оскільки вони виявляються комбінацією доволі однотипних симптомів – частішанням сечовипускання протягом доби, зниженням кількості одномоментно виділеної сечі, порушеннями чутливості сечового міхура, різними варіантами нетримання сечі. Таким чином, діагностика функціональних порушень нижнього відділу сечового тракту ґрунтується на симптоматології, урологічному обстеженні й виключенні інших ймовірних причин скарг хворих. Отже, позірною простотою діагностичний процес потребує систематизації і розумної методології.

ГАСМ, відповідно до рекомендацій ICS, це лише три симптоми: полакіурія, ноктурія і ургентність, яка може бути з ургентним НС або без. Однак в реальному житті клінічна картина ненейрогенного ГАСМ більш багата і різноманітна.