

УДК 616.43/45

DOI: 10.22141/2224-0721.15.2.2019.166107

Synevo Day 2019: «Лабораторна діагностика — завтра, яке настало» (огляд конференції)

For cite: *Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal*. 2019;15(2):143-147. doi: 10.22141/2224-0721.15.2.2019.166107

15 березня 2019 року у Києві відбулася Міжнародна конференція Synevo Day: «Лабораторна діагностика — завтра, яке настало». Synevo Day 2019 був вражаючим потужним заходом, у якому взяли участь близько 1500 учасників — лікарів із різних частин України й далекого зарубіжжя. Уперше організатори конференції зібрали повністю закордонний склад спікерів. Із доповідями виступили найкращі світові спеціалісти в галузі ендокринології, гінекології, інфекційних захворювань і лабораторної діагностики з Великої Британії, Франції, Росії та США.

Відкрив конференцію генеральний директор «Сінево Україна» **Джерон Герхардус Вільгельмус Джозеф Дріссен**. Після урочистих слів вітання він зазначив, що компанія «Сінево» є лідером в Україні не тільки за кількістю виконуваних тестів і аналізів, але й за кількістю нововведень. За останні два роки було витрачено близько 2 млн гривень на автоматизацію досліджень, що значно покращує точність і зменшує можливість помилки в результатах аналізів. Для лікарів втілення інновацій компанії «Сінево» — це необхідність, але також і можливість безперервного навчання, а для пацієнтів — це можливість діагностувати ті захворювання й порушення, які раніше діагностувати було не можна. Але, з іншого боку, це підвищує ризик занадто активної різноманітної лікарської діяльності й може призводити до поліпрагмації. Тобто, маючи такий потужний інструмент, як лабораторна діагностика, треба дуже чітко розуміти, як саме він працює, які саме в нього є можливості, і, звичайно, чітко враховувати, що це не єдина складова діагнозу, а тільки невеличка його частина, хоч і невід’ємна й дуже важлива. Лише в комплексному використанні лабораторна діагностика дає можливість ставити, уточнювати, підтверджувати діагноз захворювання, призначати й корегувати терапію й покращувати в цілому рівень медичної допомоги. Отже, на конференції були дуже цікаві й корисні з

практичної точки зору доповіді, у яких тонкощі лабораторної діагностики різних захворювань поєднувалися з їх клінічними проявами, тактикою ведення хворих, профілактикою й лікуванням.

Із доповіддю «**Вірусологічні засоби в стратегії ВООЗ щодо ліквідації вірусних гепатитів В і С як загроз для громадського здоров’я**» виступив **Жан-Мішель Павлоцькій**, професор медицини Паризького університету, директор Національного референсного центру з вірусних гепатитів В, С і D, керівник кафедри вірусології Університетської лікарні Анрі Мондора в Кретелі, Франція.

Вірусні гепатити В і С (ВГВ, ВГС) — дуже поширена патологія, в усьому світі від цих захворювань страждають близько 300 млн людей. За останні 20 років стабільно зростає рівень смертності від ВГВ і ВГС, що обумовлює актуальність проблеми боротьби з цими інфекціями.

Концепція ВООЗ полягає в тому, щоб елімінувати вірусний гепатит як серйозну загрозу для громадського здоров’я до 2030 р. Говорячи про елімінацію, мають на увазі не повне знищення інфекції, а здійснення контролю над нею. Для досягнення цього планується, по-перше, зменшення на 90 % кількості нових випадків хронічної інфекції ВГВ/ВГС, по-друге, лікування 80 % людей із хронічною інфекцією ВГВ/ВГС, яким показано лікування, і, по-третє, зменшення на 65 % показника смертності.

Доповідач розглянув так званий каскад медичної допомоги при ВГС. Позначено 6 пунктів каскаду, кожний наступний з яких менший за попередній. Серед 100 % імовірно інфікованих ВГС у 75 % він був виявлений при скринінговому дослідженні, у 56 % за допомогою РНК-тесту діагноз був підтверджений, у 36 % вірус був генотипований, 12 % проходили лікування, і в 7 % досягнута стійка вірусологічна відповідь. Для покращання якості медичної допомоги пацієнтам з ВГС і досягнення елімінації вірусу необхідно скорочувати розрив між сходи-

ками каскаду. Збільшення кожного з показників призведе до зростання кількості пацієнтів, які почали лікування й досягли одужання. Збільшення виявлення інфікованих людей призведе до значного зниження нових випадків зараження. І першим кроком на цьому шляху, безсумнівно, повинно бути впровадження скринінгових програм.

На сьогодні існують різні лабораторні методи, що дозволяють виявляти в людини ВГВ і ВГС. Згідно з Рекомендаціями EASL за 2018 рік, скринінг на інфекцію ВГС повинен базуватись на детекції антитіл до ВГС у сироватці або плазмі крові методом імуноферментного аналізу. Але це складний, трудомісткий, дорогий метод, що вимагає участі кваліфікованих фахівців. Існують також інші методи діагностики ВГВ і ВГС, наприклад, використання сухої краплі крові (СКК). Зразки цільної крові у вигляді сухої краплі, нанесеної на фільтр-папірці, можна використовувати як альтернативу сироватці й плазмі, отриманій після венопункції, і провести імуноферментний аналіз після доставки в центральну лабораторію. Перевагами використання СКК є загальнодоступність допомоги в особливих ситуаціях, таких як географічна віддаленість розташування пацієнта, складний венозний доступ, обстеження ув'язнених тощо. Аналіз за допомогою СКК можна легко й безболісно отримати, а також надсилати в лабораторію за кімнатної температури без особливих умов. Біологічна матриця у вигляді СКК має добру стабільність. Другу краплю на тій самій картці можна використати для дослідження NAT, що дає можливість провести контрольний аналіз у зразках з антитілами до ВГС або HBsAg.

Для покращення доступу до медичної допомоги пацієнтам і допомоги в скринінгу на антитіла до ВГС і ВГВ застосовують діагностичні експрес-тести (RDT) з використанням сироватки, плазми крові, цільної крові з пальця чи слини як матриці. Їх можна проводити замість класичного ІФА в закладі, де знаходиться пацієнт. Для проведення тесту не потрібно ніяких спеціальних умов, обладнання й висококваліфікованих кадрів. Застосовується маленький пластмасовий пристрій із мембраною, яка просочується фізіологічною рідиною, і при досягненні смужки з антигеном відбувається реакція преципітації, яка свідчить про позитивний результат тесту. Такий тест дуже інформативний і зручний для проведення скринінгу на місцях.

При оцінці ефективності експрес-тесту RDT і методу СКК кілька масштабних метааналізів у 2015–2018 роках показали дуже високі показники чутливості й специфічності цих досліджень — від 98 до 100 %.

Підсумовуючи доповідь, Жан-Мішель Павлоцькій відмітив, що у даний час для скринінгу, діагностики й моніторингу ВГВ і ВГС є нові вірусологічні тести, у тому числі ті, що виконуються на місці. Їх належне застосування паралельно з впровадженням у практику спрощених схем терапії може суттєво покращити доступ до діагностики й лікування в різних

країнах світу, і ці аспекти слід відобразити в міжнародних настановах з клінічної практики. Але для вирішення конкретних питань, безсумнівно, потрібні державні програми та їх впровадження.

Питанням захворювань надниркових залоз під час вагітності присвятив свій виступ професор медицини, ендокринолог з клініки «Мейо» (Рочестер, США) **Вільям Ф. Янг-молодший**. У першій частині доповіді він висвітлив проблему **первинного альдостеронізму (ПА)** — найбільш поширеної форми вторинної гіпертонії, що часто не діагностується й за відсутності лікування призводить до розвитку альдостерон-специфічної патології серцево-судинної системи і нирок. Рання діагностика ПА дає можливість вилікувати гіпертонію або проводити цільову фармакотерапію, що може запобігти термінальній стадії ПА.

Клініцисти повинні проводити тестування на виявлення випадків ПА щонайменше один раз у всіх пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Діагностичним тестом є амбулаторний аналіз крові зранку в положенні пацієнта сидячи з визначенням концентрації альдостерону в плазмі (КАП), а також активності реніну в плазмі крові (АРП) або концентрації реніну в плазмі крові. Діагностичні лабораторні критерії: КАП ≥ 10 нг/дл, АРП $< 1,0$ нг/мл/год. Такі показники потребують проведення підтверджуючих тестів з визначенням альдостерону й натрію в добовій сечі на високонатрієвій дієті. Треба пам'ятати, що таких пацієнтів необхідно направляти на консультацію до ендокринолога.

У вагітних аденома надниркової залози може призводити до передчасних пологів, внутрішньо-утробної загибелі плода й відшарування плаценти. У такому випадку доцільно розглядати лапароскопічну адренектомію. У другому триместрі, якщо чітко візуалізується одностороння пухлина надниркової залози понад 10 мм у діаметрі, це найкращий метод лікування. Але не завжди магнітно-резонансна томографія чітко демонструє односторонній процес у наднирковій залозі. У цьому випадку доцільна медикаментозна терапія. Корекція рівня АТ проводиться стандартними антигіпертензивними препаратами, що дозволені для використання вагітними, корекція гіпокаліємії відбувається за допомогою пероральних препаратів хлориду калію. При рефрактерній гіпертензії та/або гіпокаліємії слід з обережністю розглядати призначення еплеренону наприкінці другого — на початку третього триместру.

Друга патологія, розглянута в доповіді Вільямом Ф. Янгом-молодшим, — **феохромоцитома (ФХЦ)** — пухлина надниркових залоз, що характеризується гіперпродукцією катехоламіну. Основною проблемою цього захворювання є несвоєчасне встановлення діагнозу. У випадку своєчасного діагностування й лікування вона зазвичай має сприятливий прогноз, у інших випадках за відсутності терапії може призвести до літального кінця. За останні 15 років класична клінічна картина ФХЦ змінилася, за даними клініки Мейо, після 2006 року 60 %

випадків були діагностовані випадково при обстеженні з приводу інших скарг або на підставі сімейного анамнезу. Тож на сьогодні резистентна гіпертензія в молодому віці й випадки захворювання в родині — це дуже важливі ознаки, щоб запідозрити цю патологію. Люди, які в родинному анамнезі мають ФХЦ або парагангліому, повинні щорічно проходити обстеження.

ФХЦ у вагітної жінки — це стан, що загрожує її життю, тому всі жінки, які мають обтяжений анамнез, повинні обстежуватися ще на етапі планування вагітності.

На прикладі клінічного випадку жінки з рецидивом ФХЦ під час вагітності доповідач розповів, що рівень рецидивування ФХЦ становить близько 50 %, тому необхідно постійне довічне спостереження таких пацієнтів з щорічним контролем рівня біохімічних показників. Частота рецидивування пухлини вища за наявності обтяженого сімейного анамнезу, великого розміру пухлини (понад 5 см) або за наявності парагангліоми. Говорячи про тактику ведення вагітних жінок з ФХЦ, доповідач наголосив на відсутності єдиної думки в цьому питанні. Що стосується рецидиву ФХЦ, то в цьому випадку лікування однозначно консервативне до розродження шляхом кесаревого розтину, після чого проводиться оперативне лікування ФХЦ. Однак при ФХЦ, що вперше виникла під час вагітності, існує 2 варіанти тактики ведення пацієнтів. Багато лікарів підтримують проведення лапароскопічної операції з приводу ФХЦ у другому триместрі вагітності. Клініка Мейо дотримується іншого підходу: спостереження й консервативне лікування адреноблокаторами до закінчення вагітності з подальшим хірургічним втручанням з метою видалення пухлини.

Останню частину своєї доповіді професор Вільям Ф. Янг-молодший присвятив **синдрому Кушинга** (СК). Він детально зупинився на клінічній картині, що характерна для даного захворювання, після чого зосередився на тонкощах діагностики. Для діагностики СК необхідно досліджувати рівень кортизолу в сечі, крові або слині. Добова екскреція вільного кортизолу із сечею при СК становить > 200 мкг. При рівні даного показника < 45 мкг СК малоімовірний, однак не виключається повністю через те, що зустрічаються пацієнти з підтвердженим діагнозом СК і низьким рівнем кортизолу в сечі.

Рівень кортизолу крові вимірюють двічі на добу: о 8:00 і о 16:00, та він має добові коливання. У нормі цей показник в післяобідній час повинен бути у 2 рази нижчим, ніж уранці. Якщо ввечері рівень кортизолу залишається таким самим, як і вранці, є підстави підозрювати в пацієнта СК. Причиною порушення добового ритму кортизолу можуть бути також прийом пероральних естрогенів, зміна часового поясу після довгого перельоту, депресія, і ці фактори необхідно виключити при виявленні зміни рівня кортизолу й підозрі на СК.

Нічне вимірювання кортизолу слини — дуже просте й зручне у виконанні дослідження. Воно

проводиться кілька ночей поспіль і в нормі виявляє нижчий рівень кортизолу в нічний час. Підставою для підозри на СК у пацієнта є виявлення в нічні години кортизолу в слині > 100 нг/дл, а рівень > 200 нг/дл робить цей діагноз найбільш імовірним.

Також для діагностики СК застосовують дексаметазонавий супресивний тест. Після прийому 1 мг дексаметазону в здорового пацієнта рівень кортизолу зазвичай знижується до $\leq 1,8$ мкг/дл. Показник > 1,8 мкг/дл є можливою ознакою відхилення від норми.

На прикладі ще одного клінічного випадку доповідач зупинився на клінічних тонкощах тактики ведення вагітних жінок із СК. Оптимальний тест діагностики у вагітних — це вимірювання кортизолу в добовій сечі й слині. Для візуалізації пухлини проводиться МРТ без гадолінію. Лікування треба починати якомога раніше, однак складність цієї патології обумовлена відсутністю медикаментозної терапії, дозволеної при вагітності. Отже, єдиним доступним методом лікування є оперативне втручання й лапароскопічна адреналектомія в другому триместрі з подальшою замісною терапією.

Друге повідомлення **Вільяма Ф. Янга-молодшого** було присвячене **гіперпролактинемії**.

Підвищена секреція пролактину (ПРЛ) — гіперпролактинемія, що поділяється на фізіологічну, патологічну й фармакологічну. Коротко нагадавши слухачам про нормальний процес вироблення і функціонування пролактину, доповідач на прикладі декількох клінічних випадків розповів про патологічні стани, при яких можливі складнощі й помилки в діагностиці. Одна з таких ситуацій — наявність макропролактину — високомолекулярного комплексу пролактину, що утворюється зазвичай в результаті з'єднання пролактину з імуноглобуліном. Макропролактин присутній у 5 % людей, у яких ПРЛ > 50 нг/мл. Тож це поширена причина неправильного діагнозу й неправильного лікування безплідності. Макропролактин слід підозрювати, якщо в присутності високого рівня ПРЛ відсутні ознаки й симптоми гіперпролактинемії або візуалізаційні дослідження гіпофіза не інформативні.

На прикладі клінічного випадку жінки з макроаденомою гіпофіза було висвітлено наступну причину помилкової діагностики — hook-ефект. У результаті hook-ефекту виникає протилежна ситуація, що веде до гіподіагностики гіперпролактинемії. Оскільки кожна тест-система має не тільки нижню, а й верхню межу чутливості, то при надмірно високих концентраціях ПРЛ може визначитися помилкове зниження його значень, що пов'язано зі зміною оптичної щільності розчину, на підставі якої проводиться визначення концентрації гормону фотометричним методом. Hook-ефект зустрічається переважно при гігантських пролактиномах (діаметром понад 30 мм). Hook-ефект слід виключати в пацієнтів з макроаденомами гіпофіза, клінікою гіперпролактинемії, але нормальним або помірно підвищеним рівнем ПРЛ. Для цього показано по-

вторне дослідження гормону з розведенням досліджуваної сироватки. Нехтування ймовірністю феномена hook-ефекту у хворих із макроаденомами на тлі помірної гіперпролактинемії може привести до неправильного висновку про наявність гормонально неактивної пухлини гіпофіза й вибору помилкової тактики лікування. Значно кращим, ніж нейрохірургічна операція, методом терапії в даному випадку є застосування дофамінового агоністу (ДА).

Ще одна ймовірна помилка, розглянута доповідачем, — псевдопролактинома зі stalk-ефектом. Іноді гіперпролактинемія з'являється при гормонально неактивних аденомах гіпофіза в разі їх поширення супраселярно, здавлюванні ніжки гіпофіза й гіпоталамуса і порушенні секреції пролактостатину. У цих хворих спостерігається помірне підвищення рівня пролактину в крові (від 25 до 175 нг/мл), на той час як пролактиноми поєднуються з високим (220–3000 нг/мл) його рівнем. Уміст пролактину в крові вище від 200 нг/мл майже завжди свідчить про наявність пролактиноми. Коли після лікування ДА секреція пролактину залишається підвищеною, йдеться, ймовірно, про псевдопролактиному, і хворим рекомендовано хірургічне втручання, у результаті якого нормалізується секреція пролактину. Існують також пролактиноми, резистентні до ДА. Особливості лікування таких пацієнтів полягають у тому, що терапія каберголіном проводиться з поступовим підвищенням дози під контролем рівня ПРЛ до досягнення плато останнього. З цього моменту не має сенсу подальше збільшення дози препарату. Продовження лікування в тій же дозі з часом приведе до повільного зменшення ПРЛ і розмірів пухлини. Якщо норма ПРЛ досягнута не буде, можливо, знадобиться замісна гонадна гормонотерапія. Але якщо розмір пухлини на фоні терапії ДА все одно зростає, пацієнтам показане хірургічне втручання або радіаційна терапія. Існують дані про наявність зв'язку між каберголіном і трикуспідальною вальвулопатією. Однак вірогідність цього висновку неоднозначна. За даними великого метааналізу, є підвищений ризик каберголін-індукованої дисфункції трикуспідального клапана, але вона рідко буває симптоматичною. Цей ризик, ймовірно, пов'язаний з дозою каберголіну й тривалістю терапії. Отже, поки немає більш детальної інформації з проспективних досліджень, стратегія, за порадою доповідача, повинна бути такою: якщо пацієнт на стандартній дозі каберголіну ≤ 2 мг/тиждень, ехокардіографію для скринінгу проводити не треба. Якщо доза каберголіну > 2 мг/тиждень, слід розглянути доцільність проведення ехокардіографії кожні 3 роки. Далі професор Янг зупинився на деяких особливостях ведення вагітних жінок з пролактиномами. Жінки з пролактиномами повинні припинити терапію ДА, як тільки підтвердиться вагітність. У разі масивної й інвазивної пролактиноми треба розглянути доцільність проведення терапії і під час вагітності й за необхідності прийому ДА — застосовувати бромокриптин. У випадку мікропролактиноми немає по-

треби проводити моніторинг ПРЛ під час вагітності, жінка може годувати груддю за бажанням, але треба поновити терапію ДА, як тільки годування груддю закінчиться. У разі інтраселярної макропролактиноми треба проводити моніторинг з обстеженням полів зору в кожному триместрі вагітності й шокквартильно — в період годування груддю й поновити терапію бромокриптином у разі появи дефектів полів зору. На завершення своєї доповіді доктор Янг зосередив увагу лікарів на можливих побічних ефектах ДА, таких як зміни сексуальної поведінки, приховані психічні розлади, порушення контролю імпульсів, про які обов'язково потрібно попереджати пацієнтів для своєчасного припинення терапії.

Дві доповіді були присвячені проблемам гінекології. **Альберт Сінгер**, професор гінекології з Великої Британії, надав слухачам інформацію щодо **профілактики раку шийки матки у світі й Україні**. Основною метою цього виступу було продемонструвати критичний стан цієї проблеми в Україні й розповісти про можливі шляхи її вирішення на прикладі зарубіжних колег.

У багатьох розвинених країнах рак шийки матки (РШМ) є на сьогодні рідкісним захворюванням. Однак у країнах Східної Європи, зокрема в Україні, ситуація виглядає катастрофічно: рівень смертності хворих на рак шийки матки — один з найвищих у світі. І цей показник, на жаль, останніми роками не знижується.

Існує три методи боротьби з РШМ: скринінгові обстеження з метою ранньої діагностики, лікування передракових станів або раку на ранній стадії й вакцинація проти вірусу папіломи людини (ВПЛ). Скринінгові програми включають цитологічне дослідження й обстеження на ВПЛ, що є причиною багатьох видів раку. На сьогодні скринінгові обстеження проходять приблизно 5–10 % жінок в Україні, тоді як для кардинального покращання ситуації ця цифра повинна становити мінімум 80 %. На прикладі країн Північної Європи, у яких із 60-х років активно проводиться скринінг-обстеження, доповідач продемонстрував ефективність цієї програми: захворюваність на РШМ і смертність від нього знизилася до 2010 року на 30 %.

Більш широкому охопленню населення скринінгом сприяє наявність сучасного обладнання, що дозволяє за допомогою смартфона при кольпоскопії отримувати високої якості знімки, що відправляються через Інтернет фахівцям, які безпосередньо проводять їх оцінку на предмет наявності передракового стану. Також для жінок існує можливість самостійного проведення забору матеріалу для дослідження на ВПЛ. Близько 30 % жінок за кордоном користуються таким способом проведення аналізу як більш зручним, і, за статистикою, інформативність його лише на 4 % нижче, ніж при виконанні цієї маніпуляції медперсоналом. На сьогодні результати обстеження на ВПЛ мають значно вищу клінічну чутливість порівняно з цитологічним дослідженням (96,1 і 53 % відповідно). ВПЛ за відсутності будь-яких за-

ходів стає все більш поширеним, близько 80 % сексуально активних жінок стикаються з ним протягом життя, і ефективним заходом запобігання цьому є вакцинація від ВПЛ — одна з найбільш вивчених і детально розроблених вакцинацій у світі.

Статистичні дані в Східній Європі виглядають так. Організований скринінг на РШМ проводиться у 9 з 16 країн; лише у Словенії охоплення перевищує 70 %, а в 7 країнах це опортуністичний скринінг, що характеризується недостатністю фінансування й інфраструктури, низьким рівнем охоплення й низькою або помірною якістю. Скринінгове обстеження на ВПЛ проводиться лише в одній країні, в інших скринінг базується на цитологічному мазку. Ситуація з вакцинацією ще гірша. Вакцинація від ВПЛ є частиною національної програми щеплень, проводиться безоплатно для цільового населення в 10 країнах, але щодо охоплення або немає даних, або показники дуже низькі, або вони сходять нанівець. У більшості країн вакцинація від ВПЛ у хлопчиків не рекомендована. Зрозуміло, що досягнення ефективного результату в боротьбі з раком шийки матки можливе лише за умови існування й просування державних програм зі скринінгу й вакцинації проти ВПЛ. Значну роль у цьому можуть відігравати громадські об'єднання та їх активна діяльність.

Пітер Грінхауз, член Королівського коледжу акушерів і гінекологів, консультант з питань сексуального здоров'я з Великої Британії, виступив з доповіддю «**Діагностика ІПСШ у гінекології: ендометрит, аномальні кровотечі та стійкість до протимікробних лікарських засобів**». Основною темою виступу була проблема стрімкого розвитку антибіотикорезистентності збудників інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Останніми роками у зв'язку з цим прості інфекції стає все складніше лікувати. Звична схема лікування ІПСШ із використанням одноразового прийому азитроміцину, що застосовується останні 20 років, у недавніх дослідженнях показує вкрай низьку ефективність. Це пов'язано з так званим «ефектом свідка». Особливості фармакокінетики азитроміцину, як відомо, полягають у дуже довгому періоді напіввиведення з організму. Сумарно сліди препарату присутні в крові до 3 тижнів від моменту прийому. В останній тиждень із цих трьох у крові присутня дуже низька доза азитроміцину. Якщо в цей період жінка стикається, наприклад, з мікоплазмою або збудником гонореї, то розвивається так званий «ефект свідка»: азитроміцин через

низьке дозування не має лікувального впливу на ці інфекції, а лише виступає в ролі свідка, що призводить до розвитку резистентності цих мікроорганізмів до азитроміцину й значно ускладнює процес подальшого лікування. Отже, на сьогодні за жодних умов при інфекціях не призначається одноразова доза азитроміцину для лікування.

На сьогодні відомо, що близько 50 % сексуально активних людей хоча б раз у житті були інфіковані хламідіями. Хламідіоз є причиною різних проблем репродуктивного здоров'я — позаматкової вагітності, аномальних кровотеч, запальних процесів тазових органів тощо. Численні дослідження останніх років показали, що хламідіоз є дуже частою причиною аномальних маткових кровотеч. Відсутність програми рутинного обстеження на хламідії призводить до того, що найчастіше жінки зі скаргами на міжменструальні кровотечі отримують гормональну терапію, хоча справжньою причиною метрорагії є хламідіоз, що вимагає лікування антибіотиками. Також поширена і зворотна ситуація: за наявності скарг на біль внизу живота жінці призначають антибіотики замість необхідної їй гормональної терапії. З огляду на це очевидною стає необхідність проведення інтегрованих програм щодо забезпечення сексуального здоров'я жінок.

Також розвиток антибіотикорезистентності призводить до появи нечутливих до антибіотикотерапії штамів збудника гонореї. У світі з'являється й зростає поширеність супергонореї, яка не чутлива практично до жодних антибіотиків. Збудник гонореї виявляється в мазках із глотки. Така локалізація інфекції в 95 % випадків перебігає безсимптомно й набагато складніше піддається лікуванню. Однак слід розуміти, що вона передається при оральному сексі і, можливо, навіть при поцілунках, тому людина є джерелом збудника. Щоб уникнути цього, необхідно проводити дослідження, виявлення і лікування цієї локалізації інфекції.

Отже, при лікуванні ІПСШ необхідно враховувати, що чутливість збудників до антибіотиків дуже динамічна. Необхідно стежити за даними останніх досліджень, дотримуватись новітніх рекомендацій і обов'язково перед призначенням терапії проводити тест на чутливість до антибіотика.

Підготувала **Лариса Ончул** ■