

12 месяцев) эпизоды ИМП имели 23,4% опрошенных женщин. Часторецидивирующие активные ИМП присущи 14,6% женщин в популяции.

2. Заболеваемость ИМП растет пропорционально возрасту и составляет среди женщин 18–35 лет – 48,6%, 36–55 лет – 76,1%, старше 55 лет – 75,5%.

3. 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.

## ОНЛАЙН ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

*М.В. Шостак, Ф. И. Костев, Л.И. Красилюк, Е.И. Лукинюк*

*Одесский национальный медицинский университет*

**Введение.** Инфекции мочевых путей (ИМП) – широко распространенная, финансовозатратная и социальнозначимая группа заболеваний, поражающих преимущественно женщин наиболее трудоспособного, социально-активного и фертильного возраста, среди которых воспалительная патология нижних мочевых путей, по литературным данным, присуща на протяжении жизни 65–85% всей женской популяции, а ее рекуррентные формы определяют существенное снижение качества жизни, связанного со здоровьем, глубоко нарушая аспекты трудовой, социальной, семейной активности пациентки, определяя значительное снижение самооценки, социальную дезадаптацию и изоляцию.

**Цель исследования:** демографическая оценка частоты и структуры ИМП в популяции женщин Украины с определением факторов риска и рецидивирования патологии.

**Материалы и методы.** Для реализации цели исследования нами разработан, валидизирован и применен интернет-опросник по распространенности, факторам риска и медицинскому анамнезу инфекций мочевых путей (ИМП). Опросник был выполнен на платформе [Surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com) ([Surveymonkey®](https://www.surveymonkey.com), San Mateo, CA) в предварительно валидизированных версиях на украинском и русском языках. Исследование проводилось на протяжении 2016–2018 гг. анкетированием пользователей интернет-ресурсов медицинской тематики, а также социальных сетей [vk.com](https://www.vk.com), [facebook.com](https://www.facebook.com) и [instagram.com](https://www.instagram.com).

**Результаты:** Исследование завершено среди 539 женщин (18–80 лет) в Украине. Показано, что ИМП присущи в форме хотя бы однократно перенесенного цистита 62,9% всех жен-

щин и в форме повторяющегося спорадически заболевания – 57% всех женщин. Недавние (в течение 12 месяцев) эпизоды ИМП имели 23,4% опрошенных женщин, а часторецидивирующие (3 и более за последние 12 месяцев) – 14,6% всех женщин. Заболеваемость ИМП растет пропорционально возрасту и составляет среди женщин 18–35 лет – 48,6%, 36–55 лет – 76,1%, старше 55 лет – 75,5%.

Влияние ИМП на качество жизни пациентки определяет существенные нарушения привычных паттернов социального функционирования больной, снижение физической активности, ограничение посещений общественных мест и пользования общественным транспортом, социальной и сексуальной активности, проявления социальной изоляции и нарушения семейной жизни. Влияние симптомов заболевания на качество жизни больных в целом достоверно выше среди пациенток молодого возраста.

Структурный анализ анамнеза заболевания в отношении инициального эпизода ИМП подтвердил, что преобладающими факторами риска дебюта ИМП являются анамнез заболевания у матери (40,2% всех больных), половая жизнь (36,1%), детский анамнез ИМП респондента (23,9%), переохлаждение (22,1%), купание в бассейне и водоеме (20,1%) и смена полового партнера (18,9%). Достоверно показана корреляция отдельных факторов риска ИМП в отношении развития рецидивных форм заболевания: половая жизнь послужила дебютом часторецидивирующих форм ИМП в 2,8 раза, а спорадических форм – в 2,4 раза чаще, по сравнению с единичным эпизодом ИМП, смена полового партнера – в 2,9 и 3,4 раза чаще, соответственно. Схожую тенденцию имеют и анамнез ИМП в

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