

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я

ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»
MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

№1 (08) 2019



Грант Вуд, «Американская готика» (1930)

WWW.UJMH.ORG

ISSN 2413-8843



УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ “ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я, ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА”

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ

“МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА”

“MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE” UKRAINIAN JOURNAL

№ 1 (08) 2019

ISSN 2413-8843

Видання зареєстровано Державною
реєстраційною службою України 29.08.2014 р.
Св-во про реєстрацію: серія KB № 20924-10724ПР

Включено до переліку наукових фахових видань України,
Додаток 7 до наказу Міністерства освіти і науки України
28.12.2017 № 1714.

Вид видання: журнал

Статус видання: вітчизняне

Мови видання: українська, російська, англійська
(змішаними мовами)

Вид видання за цільовим призначенням: медичне,
науково-практичне

Співзасновники та видавці:

Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО);
Всеукраїнська громадська організація «Українське
міждисциплінарне Товариство Чоловічого Здоров'я та Гендеру»;
Всеукраїнська громадська організація «Національна ліга
психотерапії, психосоматики та медичної психології України»

Обсяг, періодичність: до 20 ум. друк. арк., 2 рази на рік

Тираж: 1000 прим.

Рекомендовано до друку вченою радою ХМАПО (протокол засідання №2 від 22.02.2019 р.)

Підписано до друку 19.06.2019 р.

Передрукування дозволяється лише за згодою редакції.

Відповідальність за добір і викладення фактів несуть автори.

Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій.

За зміст та достовірність реклами несе відповідальність рекламодавець.

Адреса редакції: бул. Дружби народів, 3-А, Київ, 01033, Україна;

тел.: +380 (44) 493-46-11; сайт: www.ujmh.org, <https://ujmh.net/index.php/journal>;

e-mail: zasseda@gmail.com

Зверстано і надруковано в ТОВ “Видавництво “Юстон”

01034, м. Київ, вул. О. Гончара, 36-а т: (044) 360-22-66, www.yuston.com.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців,
виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції серія дк № 497 від 09.09.2015 р.

Папір крейдований, друк офсетний, формат 64x80 1/16, 8,6 ум.друк.арк.

Головний редактор: **Михайлов Борис Володимирович** д.мед.н., проф.,
Заслужений діяч науки і техніки України (ХМАПО)
Заступник головного редактора: **Заседа Юрій Ігорович** д.мед.н.
Відповідальний секретар: **Савченко Вікторія Станіславівна** к.біол.н.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Болотна Л.А. д.мед.н., проф. (ХМАПО)
Бондаренко В.О. д.мед.н.
Борис О. М., д.мед.н., проф.
Воронков Л.Г. д.мед.н.
Дарій В.І. д.мед.н., проф.
Зозуля І.С. д.мед.н., проф.
Котенко О.Г. д.мед.н.
Коваленко В.М. д.мед.н., проф.
Кришталь Є.В. д.мед.н., проф. (ХМАПО)
Лінський І.В. д.мед.н., проф.
Лучицький Е.В. д.мед.н., проф.
Лісовий В.М. д.мед.н., проф.
Маркова М.В. д.мед.н., проф. (ХМАПО)
Марута Н.О. д.мед.н., проф.
Мішиєв В.Д. д.мед.н., проф.

Мищенко Т.С. д.мед.н., проф.
Напрєєнко О.К. д.мед.н., проф.
Нікольський І.С. д.мед.н., проф.
Підкоритов В.С. д.мед.н., проф.
Ревенок О.А. д.мед.н., проф.
Стаховський Е.О. д.мед.н., проф.
Сосін І.К. д.мед.н., проф.
Табачников С.І. д.мед.н., проф.
Федоренко О.Є. д.мед.н.
Хвисюк О.М. д.мед.н., проф. (ХМАПО)
Чабан О.С. д.мед.н., проф.
Шевченко Н.Ф. д.психол.н., проф.
Igor Rascu, PhD, University Professor (Moldova)
Dabkowski M., MD, PhD (Poland)
Semihodskiy A., PhD (UK)

Голова редакційної ради: **Чугунов Вадим Віталійович** д.мед.н., проф.
РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Аймедов К.В. д.мед.н., проф. (Україна)
Білобривко Р.І. д.мед.н., проф. (Україна)
Більченко О.В. д.мед.н., проф. (Україна)
Бітенський В.С. д.мед.н., проф.,
чл.-кор. НАМН України (Україна)
Волошин П.В. д.мед.н., проф. (Україна)
Кожина Г.М. д.мед.н., проф. (Україна)
Курило В.О. д.мед.н., доц. (Україна)
Марченко В.Г. д.мед.н., проф. (Україна)
Москаленко В.Ф. д.мед.н.,
проф. акад. НАМН України, (Україна)
Поліщук М.Є. д.мед.н.,
проф. чл.-кор. НАМН України (Україна)
Пшук Н.Г. д.мед.н., проф. (Україна)

Самохвалов В.П. д.мед.н., проф. (Чехія)
Скрипніков А.Н. д.мед.н., проф. (Україна)
Тронько Н.Д. д.мед.н., проф., акад. НАМН
України, чл.-кор. НАН України (Україна)
Федак Б.С. д.мед.н., проф. (Україна)
Федотов В.П. д.мед.н., проф. (Україна)
Фещенко Ю.І. д.мед.н., проф.,
акад. НАМН України (Україна)
Хвисюк М.І. д.мед.н., проф. (Україна)
Шестопалова Л.Ф. д.психол.н, проф. (Україна)
M. Bullinger PhD, Prof. (Germany)
G.J. Moller MD, Prof. (Germany)
N. Sartorius MD, Prof. (Switzerland)
D. Wasserman MD, Prof. (Netherlands)

Рецензенти за спеціальностями:

Сексологія: Кришталь Є.В., Маркова М.В., Чугунов В.В.

Психіатрія: Марута Н.О., Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Підкоритов В.С., Ревенок О.А., Чугунов В.В.

Психотерапія: Михайлов Б.В., Чабан О.С., Чугунов В.В.

Загальна і медична психологія: Кришталь Є.В., Маркова М.В., Михайлов Б.В., Шевченко Н.Ф.

Наркологія: Лінський І.В., Сосін І.К., Табачников С.І.

Ендокринологія: Бондаренко В.А., Лучицький Е.В.

Кардіологія: Воронков Л.Г., Коваленко В.Н.

Урологія та андрологія: Лісовий В.Н., Лучицький Е.В., Стаховський Е.О.

Дерматовенерологія: Болотна Л.А., Федоренко О.Є., Федотов В.П.

Неврологія: Дарій В.І., Зозуля І.С., Мищенко Т.С.

Технічне забезпечення: Дерменжи Н.В. Комп'ютерна верстка та дизайн: Коваленко І.В.

“MEN’S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE” UKRAINIAN JOURNAL

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ

“МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА”

№ 1 (08) 2019

ISSN 2414-4339
(on-line)

The publication is registered by the State Registration Service of Ukraine on August 29, 2014. About registration: series KB №20924-10724PR

Included in the list of scientific professional editions of Ukraine, Annex 7 to the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated December 28, 2017, No. 1714.

Type of publication: journal

Status of the publication: domestic

Languages of edition: Ukrainian, Russian, English (in different languages)

Type of publication for the intended purpose: medical, scientific and practical

Founders and publishers:

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (KMAPE);

All-Ukrainian public organization «Ukrainian Interdisciplinary Society for Men’s Health and Gender»;

All-Ukrainian NGO «National League psychotherapy, psychosomatics and medical psychology of Ukraine»

Volume, periodicity: up to 20 cond. print. sheets, 2 times per year

Circulation: 1000 copies.

Recommended for publication by the Academic Council of KMAPE (Minutes of the meeting №2 dated 22.02.2019

Signed for printing on 19/06/2019

Reprinting is allowed only with the consent of the editorial office.

The authors are responsible for the selection and presentation of the facts.

The editors do not always share the position of the authors of the publications.

The content and authenticity of the advertisement is the responsibility of the advertiser.

Address of the editor: Blvd. Druzhby Narodiv, 3-A, Kyiv, 01033, Ukraine;

tel. : +380 (44) 493-46-11; Website: www.ujmh.net; www.ujmh.org; e-mail: zasseda@gmail.com

Leaded out and printed in LLC «Publishing House» Yuston».

01034, Kyiv, str. O. Honchara, 36-a tel.: (044) 360-22-66, www.yuston.com.ua

A certificate of making a publishing business subject to the state register of publishers, manufacturers and distributors of publishing products series dk № 497 from 09.09.2015

Paper coated, offset printing, format 64x80 1/16,8,6 cond.print.sheets.

© Ukrainian journal «Men’s health, gender and psychosomatic medicine», 2019

© Composition and Design LLC «Publishing House» Yuston», 2019

Mykhailov Borys, Editor in Chief
Zasieda Yuriy, deputy editor
Savchenko Viktoriia, Responsible secretary

EDITORIAL BOARD:

Bolotna L.
Bondarenko V.
Borys O.
Voronkov L.
Darii V.
Zozulya I.
Kotenko O.
Kovalenko V.
Kryshtal E.
Linskyi I.
Luchytskyi E.
Lisovyi V.
Markova M.
Maruta N.
Mishyiev V.

Mishchenko T.
Naprieienko O.
Nikolskyi I.
Pidkorytov V.
Revenok O.
Stakhovskyi E.
Sosin I.
Tabachnykov S.
Fedorenko O.
Khvysiuk O.
Chaban O.
Shevchenko N.
Igor Racu (Moldova)
Dabkowski M. (Poland)
Semihodskiy A. (UK)

Chairman of the Editorial Board: **Chugunov Vadim**

EDITORIAL COUNCIL:

Aimedov K.
Bilobryvko R.
Bilchenko O.
Bitenskyi V.
Voloshyn P.
Kozhyna G.
Kurylo V.
Marchenko V.
Moskalenko V.
Polishchuk M.
Pshuk N.

Samokhvalov V.
Tronko N.
Fedak B.
Fedotov V.
Khvysiuk M.
Shestopalova L.
M. Bullinger, (Germany)
G.J. Moller, (Germany)
N. Sartorius, (Switzerland)
D. Wasserman, (Netherland)

Reviewers by specialties:

Sexology: Kryshtal Ye., Markova M., Chugunov V.
Psychiatry: Maruta N., Mishiyev V., Mikhailov B., Podkorytov V., Revenok O., Chugunov V.
Psychotherapy: Mykhailov B., Chaban O., Chugunov V.
General and Medical Psychology: Kryshtal Ye., Markova M., Mykhailov B., Shevchenko N.
Narcology: Linsky I., Sosin I., Tabachnikov S.
Endocrinology: Bondarenko V., Luchytskyi E.
Cardiology: Voronkov L., Kovalenko V.
Urology and Andrology: Lisovyi V., Luchytskyi E., Stakhovsky E.
Dermatovenereology: Bolotna L., Fedorenko O., Fedotov V.
Neurology: Darii V., Zozulya I., Mishchenko T.

Technical support: Dermenzhy N. Computer layout and design: Kovalenko I.

ЗМІСТ ЖУРНАЛУ

Заседа Ю.И.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БРУСНИЧНОЙ И ЧЕРНИЧНОЙ ПАСТ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА..... 7

Утюж И.Г., Городокин А.Д.

РОЛЬ ПСИХОАНАЛИЗА В СОВЕТСКОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ДИСКУРСЕ
НАЧАЛА XX ВЕКА 13

Городокін А.Д.

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ КОМОРБІДНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ,
ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ..... 18

Заседа Ю.И., Соломенный Р.И., Шихалиев Ф.Б.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОКИНА АЛЬФА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ
ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВИРУСНЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ У МУЖЧИН..... 25

Семенова Я.-М.О.

ВПЛИВ ПОМІРНОГО ХОЛОДОВОГО СТРЕСУ НА ПЕРЕРЕЗПОДІЛ КЛІТИН
ІМУННОЇ СИСТЕМИ 33

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ..... 43

CONTENTS

Zaseda Yu.I.

ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF THE APPLICATION OF THE COWBERRY
AND BLUEBERRY PASTE IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC
BACTERIAL PROSTATITIS 7

Utyuzh I.G., Gorodokin A.D.

THE ROLE OF PSYCHOANALYSIS IN THE SOVIET PSYCHOTHERAPEUTIC DISCOURSE
OF THE BEGINNING OF THE XX CENTURY 13

Gorodokin A.

PSYCHOTHERAPY SYSTEM FOR COMORBID PSYCHOPATHOLOGICAL DISASTERS
IN PERSONS UNDERGOING SUBSTITUTION MAINTENANCE THERAPY 18

Zaseda Yu.I., Solomianyi R.I., Shykhaliiev F.B.

THE EXPERIENCE OF THE USE OF ALLOKINE-ALPHA IN TREATMENT OF CHRONIC
PERSISTING VIRAL MIXT-INFECTIONS IN MEN 25

Semenova Ya.-M.O.

INFLUENCE OF A MODERATE COLD STRESS ON REDISTRIBUTION
OF IMMUNE SYSTEM CELLS 33

TO THE AUTHORS OF MAGAZINE PUBLICATIONS 43

© Заседа Ю.И., 2019

УДК: 616.65-002+ 615.874.2

Заседа Ю.И.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БРУСНИЧНОЙ И ЧЕРНИЧНОЙ ПАСТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

Клиника «Мужское Здоровье» г. Киев, Украина

Zasieda Yu.I.

ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF THE APPLICATION OF THE COWBERRY AND BLUEBERRY PASTE IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS

Men's Health Clinic, Kyiv, Ukraine

Резюме

С целью оценки эффективности применения брусничной и черничной паст в комплексном лечении хронического бактериального простатита было обследовано 72 пациента клиники «Мужское здоровье», г.Киев. По результатам обследования были сформированы 2 симметричные группы по 23 пациента. Основная группа проходила лечение по модели: антибиотикотерапия, вспомогательная фармакотерапия (венотонические препараты и ферменты), локальная физиотерапия и диетотерапия с включением в диету брусничной и черничной паст. Группа контроля получала аналогичное лечение, но без изменения диеты.

Оценка эффективности применения брусничной и черничной паст в комплексном лечении хронического бактериального простатита показывает, что пациенты, проходившие терапию с включением в рацион питания гомогенизированных брусничной и черничной паст – демонстрируют меньшую интенсивность симптомов хронического бактериального простатита (по данным шкалы I-PSS) через 3 месяца после окончания лечения, а именно: «ургентности мочеиспускания» и «субъективного снижения качества жизни» ($p=0,03$).

Ключевые слова: простатит, диетотерапия, брусничная паста, черничная паста.

Актуальность. Хронические воспалительные заболевания предстательной железы являются центральной проблемой андро-урологической клиники. Особенности клинических проявлений воспалительных заболеваний предстательной железы в значительной степени снижают качество жизни больного, оказывая выраженное негативное влияние на функциональное состояние мочеполовой системы и копулятивной функции, обладая также комплексом симптомов, вызывающих болевые ощущения и выраженный дискомфорт. Данный класс патологии имеет высокую популяционную распространенность при низкой эффективности рутинных терапевтических процедур

в отношении эрадикации возбудителя, что создаёт тенденцию к её эпидемиологической кумуляции [1,3,5].

Основными факторами, снижающими неспецифическую сопротивляемость организма к микробной флоре, являются нарушения локальной гемодинамики и состояния сосудистой стенки, что отражается не только на вероятности развития заболевания, но и на качестве и продолжительности ремиссий при хроническом бактериальном простатите [2,4].

В настоящее время можно выделить ряд факторов, которые оказывают значительное влияние на указанные показатели. Снижение локальной гемодинамики, а

именно венозный застой в области органов малого таза, который обусловлен специфической гиподинамией, присущей урбанистическому образу жизни, а именно длительными периодами сохранения сидячего положения. Нарушения состояния сосудистой стенки определяются наличием естественного оксидантного стресса, повреждающих и дестабилизирующих факторов при сниженном уровне защитных факторов, прежде всего антиоксидантов и веществ, участвующих в метаболизме компонентов соединительной ткани [2,4,6].

В настоящее время наряду с развитием фармакотерапевтических средств лечения хронического бактериального простатита, значительное внимание уделяется вспомогательным методам, направленным на создание условий для снижения уровня локальных сосудистых и гемодинамических нарушений, а именно: биологическим, физиотерапевтическим методам и диетотерапии, направленным на стимуляцию естественного восстановления сосудистой стенки. К методу диетотерапии относится введение в диету естественных источников флавоноидов, органических кислот, витаминов, полиненасыщенных жирных кислот, оказывающих антиоксидантный эффект и являющихся биологически активными по отношению к процессу структурного восстановления сосудистой стенки и регуляции её тонуса, а именно: гомогенизированных плодов брусники и черники в виде паст [2,6].

Оценка эффективности терапии хронического бактериального простатита с использованием диетотерапии в качестве вспомогательного метода, является важным аспектом развития комплексного подхода к лечению данной патологии.

Цель исследования: оценка эффективности применения брусничной и черничной паст в комплексном лечении хронического бактериального простатита.

Материалы и методы: исследование проведено в проспективном дизайне на параллельных группах. Контингент исследования составили 72 пациента ООО «Клиника «Мужское Здоровье», обратившихся

для амбулаторного лечения по поводу хронического бактериального простатита, из которых было выделено 56 пациентов с простатитом, вызванным неспецифической микробной флорой. Контингент сформирован методом сплошной выборки. В исследовании использованы следующие методы:

- клинический: стандартный комплекс клинических обследований, клиническая шкала I-PSS (International Prostate Symptom Score), для оценки выраженности симптомов хронического бактериального воспаления предстательной железы;
- сонографическое исследование предстательной железы (ТРУЗИ): с целью оценки степени и характера поражения;
- бактериальный посев эякулята на наличие патогенной микрофлоры, с определением антибиотикочувствительности;
- ПЦР диагностика основных возбудителей венерологических заболеваний.

Результаты исследования

Инициальное обследование контингента исследования дало следующие результаты:

- бактериальный посев эякулята и ПЦР диагностика основных возбудителей венерологических заболеваний указало, что воспалительный процесс обусловлен исключительно неспецифической микробной флорой в 56 случаях; у 16 пациентов были обнаружены различные варианты микст-инфекций (сочетания условно-патогенной бактериальной флоры с грибковой инфекцией, внутриклеточными возбудителями либо вирусной инфекцией), на основании чего они были исключены из исследования. Анализ антибиотикочувствительности неспецифической микробной флоры позволил установить возможность использования левофлоксацина либо доксициклина во всех 56 случаях;
- трансуретральное сонографическое исследование предстательной железы

позволило установить гомогенность контингента по критерию объективной тяжести поражения предстательной железы, а также отсутствие дополнительной патологии (объемных образований, конкрементов и проч.);

- клиническая шкала I-PSS позволила установить уровень тяжести клинических проявлений воспалительного процесса предстательной железы до начала лечения (табл. 1). Анализ результатов позволил установить ка-

чественные значения по каждому из показателей доступных для анализа в I-PSS. Для этого значения 1-2 балла для показателя были расценены как легкие (субклинические) проявления, 3-5 баллов – как тяжелые (клинические). В дальнейшем, критерием клинической эффективности терапии стал факт перехода показателей I-PSS из категории «клинических» (К) в категорию «субклинических» (СК) проявлений.

Таблица 1

Показатель клинической тяжести хронического бактериального воспаления предстательной железы до начала терапии (по данным клинической шкалы I-PSS)

Показатель	К	СК
	Абс. (n)	
Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	43	13
Учащенное мочеиспускание	49	7
Прерывистое мочеиспускание	32	24
Ургентность мочеиспускания	22	34
Ослабление струи мочи	46	10
Затруднение мочеиспускания	18	38
Субъективное снижение качества жизни	56	0

По результатам клинического обследования были сформированы симметричные группы исследования.

1. *Основная группа (ОГ):* 23 пациента, которые прошли лечение по модели:

- антибиотикотерапия в зависимости от антибиотикочувствительности обнаруженной микрофлоры, использовалась одна из следующих схем: левофлоксацин – 500 мг орально 1 раз в сутки на протяжении 14-28 суток, либо доксицилин – первый приём 200 мг, далее по 100 мг орально 2 раза в сутки на протяжении 14-28 суток.
- вспомогательная фармакотерапия (веноotonические препараты на основе биофлавоноидов; ферментные препараты – вобензим), ежедневно на протяжении 15 суток в стандартных дозировках для данного вида патологии;
- локальная физиотерапия (аппаратный пневмовибромассаж предстательной

железы – ежедневно, и трансректальная ультразвуковая терапия предстательной железы ежедневно на протяжении 15 суток (всего 15 сочетанных процедур);

- диетотерапия (включение в рацион питания гомогенизированных брусничной и черничной паст – из расчёта 1 гр на килограмм в сутки каждой, разделённой на 3 приёма, после приема пищи в течение 3-х месяцев от начала лечения).

2. *Группа контроля (ГК):* 23 пациента, которые прошли лечение по аналогичной терапевтической модели, но без внесения диетотерапевтических рекомендаций.

После окончания 15-дневного курса терапии было проведено повторное исследование контингента, направленное на установление клинической эффективности и сравнения использованных терапевтических моделей (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная эффективность исследуемых терапевтических моделей (по данным клинической шкалы I-PSS) после окончания курса терапии

Показатель	ОГ (n=23)		p(χ ²)	ГК (n=23)	
	К	СК		К	СК
Чувство неполного опорожнение мочевого пузыря	1	22	0,55	2	21
Учащенное мочеиспускание	2	21	1,00	2	21
Прерывистое мочеиспускание	0	23	–	0	23
Ургентность мочеиспускания	0	23	–	0	23
Ослабление струи мочи	4	19	0,38	2	21
Затруднение мочеиспускания	0	23	–	0	23
Субъективное снижение качества жизни	2	21	0,63	3	20

Клиническая эффективность обеих терапевтических моделей после окончания 15-дневного курса терапии не отличалась и находилась на высоком уровне (85-100% случаев обнаружили переход из категории «клинических» (К) в категорию «субклинических» (СК) проявлений). При этом эффективность моделей не отличалась между собой.

В качестве катамнестического исследования через 3 месяца было проведено повторное обследование контингента, направленное на установление клинической эффективности и сравнения использованных терапевтических моделей в отдаленном периоде (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная эффективность исследуемых терапевтических моделей (по данным клинической шкалы I-PSS) через 3 месяца после окончания курса терапии

Показатель	ОГ (n=23)		p(χ ²)	ГК (n=23)	
	К	СК		К	СК
Чувство неполного опорожнение мочевого пузыря	2	21	0,11	6	17
Учащенное мочеиспускание	2	21	0,21	5	18
Прерывистое мочеиспускание	0	23	–	0	23
Ургентность мочеиспускания	0	23	0,03	4	19
Ослабление струи мочи	4	19	0,29	7	16
Затруднение мочеиспускания	0	23	0,31	1	22
Субъективное снижение качества жизни	6	17	0,03	13	10

Анализ результатов позволил установить, что в ГК отмечается достоверно больший уровень клинических проявлений по показателям «ургентность мочеиспускания» и «субъективное снижение качества жизни» (p=0,03). При этом иные показатели, такие как «чувство неполного опорожнение мочевого пузыря», «учащенное мочеиспускание»

и «ослабление струи мочи» – также демонстрируют тенденцию к большей клинической тяжести в ГК, хотя и не достигают при этом достоверного уровня различий в группах.

Выводы: оценка эффективности применения брусничной и черничной паст в комплексном лечении хронического бактериального простатита показывает, что паци-

енты, проходившие терапию с включением в рацион питания гомогенизированных брусничной и черничной паст, демонстрируют меньшую интенсивность симптомов хронического бактериального простатита (по данным шкалы I-PSS) через 3 месяца после окончания лечения, а именно: «ургентности мочеиспускания» и «субъективного снижения качества жизни» ($p=0,03$).

Указанные результаты говорят о влиянии диетотерапии с включением в рацион гомогенизированных брусничной и черничной паст на отсроченные результаты лечения, а именно на уровень ремиссии и частоту возвращения симптомов хронического бактериального простатита. Данный результат может

быть объяснен включением в метаболизм пациентов биологически активных веществ естественного происхождения: органических кислот, полиненасыщенных жирных кислот Омега-3, Омега-6, витаминов С, В, Е, каротиноидов, флавоноидов естественного происхождения, в результате чего посредством снижения уровня нарушений функционирования сосудистой стенки, антиоксидантного эффекта в отношении факторов микробной агрессии и стимуляции неспецифического иммунного ответа, происходит повышение общей сопротивляемости организма к бактериальной инфекции, что отражается на более высоком качестве ремиссии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горпинченко І.І., Литвинець Є.А., Сандурський О.П. та ін. Діагностика хронічного простатиту: сучасні реалії та проблеми // Здоров'я чоловіка. 2014. № 1. С. 105–110.
2. Gallo L. Effectiveness of diet, sexual habits and lifestyle modifications on treatment of chronic pelvic pain syndrome. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2014; 17: 238–245.
3. Giubilei G., Mondaini N., Minervini A., Saieva C., Lapini A., Serni S. et al. Physical activity of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome not satisfied with conventional treatments—could it represent a valid option? The physical activity and male pelvic pain trial: a double-blind, randomized study. *J Urol* 2007; 177: 159–165.
4. Herati AS, Shorter B, Srinivasan AK, Tai J, Seideman C, Lesser M et al. Effects of foods and beverages on the symptoms of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2013; 82: 1376–1380.
5. Nickel JC, Downey J, Hunter D, Clark J. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index. *J Urol* 2001; 165: 842–845.
6. Tripp DA, Nickel JC, Shoskes D, Koljuskov A. A 2-year follow-up of quality of life, pain, and psychosocial factors in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their spouses. *World J Urol* 2013; 31: 733–739.

РЕЗЮМЕ

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БРУСНИЧНОЇ І ЧОРНИЧНОЇ ПАСТ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО ПРОСТАТИТУ

Засіда Ю.І.

Клініка «Чоловіче Здоров'я» м Київ, Україна

З метою оцінки ефективності застосування брусничної і чорничної паст в комплексному лікуванні хронічного бактеріального простатиту було обстежено 72 пацієнти клініки «Мужское здоровье», м.Київ. За результатами обстеження були сформовані 2 симетричні групи по 23 пацієнта. Основна група проходи-

ла лікування за моделлю: антибіотикотерапія, допоміжна фармакотерапія (венотонічні препарати і ферменти), локальна фізіотерапія та діетотерапія з включенням в дієту брусничної і чорничної паст. Група контролю отримувала аналогічне лікування, але без зміни дієти.

Оцінка ефективності застосування брусничної і чорничної паст в комплексному лікуванні хронічного бактеріального простатиту показує, що пацієнти, які проходили терапію з включенням в раціон харчування гомогенізованих брусничної і чорничної паст, демонструють меншу інтенсивність симптомів хронічного бактеріального простатиту (за даними шкали I-PSS) через 3 місяці після за-

кінчення лікування, а саме: «ургентності сечовипускання» та «суб'єктивного зниження якості життя» ($p=0,03$).

Ключові слова: простатит, дієтотерапія, бруснична паста, чорнична паста.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF THE APPLICATION OF THE COWBERRY AND BLUEBERRY PASTE IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS

Zasieda Yu.I.

Men's Health Clinic, Kyiv, Ukraine

In order to evaluate the effectiveness of cowberry and blueberry pastes in the complex treatment of chronic bacterial prostatitis, 72 patients of the Men's Health clinic in Kyiv were examined. Ac-

ording to the survey results, 2 symmetric groups of 23 patients were formed. The main group was treated according to the model: antibiotic therapy, auxiliary pharmacotherapy (venotonic drugs and enzymes), local physiotherapy and diet therapy with the inclusion of cowberry and blueberry pastes. The control group received a similar treatment, but without changing the diet.

Evaluating the effectiveness of cowberry and blueberry pastes in the complex treatment of chronic bacterial prostatitis shows that patients treated with the inclusion of homogenized cowberry and blueberry pastes in the diet demonstrate a lower intensity of symptoms of chronic bacterial prostatitis (according to the I-PSS scale) 3 months after treatment, namely: "urination urgency" and "subjective reduction in the quality of life" ($p=0.03$).

Key words: prostatitis, diet therapy, cowberry paste, blueberry paste.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Главный врач клиники «Мужское Здоровье» г. Киев. Телефон: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.
- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Головний лікар клініки «Мужское Здоровье» м. Київ. Телефон: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.
- Zasieda Yuri Igorevich. MD, Urologist, Andrologist, PhD, Doctor of Science, CMO of Men's Health Clinic, Kyiv. Contact number: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.

Стаття надійшла до редакції 17.01.2019

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com.

Утюж И.Г., Городокин А.Д.

РОЛЬ ПСИХОАНАЛИЗА В СОВЕТСКОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ДИСКУРСЕ НАЧАЛА XX ВЕКА

Запорожский государственный медицинский университет

Utyuzh I.G., Gorodokin A.D.

THE ROLE OF PSYCHOANALYSIS IN THE SOVIET PSYCHOTHERAPEUTIC DISCOURSE OF THE BEGINNING OF THE XX CENTURY

Zaporizhzhya State Medical University

Резюме

Актуальность. До середины 1920-х годов оправданием квази-идеалистических концепций психики был фрейд-марксизм, опиравшийся на аналогии в психоаналитическом и марксистском учениях. История развития этого учения в советском дискурсе требует осмысления в свете дальнейшего становления советской психотерапии и формирования онтологических концепций эпохи модерна.

Цель: анализ роли психоаналитического учения в советском психотерапевтическом дискурсе 1920-х годов.

Методы: контент-анализ.

Результаты исследования. Популярность психоанализа в советском дискурсе связывают с фигурой Л.Д. Троцкого. Ему приписывают идею использования психоаналитического метода в качестве инструмента преобразования массового сознания. Учение Фрейда, центрированное вокруг сексуальности, казалось незаменимым в деле радикального переустройства института семьи и брака. Иным преломлением психоаналитического учения стала педология – область экспериментальной педагогики, ставшей задачей организации процессов обучения и воспитания.

В эпоху «Великого перелома» 1928-1930-х годов – коллективизации и форсированной индустриализации, психоанализ уже не соответствовал духу времени, как метод психотерапии он противоречил коллективизму, как формат – экономической системе, как учение – получил статус «идеологически чуждого».

Выводы. Путь фрейд-марксизма, психоаналитического учения и одноимённого метода психотерапии, в советском XX веке закончился в конце 1920-х годов образованием идеологических табу в сферах психиатрии, психотерапии, психологии, педагогики и многих гуманитарных дисциплин, сыгравших значительную роль, как в медицинском ракурсе развития психотерапии, так и в ракурсе развития советской и постсоветской массовой культуры.

Ключевые слова: *психоанализ, психотерапия, педология.*

Введение. Середина XIX века характеризуется отходом от религиозных догм относительно природы человека и отсутствием конвенциональных позитивистских представлений на этот счет. На этом фоне происходит знаковая полемика «психического» и «соматического» направления в воззрении на душевные болезни, развер-

нувшаяся в Германии и определившая впоследствии судьбу учения о болезнях души.

Представители «психического» направления трактовали причины душевных расстройств в духе средневековой схоластики, то есть, как следствие тлетворного влияния порока. Опираясь на идею свободы воли, представители этого направления полагали

основными средствами лечения – преодоление упорства больного, его побуждение к выздоровлению, воспитание и дисциплину. Методы «психиков», такие как «механотерапия», во многом сформировали образность карательной психиатрии, хотя по своей сути были прообразами физио-, рефлекс- и психотерапии. Представители же «соматического» направления предполагали наличие неких физических причин помешательства, кроющихся в нарушениях работы тела, хотя и не имели достаточных для этого оснований [1].

В этом противопоставлении рафинированного идеализма «психического» и еще неуверенного материализма «соматического», нарастающий дух эпохи благоприятствовал последнему. Поздним итогом этого противостояния стала победа «соматиков» и медиализация учения о душевных расстройствах – своеобразная «секуляризация» психиатрии.

Онтологический вакуум, образовавшийся в культуре того времени, был заполнен мистическими концепциями – спиритизмом, автоматическим письмом, столоверчением, фотографированием духов и прочим. Из этой мистической мглы и рождается психотерапия.

Из «животного магнетизма» Ф.А. Месмера рождается практика «гипнотизации» – первого из медиализированных психотерапевтических методов. Не нашедший объяснения ни в одной из научных парадигм, феномен гипнотического транса всё так же обладает флёром мистицизма, что распространяется, пожалуй, на все иные практики «лечения души».

К концу XIX века, перейдя в арсенал медицинских методов, гипноз стал средством лечения истерии, «одержимости» – власти животного начала над сознанием и телом, он стал субститутом «преклонения к дарам», внезапного устрашающего ритуала экзорцизма.

Но оставалось и обратное – осознание животного начала в себе – ощущение «греховности». Паллиативом покаяния тут стал «анализ» психики – второй из методов пси-

хотерапии, скоро ставший её авангардом.

По мере угасания гуманистического идеализма, все явственней звучит нигилистический тезис Ницше о смерти Бога. Предчувствие торжества позитивизма и ощущение богооставленности становятся эпитафией восточноевропейскому XIX веку.

Основная часть. На белом коне богостроительства, рыжем – гражданской войны, вороном – продрозверсток и бледном – сталинских репрессий, XX век въехал в «современность», оставив в копытной пыли растоптанный гуманизм века XIX.

Марксизм стал катализатором превращения, уже изрядно истощившегося идеализма дидактической эпохи в материализм «современности» и, как надлежит всякому катализатору, соприкоснувшись со средой, он растворился в ней, запустив каскад необратимых реакций, качественно её изменивших. В наступающей «современности» для души оставалось все меньше места, «психо» требовалось оправдание.

До середины 1920-х, таким оправданием был «фрейдомарксизм», опиравшийся на аналогии в психоаналитическом и марксистском учениях. Обыкновенно, историю взлёта и падения этого странного, по нынешним меркам, синтеза, связывают с фигурой Л.Д. Троцкого, именно ему приписывают идею использования психоаналитического метода в качестве инструмента преобразования массового сознания – «пролетаризации», – необходимого условия «перманентной революции». Учение Фрейда, центрированное вокруг сексуальности, казалось незаменимым в деле радикального переустройства института семьи и брака, активно пропагандируемого в «эпоху революционных экспериментов» [4].

Иным преломлением психоаналитического учения стала педология – область экспериментальной педагогики, ставившей задачу организации процессов обучения воспитания, исходя из психологических характеристик учащихся. На поприще педологии в середине 1920-х шла борьба, где за место основного метода коррекции отстающих учеников, соревновались гипноз и

психоанализ [3]. Одной из центральных фигур советской педологии был А.Б. Залкинд – сторонник психоаналитического учения, в середине 20-х годов опубликовавший ряд работ фрейд-марксистского толка [5].

В 20-е годы уже вполне сформировалась концепция «малой психиатрии», формально отделявшая неврозы и реактивные состояния от иных форм психической патологии [1]. Кажется, именно тут психоаналитический метод мог бы обрести статус конвенционального, что, так или иначе и произошло в большинстве государств с капиталистической экономикой, где психоанализ стал платным паллиативом исповеди. Но в эпоху «Великого перелома» 1928-1930 годов – коллективизации и форсированной индустриализации, психоанализ уже не соответствовал духу времени, как метод психотерапии он противоречил коллективизму, как формат – экономической системе, как учение – получил статус «идеологически чуждого». В контексте начала эпохи сталинских репрессий с её делами о «вредительстве» в каждой из отраслей народного хозяйства, симпатии к психоанализу стали опасными.

Ю.В. Каннабих, один из основателей и последний президент Русского психоаналитического общества, просуществовавшего с 1922 по 1930 год. В середине 1920-х годов он выступал личным врачом А.А. Йоффе – ближайшего соратника Троцкого, и сопровождал его при визитах в Вену, где тот проходил лечение методом психоанализа. «История психиатрии» за авторством Ю.В. Каннабиха, знакомство с которой и поныне считается хорошим тоном в психиатрическом сообществе, изданная в 1928 году, то есть – спустя год после окончательного «разгрома» троцкистской оппозиции, освещает психоанализ уже в историческом ключе, противопоставляя его соответствующим духу эпохи, психогигиене и психопрофилактике [2]. Таким образом, к концу 20-х годов приоритет был отдан социально-профилактическим направлениям психотерапии, задачами которых стали организация быта и культуры коллективов путем воспитания и просвещения [1].

Психотерапевтические ниши, ранее занимаемые психоанализом, заняли рефлексология В.М. Бехтерева и физиология условных рефлексов И.П. Павлова, частично, в отношении детской психотерапии, – психология Л.С. Выготского [2]. В 1930 году выходит одна из центральных работ по психотерапии советского периода «Слово как физиологический и лечебный фактор» К.И. Платонова, где психотерапия обозначается в категориях рефлексологии и физиологии нервной системы, метод психоанализа прямо критикуется и обозначается «порочным» [6].

Частичным компромиссом в сфере сексопатологии, где позиции психоаналитического метода были наиболее сильны, стал переход к «гипноанализу» – анализу психики в состоянии гипноза. Насколько это стало «возвращением» к катартическому методу Й. Брейера, – предтече психоанализа Фрейда, в котором использовался гипноз, – сейчас сложно сказать, анализ же историй психотерапии в этой сфере обнаруживает тот факт, что далеко не всегда гипнотизация выступала фактором лечения, а иногда и вовсе выглядела как прелюдия к обстоятельному анализу «забытых» событий детства.

Связана была психология того времени с психоаналитическим учением на поприще педологии, с начала 30-х получившая название «культурно-исторической теории» Л.С. Выгодского. Вписываясь в доктрину коллективизма, педология в начале 1930-х годов, как казалось, получила перспективы развития, – ранее упомянутый А.Б. Залкинд в 1931 году возглавляет институт психологии, педологии и психотехники, но в том же году обвиняется во «фрейдизме», после чего снимается с должности. Дальнейший путь педологии – отход от психоаналитического метода в сторону формального психологического тестирования и дальнейшее институциональное упразднение в 1936 году, постановлением ЦК ВКП (б) от 4 апреля «О педологических извращениях в системе Наркомпросов». А.Б. Залкинд, нещадно критикуемый, умирает в июле того же года в возрасте 48 лет от сердечного приступа

(также есть версия самоубийства), очевидно не выдержав ожидания ареста.

Заключення. Путь фрейд-марксизма, психоаналитического учения и одноимённого метода психотерапии, в советском XX веке закончился в конце 1920-х годов образованием идеологических табу в сферах

психиатрии, психотерапии, психологии, педагогики и многих гуманитарных дисциплин, сыгравших значительную роль, как в медицинском ракурсе развития психотерапии, так и ракурсе развития советской и постсоветской массовой культуры.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Каннабих Ю. В. История психиатрии / Ю. В. Каннабих // Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. — 528 с.
2. Эткинд А. М. Эрос невозможного. История психоанализа в России. / А. М. Эткинд // Санкт-Петербург: Медуза. 1993. — 424 с.
3. Рыжков В. А. Психоанализ как система воспитания // Путь просвещения. М., 1922. №6. С. 196-218.
4. Залкинд А. Б. Двенадцать половых заповедей революционного пролетариата // Революция и молодёжь. — М.: Издательство Коммунистического университета им. Я. М. Свердлова, 1924.
5. Залкинд А. Б. Фрейдизм и марксизм. / А. Б. Залкинд // Красная новь, 1924, № 4, с. 163—186.
6. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор 2-е изд., перераб. и доп. / К.И. Платонов // М.: Медгиз, 1957. — 432 с.

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ ПСИХОАНАЛІЗУ В РАДЯНСЬКОМУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОМУ ДИСКУРСІ ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ

Утюж І.Г., Городокін А.Д.
Запорізький державний медичний університет

Актуальність. До середини 1920-х років виправданням квазі-ідеалістичних концепцій психіки був фрейд-марксизм, що спирався на аналогії в психоаналітичному і марксистському напрямках. Історія розвитку цього вчення в радянському дискурсі вимагає подальшого осмислення в світлі становлення радянської психотерапії та формування онтологічних концепцій епохи модерну.

Мета: аналіз ролі психоаналітичного вчення в радянському психотерапевтичному дискурсі 1920-х років.

Методи: контент-аналіз.

Результати дослідження. Популярність психоаналізу в радянському дискурсі пов'язують з фігурою Л.Д. Троцького. Йому приписують ідею використання психоаналітичного методу в якості інструменту перетворення масової свідомості. Вчення Фрейда, що центровано на сексуальності, здавалося незамінним у справі радикальної перебудови інституту сім'ї та шлюбу. Іншим заломленням психоаналітичного вчення стала педологія – область експериментальної педагогіки, яка ставила завдання організації процесів навчання та виховання.

В епоху «Великого перелому» 1928-1930-х років – колективізації і форсованої індустріалізації, психоаналіз вже не відповідав духу часу, як метод психотерапії він суперечив колективізму, як формат – економічній системі, як вчення – отримав статус «ідеологічно чужого».

Висновки. Шлях фрейд-марксизму, психоаналітичного вчення і однойменного методу психотерапії, в радянському XX столітті закінчився в кінці 1920-х років формуванням ідеологічних табу в сферах психіатрії, психотерапії, психології, педагогіки і багатьох гуманітарних дисциплін, які відіграли значну роль, як в медичному ракурсі розвитку психотерапії, так і в ракурсі розвитку радянської та пострадянської масової культури.

Ключові слова: психоаналіз, психотерапія, педологія.

SUMMARY

THE ROLE OF PSYCHOANALYSIS IN THE SOVIET PSYCHOTHERAPEUTIC DISCOURSE OF THE BEGINNING OF THE XX CENTURY

Utyuzh I.G., Gorodokin A.D.
Zaporizhzhya State Medical University

Relevance. Until the mid-1920s, justification of quasi-idealistic concepts of the psyche was based on freudo-marxism, which based on analogies in psychoanalysis and Marxism. The history of the freudo-marxism development in Soviet discourse

requires reflection in the light of the further development of Soviet psychotherapy and the formation of ontological concepts of the modern era.

Purpose: analysis of the role of psychoanalytic concepts in the Soviet psychotherapeutic discourse of the 1920s.

Methods: content analysis.

Study results. The popularity of psychoanalysis in Soviet discourse is associated with the figure of L. Trotsky. He is known by the idea of using the psychoanalytic method as a tool for transformation of mass consciousness. Freud's doctrine, focused on sexuality, seemed indispensable in a radical reformation of the institution of family and marriage. Another refraction of psychoanalytic teaching was pedagogy – part of experimental pedagogy, which set the task of organizing the processes of training and education.

In the period of 1928-1930 – collectivization and forced industrialization, psychoanalysis no longer corresponded to soviet culture, as a method of psychotherapy it contradicted to collectivism doctrine, as a format – an economic system, as a concept – received the status of “ideologically wrong”.

Conclusions. In soviet XX century, the path of freudo-marxism, psychoanalytic teaching and psychoanalytic method of psychotherapy, had ended by the formation of ideological taboos in fields of psychiatry, psychotherapy, psychology, pedagogy and many humanitarian disciplines, which played a significant role, as in the medical perspective of psychotherapy development, and also in development of soviet and post-soviet mass culture.

Key words: psychoanalysis, psychotherapy, pedagogy

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- Утюж Ирина Геннадьевна, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой общественных дисциплин Запорожского государственного медицинского университета. E-mail: ytu13@ukr.net
- Утюж Ирина Геннадіівна, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедру суспільних дисциплін Запорізького державного медичного університету. E-mail: ytu13@ukr.net
- Utyuzh Irina Gennadiyevna, doctor of philosophy, professor, head of the department of public disciplines of Zaporizhzhya State Medical University. E-mail: ytu13@ukr.net
- Городокін Антон Дмитрович – магістр психіатрії, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com.
- Городин Антон Дмитриевич – магістр психіатрії; аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорожского государственного медицинского университета, пр. Маяковського, 26, 2. Запорожье, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com
- Anton Gorodokin – MD, Master of Psychiatry, postgraduate student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhia; 26 Mayakovsky avenue, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com.

Стаття надійшла до редакції 21.01.2019

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com.

Городокін А.Д.

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ КОМОРБІДНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Gorodokin A.

PSYCHOTHERAPY SYSTEM FOR COMORBID PSYCHOPATHOLOGICAL DISASTERS IN PERSONS UNDERGOING SUBSTITUTION MAINTENANCE THERAPY

Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya, Ukraine

Резюме

Актуальність. Організація програм ЗПТ передбачає обстеження та медико-психологічну підтримку залежних осіб, між тим ефективність виявлення та лікування психопатологічних порушень непсихотичного рівня не є ефективним в даного контингенту.

Мета: формування системи психотерапії психопатологічних порушень непсихотичного рівня в осіб, які перебувають на програм ЗПТ.

Матеріали та методи: Дослідження проведено у проспективному дизайні у періоді 2016-2019 років. На базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» м.Запоріжжя, проведено обстеження 100 осіб з діагнозом «Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням опіоїдів, синдром залежності», які перебувають на програмі замісної підтримуючої терапії, код діагнозу за МКХ-10: F11.22. У дослідженні використано анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи.

Результати дослідження. За даними аналізу предикторів формування психопатологічних порушень непсихотичного рівня в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ було виявлено 5 їх груп: екзогенні, органічні, соматогенні, психогенні та персонологічні. З урахуванням даних неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю, сформовано систему психотерапії, орієнтовану на зниження інтенсивності впливу вказаних груп предикторів на формування психопатологічних порушень непсихотичного рівня, яка включає методи психотерапії (ПТ) та психологічної корекції (ПК).

Висновки. Психотерапевтичні інтервенції в розробленій системі складаються з комбінацій когнітивно-поведінкових методів (навчання, тренування), методів раціональної терапії (пояснення, розширення компетенції), сугестивних методів (переконання), сімейних та групових методів. Методи психологічної корекції є компліментарними до методів психотерапії та включають: психоосвітну, мотиваційне інтерв'ю, аутогенне тренування, групові комунікативні та підтримувальні сесії.

Ключові слова: *залежність, замісна підтримувальна терапія, невротичні розлади, психотерапія.*

Актуальність. З початку XXI сторіччя, у зв'язку з інтеграцією пострадянських держав у світову систему охорони здоров'я, гостро стала проблема епідеміологічного контролю

за станами залежності, де ін'єкційні її форми, зокрема залежність від опіоїдів, отримали надзвичайне значення, у зв'язку з їх роллю у розповсюдженні парентеральних інфекцій.

Наукові епідеміологічні дослідження, проведені в Україні в останнє десятиріччя, вказують на те, що особи, які страждають від опіоїдної залежності, у більшості випадків не потрапляють у поле зору державної медико-соціальної статистики, результатом чого стає значне розходження офіційних даних та реальної кількості залежних осіб з переважанням останніх на порядок. Між тим, лише за офіційними даними, на ін'єкційні форми залежностей в Україні страждає близько 80 000 осіб, серед яких абсолютна більшість залежна від опіоїдів.

Світовий досвід лікування залежності вказує на низьку ефективність подолання опіоїдної залежності в рамках традиційних терапевтичних моделей. Що обумовило конвенційний статус методів медико-соціального контролю залежності, а саме програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). В Україні програма ЗПТ впроваджена з 2005 року, на сьогодні ЗПТ отримують понад 9000 пацієнтів, на базі 170 медичних закладів МОЗ України.

Організація програм ЗПТ передбачає обстеження та медико-психологічну підтримку залежних осіб, між тим ефективність виявлення та лікування психопатологічних порушень неспсихотичного рівня не є ефективним у даного контингенту. Цьому сприяє ряд факторів, серед яких: анозогнозія залежних осіб щодо основних проявів невротичних та патоперсоналогічних розладів, небажання декларувати скарги через побоювання щодо ризику втрати можливості участі у програмі ЗПТ, наявність досвіду аутокурації та ін.

Між тим, контингент залежних осіб є надзвичайно обтяженим з точки зору наявності факторів формування психічних порушень неспсихотичного рівня. Серед таких факторів: екзогенні – ефекти препарату ЗПТ при змінах дозування; органічні – кумульований ефект застосування кустарних ін'єкційних опіоїдів до входження у програму ЗПТ; соматогенні – вплив на психічний стан хронічних соматичних захворювань, набутих за період неконтрольованого вживання опіоїдів; психогенні – вплив на психологіч-

ний стан соціального колапсу залежної особи; персонологічні – викривлення особистості під впливом залежності.

З оглядом на наявність значних обмежень у застосуванні фармакотерапії в контингенті програм ЗПТ, диференційована психотерапія, спрямована на предиктори розвитку та клінічні прояви психопатологічних порушень неспсихотичного рівня є перспективним методом лікування неспсихотичних психічних порушень у таких осіб.

Мета дослідження: формування системи психотерапії психопатологічних порушень неспсихотичного рівня в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено у проспективному дизайні у періоді 2016-2019 років. На базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» м. Запоріжжя, проведено обстеження 100 осіб з діагнозом «Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням опіоїдів, синдром залежності», які перебувають на програмі замісної підтримуючої терапії, код діагнозу за МКХ-10: F11.22. За гендерною структурою контингент дослідження складався з 20 жінок та 80 чоловіків. Середній вік дорівнював $41,2 \pm 5,6$ років, стаж систематичного вживання опіоїдів до включення у програму замісної підтримуючої терапії – $12,8 \pm 5,8$ років, середній загальний стаж вживання опіоїдів – $16,1 \pm 7,4$ років, середній строк перебування у програмі замісної підтримуючої терапії на момент початку дослідження (2016 рік) – $3,3 \pm 2,0$ років

У дослідженні використано наступні методи:

- анамнестичний (дослідження медичної документації хворих задля встановлення загальних характеристик контингенту дослідження);
- клініко-психопатологічний (дослідження інтенсивності та структури психопатологічних проявів та був реалізований з використанням «Клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів» (Д. Менделевич, К. Яхін, 1978);
- психодіагностичний (дослідження психологічного сприйняття психопатологічних

симптомів за допомогою неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю).

Результати дослідження. Якісний аналіз частоти якісної ідентифікації в контингенті дослідження психопатологічних станів

тривоги (Т), депресії (Д), психастенії (ПА), істеричного типу реагування (ІТР), obsесивно-фобічних (О-Ф) та психовегетативних (ПВ) станів представлено на рис. 1.

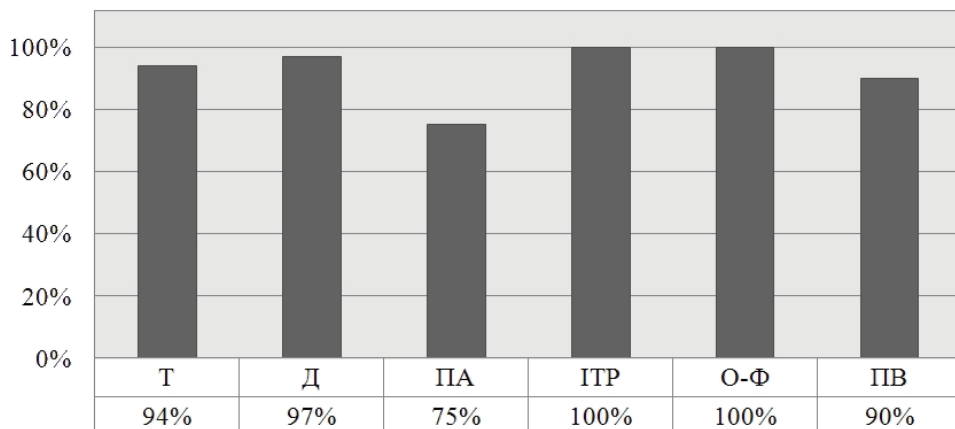


Рис. 1. Частоти якісної ідентифікації в контингенті дослідження психопатологічних станів по даним клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів.

У результаті анамнестичного аналізу предикторів формування психопатологічних порушень неспихотичного рівня в осіб, які перебувають на програм ЗПТ, було виявлено 5 їх груп.

1. Екзогенна – комплекс факторів, що виникають як наслідок постійного застосування фармакологічного агента ЗПТ (прямі побічні ефекти, ефекти відміни, перехресні реакції з рутинними ліками). Екзогенні фактори обумовлюють прояв афективних (дисфорії, емоційної відповідальності, дратівливості, тривожності, депресивних симптомів) і психовегетативних симптомів, які пацієнти, ґрунтуючись на досвіді життя у стані залежності, ідентифікують як прояви абстинентного стану.

2. Органічна – комплекс факторів, що виникають внаслідок кумуляції шкідливостей, викликаних травматичними ушкодженнями в агресивному соціальному середовищі, внутрішньовенними ін'єкціями кустарних опіоїдів з хімічно-агресивними компонентами (кислотами, червоним фос-

фором, марганцем калію, йодом тощо). Дана група факторів викликає органічний психосиндром (когнітивна дисфункція і порушення концентрації уваги, емоційна лабільність, тривожність, специфічні порушення мислення – торпідність, ригідність, інертність, патологічна деталізація).

3. Соматогенна – комплекс факторів, що виникають внаслідок впливу соматичної патології на психічні стани (тривога, депресивні симптоми, психовегетативні симптоми, стомлюваність, іпохондричні ідеї, панічні атаки).

4. Психогенна – комплекс психологічних факторів стресу, що виникають внаслідок соціальної, фінансової, сімейної дисфункції пацієнта. Група включає різні прояви типового невротичного спектру (тривожність, депресія, психо-вегетативні симптоми, дисоціативні симптоми тощо).

5. Персонологічна – комплекс патологічних трансформацій особистості, зумовлений впливом тривалого стану опіоїдної залежності (тяжкі порушення мотивації,

адаптація до соціального середовища залежної спільноти та психосоціальна дисфункція). Фактори цієї групи представлені як послідовні мотиваційні та поведінкові відхилення (демонстративність, імпульсивність, маніпулятивна поведінка тощо).

З урахуванням даних неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю, сфор-

мовано систему психотерапії, орієнтовану на зниження інтенсивності впливу вказаних груп предикторів на формування психопатологічних порушень непсихотичного рівня, яка включає методи психотерапії (ПТ) та психологічної корекції (ПК). Систему представлено у табл. 1.

Таблиця 1.

Предиктор-орієнтована система психотерапії психопатологічних порушень непсихотичного рівня в осіб, які перебувають на програм ЗПТ

Група	Предиктор	ПТ	Мета та цільовий стан
		ПК	
Екзогенна	Псевдо-абстиненція	Когнітивна та раціональна	Індукція нозогнозії; навчання особи відрізнити симптоми психопатології від проявів абстиненції
		Психоосвіта	
	Дистрес при змінах дозування препарату	Когнітивна та сугестивна	Формування мотивації до виходу зі стану залежності; виправдання кризи необхідністю боротьби з фізіологічною складовою залежності
		Мотиваційне інтерв'ю	
	Позапрограмне вживання ПАР та аутокурація	Раціональна	Формування комплаєнсу та боротьба з аутокурацією; перехід до декларації дистресу з метою отримання допомоги замість аутокурації
		психоосвіта	
Органічна	Дестабілізація афекту та втрата самоконтролю	Когнітивно-поведінкова	Навчання реєстрації емоційних реакцій, формування навички відстрочення реалізації емоційних реакцій, надання способу утилізації внутрішньої напруги
		Аутогенне тренування	
	Когнітивні порушення, виснажливність, диспрозексія	Групова	Формування нормативного модусу самосприйняття, підвищення комунікативної активності та групова когнітивна реабілітація
		Комунікативні групи	
Соматогенна	Анозогнозія та втрата розуміння джерела дистресу	Раціональна, когнітивна та групова	Індукція нозогнозії, пояснення природи фізичного захворювання, навчання реєстрації власного стану здоров'я та стимуляція взаємної помочі хворих
		Групи підтримки	
	Тривожно-іпохондричні прояви	Когнітивно-поведінкова та Раціональна	Навчання розмежування симптомів захворювання та соматизованих проявів психопатологічних симптомів, зниження рівня екзистенційної тривоги
		Екзистенційна співбесіда	

Група	Предиктор	ПТ	Мета та цільовий стан
		ПК	
Психогенна	Сімейна дезадаптація	Сімейна, групова	Стабілізація наявних сімейних відносин або ініціація комунікації між членами груп підтримки з метою формування особистих відносин
		Психоосвіта та групи підтримки	
	Матеріальний колапс	Сімейна та групова	Десенсибілізація сімейного оточення до матеріальної кризи, перехід від почуття провини та деструктивних патернів поведінки до пошуку шляхів матеріальної реабілітації
		Групи підтримки	
	Соціальна ізоляція	Сімейна та групова	Стимуляція комунікативної активності та формування толерантного соціального оточення в межах контингенту ЗПТ
		Комунікативні групи	
Персонологічна	Маніпулятивна поведінка	Когнітивно-поведінкова	Навчання реєстрації маніпулятивної поведінки, тренування його стримування у толерантних групах
		Комунікативні групи	
	Імпульсивність та порушення самоконтролю	Когнітивно-поведінкова	Навчання реєстрації імпульсивної поведінки, формування навички відстрочення імпульсивних дій.
		Аутогенне тренування	

Таким чином, психотерапевтичні інтервенції в даній системі складаються з комбінацій когнітивно-поведінкових методів (навчання, тренування), методів раціональної терапії (пояснення, розширення компетенції), суггестивних методів (переконання), сімейних та групових методів. Методи психологічної корекції є компліментарними до методів психотерапії та включають: психоосвітту, мотиваційне інтерв'ю, аутогенне тренування, групові комунікативні та підтримувальні сесії.

Вищевказане дозволяє реалізувати розроблену систему психотерапії фахівцем з обмеженою компетенцією відносно технік психотерапії та психологічної корекції, але потребує досвіду щодо особливостей генезу психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, що є важливим в умовах крайнього поліморфізму психопатологічних проявів в даному контингенті.

Висновки. Непсихотичні психопатологічні порушення у осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, мають складний багато-

факторний генез, предиктори неспсихотичної психопатології у осіб, які проходять програму ЗПТ, можуть бути систематизовані в 5 груп (екзогенні, органічні, соматогенні, психогенні та персонологічні).

З урахуванням даних неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю, сформовано систему психотерапії, орієнтовану на зниження інтенсивності впливу вказаних груп предикторів на формування психопатологічних порушень неспсихотичного рівня, яка включає методи психотерапії (ПТ) та психологічної корекції (ПК). Психотерапевтичні інтервенції в даній системі складаються з комбінацій когнітивно-поведінкових методів (навчання, тренування), методів раціональної терапії (пояснення, розширення компетенції), суггестивних методів (переконання), сімейних та групових методів. Методи психологічної корекції є компліментарними до методів психотерапії та включають: психоосвітту, мотиваційне інтерв'ю, аутогенне тренування, групові комунікативні та підтримувальні сесії.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К. В., Ревенко О. А., Корошніченко Д. М. Адиктивна коморбідність у сучасної наркологічної практиці // Архів психіатрії. 2011. № 1 (64). С. 92–95.
2. Батиргареева В. С., Золотарьов О. І. Значення замісної терапії у запобіганні наркоманії та наркотичній злочинності // Наукові дослідження: зб. наук. праць. Харків : Право, 2012. Вип. 24. С. 82–94.
3. Букановская Т. И. Эмоциональное переживание и психологическая защита в структуре синдрома зависимости у больных опийной наркоманией // Вопр. наркологии. 1992. № 3-4. С. 157–161.
4. Вербенко В. А., Філіппова Е. В. Вплив замісної терапії препаратами «Еднок» та «Метадол» на когнітивну сферу хворих на опійну залежність // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, Вип. 2 (63). С. 91–96.
5. Волошин П. В., Лінський І. В., Мінко О. І. та ін. Популяційно-генетичний аналіз формування станів залежності та оцінка можливостей протидії їхньому поширенню // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, Вип. 4 (77). С. 5–11.
6. Городокін А. Д. Особенности невротических проявлений у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости // Медична психологія. – 2018. – №1. – с. 47-50.
7. Линский И. В., Савкина Т. В. Психологические особенности, как факторы предрасположенности к развитию психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ // Український медичний альманах. 2000. Т. 3, № 2 (додаток). С. 84–86.
8. Лінський І. В., Мінко О. І. Наркопатологія, як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства : тези конференції // Профілактика аутоагресивної поведінки при психічних розладах. Харків, 2008. С. 79.
9. Boyd C. J., Young A., McCabe S. E. Psychological and drug abuse symptoms associated with nonmedical use of opioid analgesics among adolescents // Subst Abus. 2014. № 35 (3). P. 284–289.
10. Chen Y. Z., Huang W. L., Shan J. C. et al. Self-reported psychopathology and health-related quality of life in heroin users treated with methadone // Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013. № 9 (1). P. 41–48.

РЕЗЮМЕ

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ КОМОРБИДНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Городокін А.Д.

Запорожский государственный медицинский
университет, г. Запорожье

Актуальность. Организация программ ЗПТ предусматривает обследование и медико-психологическую поддержку зависимых лиц, между тем эффективность выявления и лечения психопатологических нарушений непсихотического уровня не является эффективным у данного контингента.

Цель: формирование системы психотерапии психопатологических нарушений непсихотического уровня у лиц, находящихся на программе ЗПТ.

Материалы и методы: Исследование проведено в проспективном дизайне в период 2016-2019 годов. На базе КУ «Областной клинический наркологический диспансер», г.За-

порожье, проведено обследование 100 человек с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости», которые находятся на программе заместительной поддерживающей терапии, код диагноза по МКХ-10: F11.22. В исследовании использованы анамнестический, клинико-психопатологический и психодиагностический методы.

Результаты исследования. По данным анализа предикторов формирования психопатологических нарушений непсихотического уровня, у лиц, находящихся на программе ЗПТ, было выявлено 5 их групп: экзогенные, органические, соматогенные, психогенные и персонологические. С учетом данных неструктурированного психодиагностического интервью, сформирована система психотерапии, ориентированная на снижение интенсивности воздействия указанных групп предикторов на формирование психопатологических нарушений непсихотического уровня, которая включает методы психотерапии (ПТ) и психологической коррекции (ПК).

Висновки. Психотерапевтичні інтервенції в розробленій системі складаються з комбінацій когнітивно-поведінчих методів (навчання, тренування), методів раціональної терапії (об'яснення, розширення компетенції), суггестивних методів (убеждень), сімейних і групових методів. Методи психологічної корекції являються компліментарними до методів психотерапії і включають: психоосвіту, мотиваційне інтерв'ю, аутогенну тренування, групові комунікативні і підтримуючі сесії.

Ключові слова: залежність, замещаюча підтримуюча терапія, невротичні розлади, психотерапія.

SUMMARY

PSYCHOTHERAPY SYSTEM FOR COMORBID PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN PERSONS UNDERGOING SUBSTITUTION MAINTENANCE THERAPY

Gorodokin A.

Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya, Ukraine

Relevance. The organization of substitution maintenance therapy (SMT) programs involves the examination and psychological support of residents, yet the effectiveness of the detection and treatment of psychopathological violations of the non-psychotic level is not effective in this contingent.

Aim: to form a system of psychotherapy for non-psychotic psychopathological disorders in people who undergoing SMT programs.

Materials and methods: The study was conducted in a prospective design in the period 2016-2019. On the basis of "Regional Clinical Narcological Dispensary" Zaporizhzhya, 100 people were diagnosed with "Mental and behavioral disorders caused by the use of opioids, dependence syndrome" located in the SMT program (ICD-10: F11.22). The study used anamnestic, clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods.

Study results. According to the analysis of non-psychotic psychopathological disorders predictors, persons undergoing SMT, 5 predictor groups were identified: exogenous, organic, somatogenic, psychogenic and personological. Taking into account the data of unstructured psychodiagnostic interviews, the system of psychotherapy aiming the intensity reducing of these predictor groups includes was developed. It includes methods of psychotherapy and psychological correction.

Conclusions. Psychotherapeutic interventions in the developed system consist of combinations of cognitive-behavioral methods (training, training), methods of rational therapy (explanation, expansion of competence), suggestive methods, family and group methods. Methods of psychological correction are complementary to methods of psychotherapy and include: psychoeducation, motivational interviews, autogenous training, group communication and support sessions.

Key words: addiction, substitution maintenance therapy, neurotic disorders, psychotherapy.

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- Городокін Антон Дмитрович – магістр психіатрії, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com.
- Городокін Антон Дмитрович – магістр психіатрії; аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com
- Anton Gorodokin – MD, Master of Psychiatry, postgraduate student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya; 26 Mayakovsky avenue, 69035; e-mail: antongorodokin@gmail.com.

Стаття надійшла до редакції 21.01.2019

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com.

Заседа Ю.И., Соломенный Р.И., Шихалиев Ф.Б.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОКИНА АЛЬФА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВИРУСНЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ У МУЖЧИН

Клиника «Мужское Здоровье» г. Киев, Украина

Zasieda Yu.I., Solomianyi R.I., Shykhaliiev F.B.

THE EXPERIENCE OF THE USE OF ALLOKINE-ALPHA IN TREATMENT OF CHRONIC PERSISTING VIRAL MIXT-INFECTIONS IN MEN

“Man’s health” clinic, Kyiv, Ukraine

Резюме

Актуальность. Хронические персистирующие вирусные инфекции представляют собой категорию андро-урологических проблем, не имеющую в настоящий момент однозначных путей решения.

Целью исследования является оценка эффективности терапии хронических воспалительных заболеваний предстательной железы (персистирующие вирусные микст-инфекции: сочетания вируса простого герпеса (первого и второго типов) и вируса папилломы человека с использованием препарата «Аллокин-альфа» (Аллоферон), в сравнении с рекомбинантным человеческим интерфероном-2b.

Материалы и методы. Исследование проведено на контингенте 60 пациентов клиники «Мужское здоровье», г. Киев. Дизайн исследования предполагал использование 2 параллельных групп по 30 пациентов, получающих лечение по различающимся терапевтическим моделям.

Результаты исследования. При сравнении терапевтических моделей, использующих парентеральное введение Аллоферона в составе препарата «Аллокин-альфа» и парентеральное введение рекомбинантного человеческого интерферона-2b в параллельных группах пациентов, страдающих хроническими персистирующими микст-инфекциями, был установлен ряд различий, касающихся серологической и клинической эффективности и долгосрочных эффектов.

Выводы. Эффективность элиминации хронических персистирующих вирусных микст-инфекций для Аллоферона составила 66,7%, для рекомбинантного человеческого интерферона-2b – 40%. Катамнестические эффекты терапевтических моделей также имели различия. Для Аллоферона через 6 месяцев после окончания курса лечения восстановление серологической активности вирусов произошло у 13,4% пациентов, возврат системных клинических проявлений наблюдался у 23,3% пациентов, возврат симптомов специфического простатита – у 10,0% пациентов. Для рекомбинантного человеческого интерферона-2b аналогичные показатели составили 23,0%, 33,3% и 20,0%, соответственно.

Ключевые слова: *вирусные инфекции, простатит, иммунотерапия, ви-рус герпеса, вирус папилломы человека.*

Актуальность. Хронические персистирующие вирусные инфекции представляют собой категорию андро-урологических про-

блем, не имеющую в настоящий момент однозначных путей решения [1-3, 5].

Одной из неспецифических проблем

данной группы андро-урологической патологии является несвоевременное обращение за специализированной медицинской помощью, так, обращение лиц мужского пола к врачу чаще всего происходит по поводу обследования половой партнерши или при наличии кондилом на половых органах. Современные условия ознакомления населения с медицинской информацией в сети Интернет часто является причиной необоснованного самолечения в случаях не только явных генитальных кондилом, а и при норме (перламутровые жемчужные папулы, контагиозный моллюск и т.п.).

При колоссальной и даже тотальной распространенности, такие инфекционные агенты, как вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов (ВПГ-1, ВПГ-2), вирус папилломы человека (ВПЧ) и прочие, демонстрируют столь широкий пул симптоматических проявлений и патологических воздействий на функциональное состояние большинства систем организма, что сам подход к их терапии перемещается из плоскости подбора симптоматических средств в сферу рациональной иммуномодуляции [1, 4, 6, 8].

Так, для терапии воспалительных процессов в урологии, вызванных бактериально-вирусными ассоциациями на фоне дефицита интерферона, а также при эксцизии ВПЧ-индуцированных пролифераций кожи в условиях интерферонового дефицита, для достижения ремиссии патологического процесса при длительно протекающих, рецидивирующих генитальных микст-инфекциях для профилактики рецидивов используется иммуностимулятор «Оверин».

Высокий риск инфицирования ВПЧ-1 состоит в его значительной инвазивности, возможности заражения при оральных, генитальных, анальных контактах, переливании крови. Факторами риска инфицирования ВПЧ-1 являются инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП), использование оральных и местных средств контрацепции, активное курение, клеточный иммунодефицит у инфицированных лиц, наличие хронических воспалительных заболеваний генитальной сферы.

При отсутствии своевременного терапевтического вмешательства, ВПЧ-1 оказывает неблагоприятные эффекты на медицинский прогноз, в частности: прогрессирование медицинского и социального дискомфорта, повышение риска развития онкологической патологии, развитие системных проявлений при диссеминации, а также хронизация и усугубление хронических воспалительных процессов уrogenитального тракта.

Дополнительно, сложность подбора схем терапии при хронических персистирующих микст-инфекциях осложняется необходимостью сочетания противовирусных препаратов и средств лечения сопутствующей соматической патологии, частота которой в контингенте пациентов, страдающих персистирующими вирусными инфекциями, достигает 80%. Системные проявления данной группы инфекционной патологии имеют высокий риск рецидивов, что связано с фактической невозможностью тотальной эрадикации возбудителя на фоне сопутствующей соматической патологии, снижающей эффективность иммунного ответа. Неблагоприятной является сочетанная персистенция ВПЧ с ВПГ-2, цитомегаловируса (ЦМВ), вируса Эпштейн-Барра (ВЭБ), вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), хламидиями и микоплазмами в связи с вазимопотенцирующими патологическими и иммуносупрессивными эффектами.

Среди современных подходов к терапии хронических персистирующих вирусных микст-инфекций, перспективным представляется селективная стимуляция иммунного ответа, сопряженная с эффектом стимуляции распознавания и лизиса инфицированных клеток цитотоксическими факторами естественного иммунитета, что особенно актуально в отношении клеток-носителей ВПГ, распознавание и лизис которых патологически нарушается вследствие эффектов экспрессии вирусной ДНК [1, 2, 5].

Такой эффект заявлен для Аллоферона, цитокиноподобного пептида, являющегося действующим веществом фармакологического препарата «Аллокин-альфа». Таким

образом, анализ клинической эффективности аллоферона в отношении хронических персистирующих вирусных микст-инфекций (ВПГ-1, ВПГ-2 и ВПЧ), является важным для разработки эффективных терапевтических моделей, использующих механизмы стимуляции иммунного ответа.

Целью исследования является оценка эффективности терапии хронических воспалительных заболеваний предстательной железы (персистирующие вирусные микст-инфекции: сочетания вируса простого герпеса (первого и второго типов) и вируса папилломы человека с использованием препарата «Аллокин-альфа» (Аллоферон), в сравнении с рекомбинантным человеческим интерфероном-2b.

Дизайн исследования. Исследование проведено в проспективном дизайне на контингенте 60 пациентов амбулаторного отделения клиники «Мужское Здоровье», страдающих хроническими воспалительными заболеваниями предстательной железы (персистирующие вирусные микст-инфекции: сочетания вируса простого герпеса (первого и второго типов) и вируса папилломы человека.

Исследование включало 3 этапа.

1. *Анамнестически-диагностический:* обследование популяции исследования с использованием комплекса параклинических методов:
 - а) сонографическое исследование предстательной железы (для исключения объёмных образований, конкрементов и склеротических изменений простаты);
 - б) бактериальный посев эякулята (для исключения бактериального генеза воспалительного процесса);
 - в) ПЦР диагностика основных возбудителей венерологических заболеваний и исследование IgG, IgM и ПЦР в слюне и крови к HCV 1,2; HCV 6, HCV 7, Varicella zoster, EBV, CMV (для верификации этиологического фактора и исключения пациентов иных групп патологии).

После прохождения анамнестически-диагностического этапа, контингент исследования был симметрично разделен на 2 группы: основную (ОГ) и контроля (ГК), каждая из них включала 30 пациентов. Пациенты, вошедшие в ОГ, получали терапию согласно модели, предполагающей назначение препарата «Аллокин-альфа», пациенты ГК – рекомбинантного человеческого интерферона-2b.

2. *Обсервационно-терапевтический:* формирование параллельных групп пациентов с последующим периодом лечения, проводимого согласно сравнимым терапевтическим моделям (Аллокин-альфа vs. Лаферобион); регистрация побочных и дополнительных эффектов терапии и случаев выбывания пациентов из исследования.
3. *Катамнестический:* проведение повторного цикла исследований для установления факта клинического и лабораторного выздоровления пациентов; сравнение терапевтического эффекта используемых моделей в 2-х временных точках катамнестического периода, соответствующих краткосрочной и долгосрочной эффективности терапевтических моделей, что выполняется с целью разграничения и установления клинической значимости противовирусного и иммуномодулирующего эффектов (заявленных для препарата Аллокин-альфа).

Результаты исследования. Согласно данным, полученным в ходе анамнестически-диагностического этапа исследования, структура сочетаний хронических персистирующих вирусных инфекций была таковой:

- ВПГ-1+ВПГ-2 – 11 пациентов (18,3%);
- ВПГ-1+ВПЧ – 14 пациентов (23,3%);
- ВПГ-2+ВПЧ – 8 пациентов (13,3%);
- ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ – 27 пациентов (45,0%).

Распределение пациентов в группы исследования представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов в группы исследования на основании структуры сочетаний хронических персистирующих вирусных инфекций

Микст-инфекция	ОГ (N=30)		ГК (N=30)	
	N	%	N	%
ВПГ-1+ВПГ-2	5	16,7%	6	20,0%
ВПГ-1+ВПЧ	7	23,3%	7	23,3%
ВПГ-2+ВПЧ	4	13,3%	4	13,3%
ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ	14	46,7%	13	43,3%

После формирования групп исследования был осуществлен переход к наблюдению-терапевтическому этапу, в рамках которого было начато лечение согласно сравниваемым терапевтическим моделям.

В ОГ: парентеральное (подкожное) введение Аллоферона в составе препарата «Аллокин-альфа», 1 мл 1 раз в 2 дня в рамках курса, составляющего 10 доз, при продолжительности периода амбулаторного наблюдения 21 сутки.

В ГК: парентеральное введение (внутримышечное) рекомбинантного человеческого интерферона-2b, в дозировке 2 млн.

МЕ, 1 раз в 2 дня в рамках курса, составляющего 10 доз, при продолжительности периода амбулаторного наблюдения 21 сутки.

При прохождении наблюдению-терапевтического этапа исследования не было зарегистрировано случаев выбывания пациентов из исследования или каких-либо значимых побочных эффектов.

По истечению периода амбулаторного наблюдения было проведено контрольное серологическое и клиническое обследования контингентов со сравнением соответствующих показателей эффективности (табл. 2 и 3).

Таблица 2

Серологические показатели наличия персистирующих вирусных микст-инфекций в ОГ (по данным ПЦР)

Микст-инфекция	ОГ до терапии (N=30)		p-критерий (χ^2)	ОГ после терапии (N=30)	
	N	%		N	%
ВПГ-1+ВПГ-2	5	16,7%	0,09	1	3,3%
ВПГ-1+ВПЧ	7	23,3%	0,07	2	6,7%
ВПГ-2+ВПЧ	4	13,3%	0,16	1	3,3%
ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ	14	46,7%	0,03	6	20,0%

Таким образом, суммарная эффективность элиминации хронических персистирующих вирусных микст-инфекций, вне зависимости от конкретного их сочетания, для ОГ составила 66,7%. При этом, для микст-ин-

фекции ВПГ-1+ВПГ-2, эффективность серологической элиминации составила 80,0%; для ВПГ-1+ВПЧ – составила 71,5%; для ВПГ-2+ВПЧ – составила 75,0%; для ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ – составила 57,1%.

Таблица 3

Серологические показатели наличия персистирующих вирусных микст-инфекций в ГК (по данным ПЦР)

Микст-инфекция	ГК до терапии (N=30)		p-критерий (χ^2)	ГК после терапии (N=30)	
	N	%		N	%
ВПГ-1+ВПГ-2	6	20,0%	0,28	3	10,0%
ВПГ-1+ВПЧ	7	23,3%	0,17	3	10,0%
ВПГ-2+ВПЧ	4	13,3%	0,39	2	6,7%
ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ	13	43,3%	0,43	10	33,3%

В ГК суммарная эффективность элиминации хронических персистирующих вирусных микст-инфекций, вне зависимости от конкретного их сочетания составила 40%. Для микст-инфекции ВПГ-1+ВПГ-2, эффективность серологической элиминации составила 50,0%; для ВПГ-1+ВПЧ – составила 57,1%; для ВПГ-2+ВПЧ – составила 50,0%; для ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ – составила 23,1%.

На катamnестическом этапе исследования было проведено повторное обследование контингента через 6 месяцев после окончания курса лечения с целью установления долгосрочных эффектов терапии. Данные серологического исследования в катamnестическом периоде приведены в табл. 4.

Таблица 4

Серологические показатели катamnестического этапа исследования (наличие персистирующих вирусных микст-инфекций в ОГ и ГК по данным ПЦР)

Микст-инфекция	ОГ до терапии (N=30)		ГК после терапии (N=30)	
	сразу же после окончания лечения	через 6 месяцев после окончания лечения	сразу же после окончания лечения	через 6 месяцев после окончания лечения
ВПГ-1+ВПГ-2	1 (3,3%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)	5 (16,7%)
ВПГ-1+ВПЧ	2 (6,7%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)	5 (16,7%)
ВПГ-2+ВПЧ	1 (3,3%)	3 (10,0%)	2 (6,7%)	4 (13,3%)
ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ	6 (20,0%)	7 (23,3%)	10 (33,3%)	11 (36,7%)

Сопоставление серологических данных катamnестического периода в ОГ и ГК демонстрирует, что в ОГ через 6 месяцев после окончания курса лечения восстановление активности вирусов (вне зависимости от конкретного типа микст-инфекции) произошло у 13,4% пациентов, при этом аналогичный показатель в ГК составил 23,0%.

Клинические показатели повторного цикла обследований проведенного на катamnестическом этапе исследования представлены в табл. 5.

Сравнение клинической эффективности проводилось по данным физикального осмотра и жалоб пациентов после окончания курса терапии (табл. 5).

Клинические показатели катamnестического этапа исследования
(активность персистирующих вирусных микст инфекций в ОГ и ГК
по данным физикального обследования)

Симптоматика	ОГ		ГК	
	сразу же после окончания лечения	через 6 месяцев после окончания лечения	сразу же после окончания лечения	через 6 месяцев после окончания лечения
Системные проявления				
Симптоматика аффилированная с ВПП-1				
Лабильная экзантема	–	1 (3,3%)	3 (10,0%)	4 (13,3%)
Энантема полости рта	–	–	3 (10,0%)	5 (16,6%)
Локальная болезненность	1 (3,3%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)	5 (16,6%)
Симптоматика аффилированная с ВПП-2				
Генитальная экзантема	–	1 (3,3%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)
Генитальная энантема	1 (3,3%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)
Локальная болезненность	1 (3,3%)	3 (10,0%)	3 (10,0%)	4 (13,3%)
Симптоматика аффилированная с ВПЧ				
Специфические неоплазии аногенитальной области	4 (13,3%)	6 (20,0%)	6 (20,0%)	9 (30,0%)
Проявления специфического простатита				
учащенное мочеиспускание	1 (3,3%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)	4 (13,3%)
дискомфорт или затруднения при мочеиспускании	1 (3,3%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	4 (13,3%)
региональный болевой синдром	–	1 (3,3%)	2 (6,7%)	5 (16,6%)
Данные в таблице указывают количество пациентов группы, у которых были отмечены те или иные симптомы				

Показатели клинической эффективности терапевтических моделей указывают на то, что возврат системных клинических проявлений хронических персистирующих микст-инфекций через 6 месяцев после окончания лечения наблюдался у 23,3% ОГ, в ГК данный показатель составил 33,3%. Возврат симптомов специфического простатита в ОГ был отмечен у 10% пациентов, в ГК – у 20% пациентов.

Несмотря на выявленные различия, следует указать на ряд ограничений точности катamnестического исследования, а именно: ограниченный размер выборки, отсутствие точных данных о серотипах ВПЧ, отсутствия данных относительно иммунологического статуса и эндотипа пациентов, а также отсутствия данных относительно возможности реинфицирования контингентов в периоде 6 месяцев катamnестического наблюдения.

Выводы. При сравнении терапевтических моделей, использующих парентеральное введение Аллоферона в составе препарата «Аллокин-альфа» и парентеральное введение рекомбинантного человеческого интерферона-2b в параллельных группах пациентов, страдающих хроническими персистирующими микст-инфекциями, было установлено:

- 1) суммарная эффективность элиминации хронических персистирующих вирусных микст-инфекций, вне зависимости от конкретного их сочетания для терапевтической модели, использующей парентеральное введение Аллоферона, составила 66,7%; для модели, предполагающей введение рекомбинантного человеческого интерферона-2b – 40%.
- 2) эффективность терапевтических моделей в отношении конкретных вариантов

- сочетаний хронических персистирующих вирусных инфекций, отличалась. Для Аллоферона: ВПГ-1+ВПГ-2 – 80,0%; ВПГ-1+ВПЧ – 71,5%; для ВПГ-2+ВПЧ – 75,0%; для ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ – 57,1%. Для рекомбинантного человеческого интерферона-2b: ВПГ-1+ВПГ-2 – 50,0%; ВПГ-1+ВПЧ – 57,1%; ВПГ-2+ВПЧ – 50,0%; ВПГ-1+ВПГ-2+ВПЧ – 23,1%.
- 3) катамнестические эффекты терапевтических моделей также имели различия. Для Аллоферона через 6 месяцев по-

сле окончания курса лечения восстановление серологической активности вирусов (вне зависимости от конкретного типа микст-инфекции) произошло у 13,4% пациентов, возврат системных клинических проявлений наблюдался у 23,3% пациентов, возврат симптомов специфического простатита – у 10,0% пациентов. Для рекомбинантного человеческого интерферона-2b аналогичные показатели составили 23,0%, 33,3% и 20,0%, соответственно.

ПЕРЕЧЕНЬ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

4. Anic G.M., Giuliano A.R. (2011) Genital HPV infection and related lesions in men. *Prev. Med.* 53, S36–S41
5. Benevolo M., Donà M.G., Ravenda P.S., Chiocca S. (2016) Anal human papillomavirus infection: prevalence, diagnosis and treatment of related lesions. *Expert Rev. Anti Infect. Ther.* 14, 465–47
6. De SK, Hart JC, Breuer J: Herpes simplex virus and varicella zoster virus: recent advances in therapy. *Curr Opin Infect Dis.* 2015;28(6):589–95.
7. Giuliano A.R., Nyitray A.G., Kreimer A.R., Campbell C.M., Goodman M.T., Sudenga S.L., (2015) EUROGIN 2014 roadmap: differences in human papillomavirus infection natural history, transmission and human papillomavirus-related cancer incidence by gender and anatomic site of infection. *Int. J. Cancer* 136, 2752–2760
8. Jiang YC, Feng H, Lin YC, et al. : New strategies against drug resistance to herpes simplex virus. *Int J Oral Sci.* 2016;8(1):1–6.
9. McQuillan G, Kruszon-Moran D, Flagg EW, et al. : Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 1 and Type 2 in Persons Aged 14-49: United States, 2015-2016. *NCHS Data Brief.* 2018; (304):1–8.
10. Roizman B, Whitley RJ: The nine ages of herpes simplex virus. *Herpes.* 2001;8(1):23–7.
11. Whitley R: Herpes Simplex Virus Infections. In Singhi P, Griffin D, Newton C (ed), *Infections of the CNS in Children.* Mac Keith Press. 2014.
12. Xu F, Sternberg MR, Kottiri BJ, et al. : Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States. *JAMA.* 2006;296 (8):964–73.

РЕЗЮМЕ

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АЛОКІН-АЛЬФА В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ПЕРСИСТУЮЧИХ ВІРУСНИХ МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ У ЧОЛОВІКІВ

Засєда Ю.І., Солом'яний Р.І., Шихалєв Ф.Б.
Клініка «Мужское Здоровье» м. Київ, Україна

Актуальність. Хронічні персистуючі вірусні інфекції являють собою категорію андро-урологічних проблем, що не мають на даний момент однозначних шляхів вирішення. Метою дослідження є оцінка ефективності терапії хронічних запальних захворювань передміхурової залози (вірусні персистуючі микст-інфекції: поєднання вірусу простого герпесу (першого і другого типів) і вірусу папіломи людини з використанням препарату

«Алокін-альфа» (Алоферон)), в порівнянні з рекомбінантним людським інтерфероном-2b. Матеріали та методи. Дослідження проведено на контингенті 60 пацієнтів клініки «Мужское здоровье», м. Київ. Дизайн дослідження передбачав використання 2 паралельних груп по 30 пацієнтів, які отримують лікування за різними терапевтичними моделями.

Результати дослідження. При порівнянні терапевтичних моделей було використано парентеральне введення алоферону в складі препарату «Алокін-альфа» і парентеральне введення рекомбінантного людського інтерферону-2b в паралельних групах пацієнтів, які страждають на хронічні персистуючі вірусні микст-інфекції. Було встановлено ряд

відмінностей, що стосуються серологічної і клінічної ефективності та довгострокових ефектів.

Висновки. Ефективність елімінації хронічних персистуючих вірусних мікст-інфекцій, для алоферону склала 66,7%, для рекомбінантного людського інтерферону-2b – 40%. Катamnестичні ефекти терапевтичних моделей також мали відмінності. Для алоферону, через 6 місяців після закінчення курсу лікування, відновлення серологічної активності вірусів відбулося у 13,4% пацієнтів, повернення системних клінічних проявів спостерігалось у 23,3% пацієнтів, повернення симптомів специфічного простатиту – у 10,0% пацієнтів. Для рекомбінантного людського інтерферону-2b аналогічні показники склали 23,0%, 33,3% і 20,0%, відповідно.

Ключові слова: вірусні інфекції, простатит, імунотерапія, вірус герпесу, вірус папіломи людини.

SUMMARY

THE EXPERIENCE OF THE USE OF ALLOKINE-ALPHA IN TREATMENT OF CHRONIC PERSISTING VIRAL MIXT-INFECTIONS IN MEN

Zasieda Yu.I., Solomianyi R.I., Shykhaliiev F.B.
"Man's health" clinic, Kyiv, Ukraine

Relevance. Chronic persistent viral infections are a category of andro-urological problems that currently have no definite solutions.

The aim of the study is to evaluate the effectiveness of treatment of chronic inflammatory dis-

eases of the prostate gland (persistent viral mixed infections: combinations of herpes simplex virus (first and second types) and human papilloma virus using the drug "Allokin-alpha" (Alloferonum)), in comparison with recombinant human interferon-2b.

Materials and methods. The study was conducted on a contingent of 60 patients of the clinic "Men's Health", Kyiv. The study design suggested the use of 2 parallel groups of 30 patients receiving treatment according to different therapeutic models.

The results of the study. When comparing therapeutic models using parenteral administration of Alloferonum in the composition of the drug "Allokin-alpha" and parenteral administration of recombinant human interferon-2b in parallel groups of patients suffering from chronic persistent mixed infections, a number of differences regarding serological and clinical efficacy and long-term effects were found.

Findings. The effectiveness of the elimination of chronic persistent viral mixed infections for Alloferonum was 66,7%, for recombinant human interferon-2b in - 40%. The catamnestic effects of therapeutic models also differed. For Alloferonum 6 months after the course of treatment, the recovery of serological activity of viruses occurred in 13,4% of patients, the return of systemic clinical manifestations was observed in 23,3% of patients, the return of symptoms of specific prostatitis - in 10,0% of patients. For recombinant human interferon-2b, similar figures were 23,0%, 33,3% and 20,0%, respectively.

Key words: viral infections, prostatitis, immunotherapy, herpes virus, human papillomavirus.

АВТОРСКАЯ СПРАВКА

- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Главный врач клиники «Мужское Здоровье» г. Киев. Телефон: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.
- Заседа Юрий Игоревич, д. м. н. Головной лікар клініки «Мужское Здоровье» м. Київ. Телефон: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.
- Zaseda Yuri Igorevich. MD, Urologist, Andrologist, PhD, Doctor of Science, CMO of Men's Health Clinic, Kyiv. Contact number: +380976500444. E-mail: zasieda@gmail.com.
- Соломенний Руслан Іванович, врач-уролог клиники «Мужское Здоровье» г. Киев. Телефон: +380976500444. E-mail: Glooobal@ukr.net
- Солом'яний Руслан Іванович, лікар-уролог клініки «Мужское Здоровье» м. Київ. Телефон: +380976500444. E-mail: Glooobal@ukr.net
- Solomianyi Ruslan Ivanovych, Urologist of Men's Health Clinic, Kyiv. Contact number: +380976500444. E-mail: glooobal@ukr.net
- Шихалиев Фарид Бююкага оглы, врач-уролог клиники «Мужское Здоровье» г. Киев. Телефон: +380976500444. E-mail: corbindollar@gmail.com
- Шихалієв Фарід Бююкага огли, лікар-уролог клініки «Мужское Здоровье» м. Київ. Телефон: +380976500444. E-mail: corbindollar@gmail.com
- Shykhaliiev Farid Bujukaga ogly, Urologist of Men's Health Clinic, Kyiv. Contact number: +380976500444. E-mail: corbindollar@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 29.01.2019

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу ceomenshealth@gmail.com

Семенова Я.-М.О.

ВПЛИВ ПОМІРНОГО ХОЛОДОВОГО СТРЕСУ НА ПЕРЕРОЗПОДІЛ КЛІТИН ІМУННОЇ СИСТЕМИ

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», Київ, Україна

Senenova Ya.-M.O.

INFLUENCE OF A MODERATE COLD STRESS ON REDISTRIBUTION OF IMMUNE SYSTEM CELLS

State Institute of Genetic and Regenerative Medicine National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Резюме

Актуальність. Робота присвячена вивченню перерозподілу клітин імунної системи при помірному холододовому стресі, що має теоретичне і практичне значення.

Мета дослідження: вивчення впливу одноразового відтворення помірною холододового стресу на перерозподіл клітин в межах імунної системи.

Дизайн. Експерименти проведено на самцях мишей лінії C57BL віком 6-8 тижнів і масою 18-20 г. Гострий холододовий стрес індукували витримуванням мишей при +4°C протягом 15 хв. Через 4 та 24 год досліджували показники кісткового мозку, тимуса і селезінки, фази клітинного циклу і активність апоптозу, а також гематологічні показники, включаючи лейкоцитарну формулу і вміст ретикулоцитів у крові.

Результати. Короткочасний помірний холододовий стрес характеризується розвитком через 24 год лейкоцитозу, ретикулоцитопенії, вираженим зменшенням клітинних показників в кістковому мозку, тимусі і селезінці, суттєвим зниженням кількості тимоцитів у S і G2-M+S фазах і значним збільшенням кількості тимоцитів і спленоцитів в апоптозі, що можна розцінювати як інтенсивний клітинний стресовий перерозподіл.

Висновки. У розвитку холододового стресу приймає участь кістковомозкова клітинна мобілізація, міграція лімфоцитів і гранулоцитів із тимуса і селезінки, пригнічення проліферативної активності і підвищення апоптозу клітин тимуса і селезінки, що свідчить про сполучення при холододовому стресі катаболічних і регуляторних процесів в органах імунної системи. Отримані дані про особливості холододової стресової реакції можуть бути використані на шляхах пошуку нових методів корекції, небажаних для функціонування імунної системи стресових ефектів.

Ключові слова: *холододовий стрес, імунна система, гемопоетичні стовбурові клітини, лімфоцити.*

Вступ

Холододовий стрес є психосоматичною реакцією організму. Сильнодіючі фактори спричиняють в організмі процеси, що визначені Сельє як «загальний адаптаційний синдром». В основі реакції лежить збудження в осі гіпоталамус-гіпофіз-кора наднирників і активація вегетативної нервової системи, головним чином, її симпатичного відділу. Як ключові, діючі на імунну систему, фактори, розглядаються АКТГ і стимульована ним

продукція стероїдних гормонів наднирників, а також виділені у підвищеній кількості катехоламіни. Є дані, що імуносупресивний ефект при стресі більше індукується не глюкокортикоїдами, а катехоламінами і простаглантинами [1]. Відомо, що стимуляція α - і β -рецепторів при стресі сприяє виходу лімфоцитів і гранулоцитів із селезінки [2] і забезпечує нейтрофіліоз [3]. Основну роль у продукції ГМ-КСФ при стресі відіграє PI3K/Akt-залежний сигнальний каскад [4]. Інші ен-

докринні залози приймають меншу участь у розвитку стресу [5].

Реакція лімфоцитів, гранулоцитів і моноцитів залежить, з одного боку, від концентрації глюкокортикоїдів і катехоламінів, а з іншого, від вираженості на клітинах імунної системи рецепторів до цих факторів. Сильні класичні стреси викликають катаболічні процеси з апоптозом чутливих клітин імунної системи і формуванням імунодефіциту [6]. Впливи помірної інтенсивності вивчені значно менше [7]. Дані про зміни в імунній системі при дії несильних подразників обмежені. При експозиції щурів при 4°C значно підвищувався рівень АКГГ, адреналіна, ангіотензину-II і IL-10. Також спостерігали зниження кількості CD4+CD25+Foxp3+Treg-лімфоцитів [8]. Між тим, із клінічних спостережень відомо, що неконтрольовані по силі, тривалості і кратності холодкові стреси можуть сприяти виникненню опортуністичних інфекцій і обтяжувати перебіг хронічних захворювань [9].

Мета роботи. Вивчення впливу одноразового відтворення помірного холодowego стресу на перерозподіл клітин в межах імунної системи.

Методика

Експерименти проведено на самцях мишей лінії C57BL віком 6-8 тижнів і масою 18-20 г з розплідника Інституту патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, які знаходились у стандартних умовах віварію. Усі експерименти проводили з дотриманням вимог статті 26 Закону України «Про захист тварин від жорстокого поводження» (від 21.02.2006 р.) та «Європейської конвенції по захисту хребетних тварин, які використовуються з експериментальною та іншою науковою метою» (Страсбург, 1986). Під час проведення експерименту усі тварини отримували збалансоване харчування та мали вільний доступ до води.

Гострий холододовий стрес індукували витриманням мишей при +4°C протягом 15 хв. Сформовано три експериментальних групи тварин: I – контрольна (n=28), II – миші через 4 год після 15-хвилинного холодowego стресу (n=7), III – миші через 24 год після

15-хвилинного холодowego стресу (n=7). Активність стресової реакції контролювали за розвитком через 24 год гіпотрофії тимуса і лейкоцитоза.

Через 4 та 24 год досліджували показники кісткового мозку, тимуса і селезінки, фази клітинного циклу і активність апоптозу, а також гематологічні показники, включаючи лейкоцитарну формулу і вміст ретикулоцитів у крові. Для визначення фаз клітинного циклу та апоптозу суспензію клітин забарвлювали розчином йодиду пропідію з додаванням цитрату натрію. Клітини аналізували методом проточної цитометрії. Для встановлення розподілу клітин за фазами клітинного циклу аналізували гістограми, на яких оцінювали частку клітин в області, що відповідає гіпердиплоїдному набору хромосом. На гістограмі клітин, забарвлених пропідію йодидом, цим клітинам відповідає пік, що знаходиться справа від основного диплоїдного піку. При використанні спеціально розробленої програми (ModFit LT) вдається більш детально проаналізувати цю область і розрахувати частку клітин, що знаходяться в різних стадіях циклу.

Для оцінки апоптозу на цитограмі за прямим і бічним світлорозсіюванням визначали локалізацію лімфоцитів і оцінювали червону флуоресценцію йодиду пропідіюму для 10000 клітин, серед яких розраховували відсоток гіподиплоїдних клітин [10].

Отримані результати були оброблені методами варіаційної статистики за допомогою програми Excell (MS Office XP). Для кількісних ознак розраховували середнє значення (M) та стандартну похибку середнього значення ($\pm m$). Використовували непараметричний критерій Мана-Уїтні (U) для виявлення достовірності відмінностей. У разі статистичного оцінювання значення $p < 0,05$ вважали вірогідними.

Результати та їх обговорення

В результаті розвитку помірної стресової реакції через 24 год у мишей спостерігався доволі високий лейкоцитоз, що формувався, мабуть, одночасним, хоч і недостовірним, збільшенням у крові кількості гранулоцитів і лімфоцитів (рис. 1). Одночас-

но відбувалося суттєве зниження клітинності кісткового мозку (рис. 2, а), що дозволяє припустити частково кісткомозкове походження лейкоцитозу. Не виключено також, що зниження кількості клітин у кістковому мозку може бути і результатом токсичного метаболічного впливу. Кістковий мозок містить клітини-попередники, що мігрують у тимус і розвиваються в його мікрооточенні, а частина зрілих тимоци-

тів після диференціювання повертається у кістковий мозок [11]. Введення глюкокортикоїдів сприяє міграції Т-клітин у кістковий мозок, а в селезінці кількість цих клітин знижується [12]. Нейтрофіли є ключовим компонентом уродженого імунітеру і основним джерелом запалення [13], а найважливішим регулятором вивільнення нейтрофілів із кісткового мозку в нормі і при стресі являється CXCR4 [14].

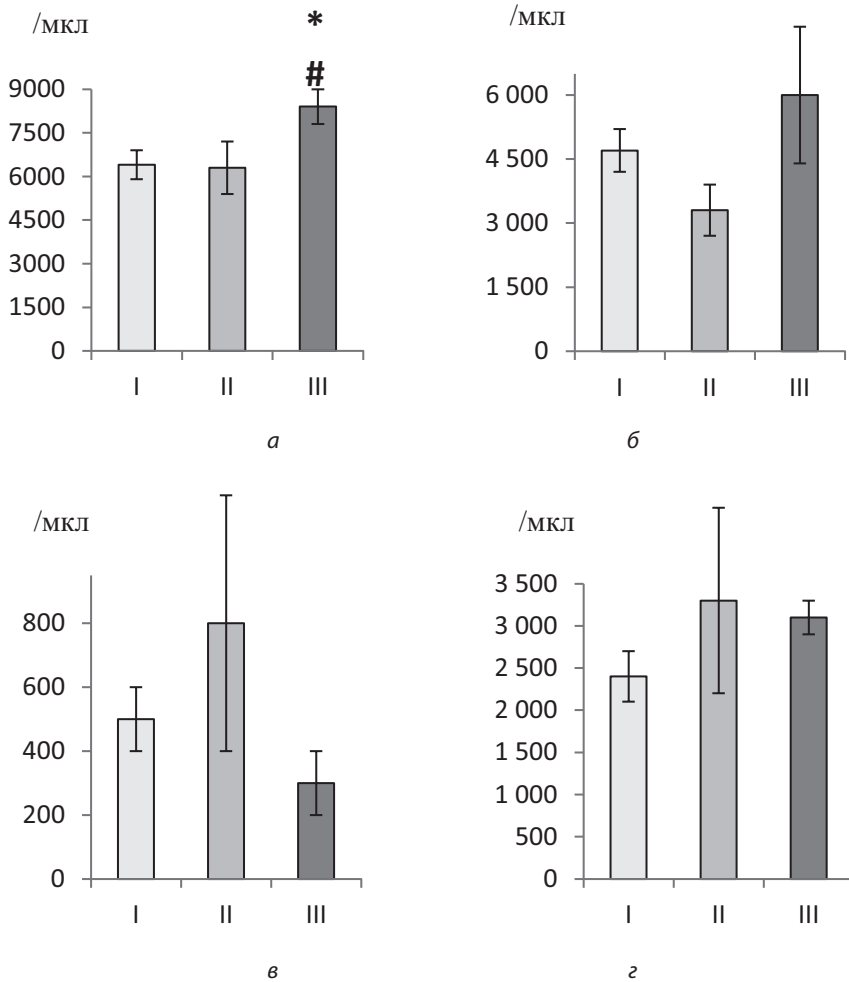


Рис 1. Кількість лейкоцитів (а), лімфоцитів (б), моноцитів (в) і гранулоцитів (г) в периферичній крові стресованих мишей: I – контрольні тварини, II – тварини через 4 год після 15-хвилинного холододового стресу, III – тварини через 24 год після 15-хвилинного холододового стресу. * $p < 0,05$ порівняно з групою контрольних мишей; # $p < 0,05$ порівняно з групою мишей через 4 год після 15-хвилинного холододового стресу

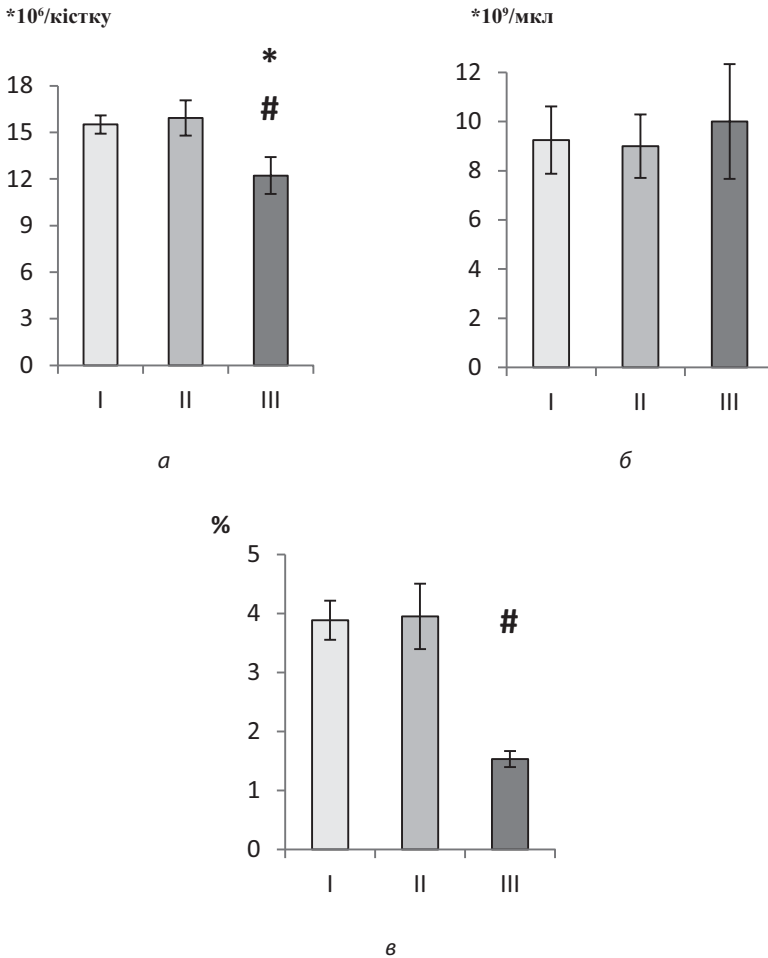


Рис 2. Клітинність кісткового мозку (а), кількість еритроцитів (б) та ретикулоцитів (в) стресованих мишей: I – контрольні тварини, II – тварини через 4 год після 15-хвилинного холодного стресу, III – тварини через 24 год після 15-хвилинного холодного стресу. * $p < 0,05$ порівняно з групою контрольних мишей; # $p < 0,05$ порівняно з групою мишей через 4 год після 15-хвилинного холодного стресу

Між тим, рівень еритроцитів у зазначений термін змінювався мало. Але значно зменшувалась чисельність ретикулоцитів (рис. 2, в), що означає пригнічення еритроцитарного росту кровотворення, і що можна розглядати як підтвердження наявності токсичного впливу метаболітів на кістковий мозок.

Поповнення кількості лімфоцитів і гранулоцитів у крові може здійснюватись не тільки в результаті кісткомозкової мобілізації клітин, а також за рахунок їх міграції із тимуса і селезінки, про що свідчить значне зниження клітинності зазначених органів через 4 і 24 год від початку реакції (рис. 3, 4).

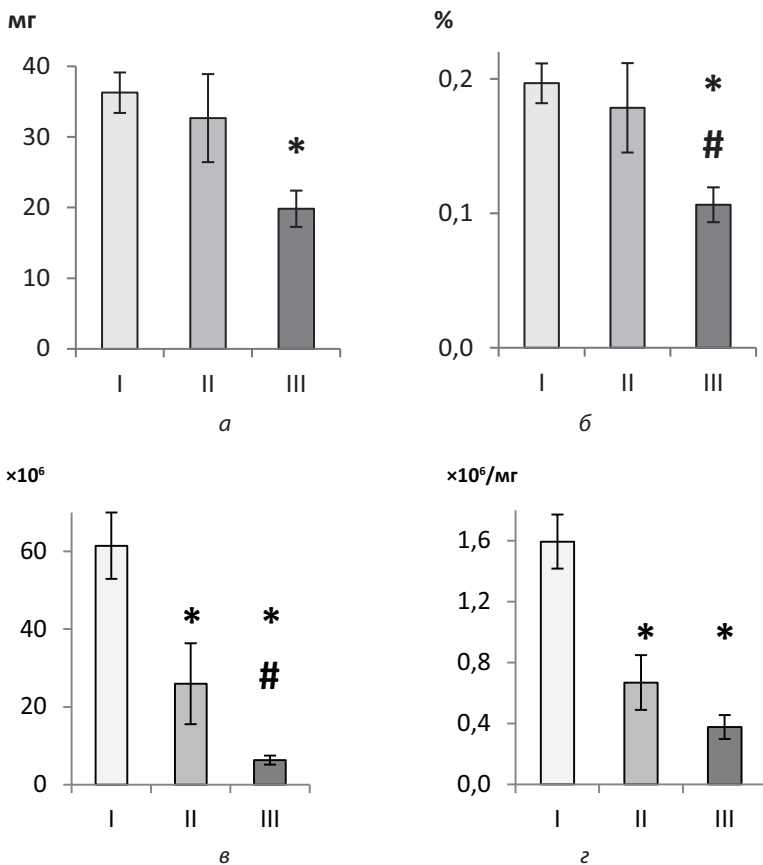


Рис 3. Показники тимуса стресованих мишей. а – маса тимуса; б – тимусний індекс; в – кількість тимоцитів на орган; г – клітинність тимуса: I – контрольні тварини; II – тварини через 4 год після 15-хвилинного холододового стресу; III – тварини через 24 год після 15-хвилинного холододового стресу. * $p < 0,05$ порівняно з групою контрольних мишей; # $p < 0,05$ порівняно з групою мишей через 4 год після 15-хвилинного холододового стресу

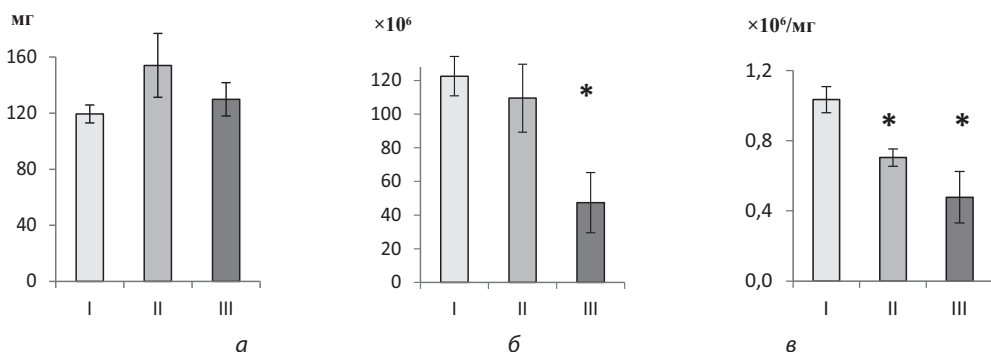


Рис 4. Показники селезінки стресованих мишей. а – маса селезінки; б – кількість спленоцитів; в – клітинність селезінки: I – контрольні тварини, II – тварини через 4 год після 15-хвилинного холододового стресу, III – тварини через 24 год після 15-хвилинного холододового стресу. * $p < 0,05$ порівняно з групою контрольних мишей

Через 24 год від початку реакції суттєво зростала кількість тимоцитів у фазі клітинного циклу G0/G1 і значно знижувалась кіль-

кість тимоцитів у клітинних фазах S і G2-M+S, що свідчить про суттєве зниження темпу проліферації клітин у тимусі (рис. 5).

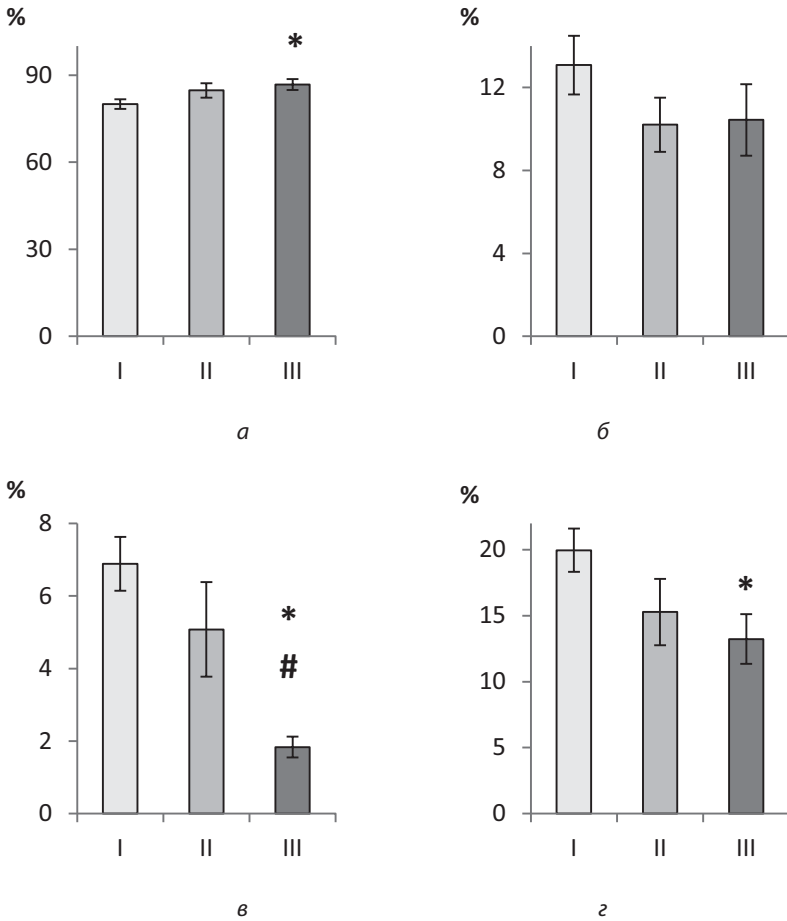


Рис 5. Розподіл по фазах клітинного циклу тимоцитів стресованих мишей. а – G0/G1; б – G2/M; в – S; г – G2-M+S; I – контрольні тварини; II – тварини через 4 год після 15-хвилинного холодового стресу; III – тварини через 24 год після 15-хвилинного холодового стресу.

* $p < 0,05$ порівняно з групою контрольних мишей; # $p < 0,05$ порівняно з групою мишей через 4 год після 15-хвилинного холодового стресу

В селезінці суттєво зменшувалась кількість клітин в фазі G2/M і тільки через 4 год (рис. б), що мабуть відображає менший антипроліферативний вплив гормональних стресових механізмів на спленоцити.

Кількість клітин в різних фазах клітинного циклу у дослідженні термінів в кіст-

ковому мозку змінювалась незначно (рис. 7), що свідчить про те, що зменшення кількості клітин кісткового мозку на 24 год може не залежати від змін проліферативної активності (див. рис. 2).

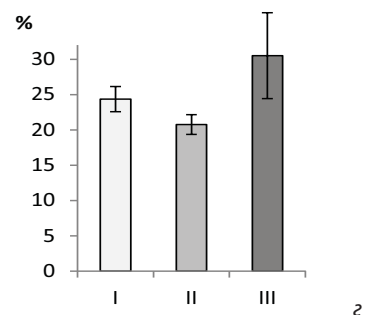
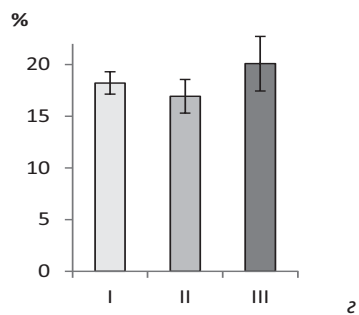
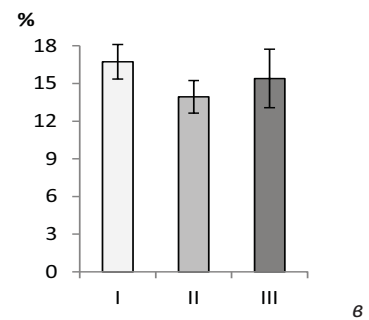
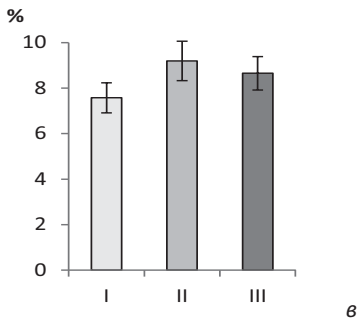
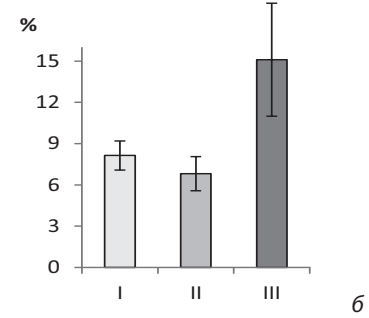
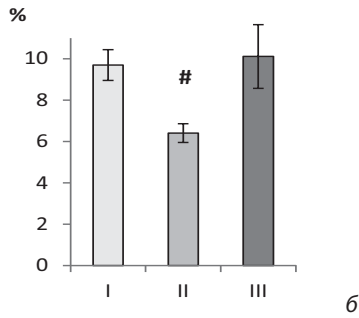
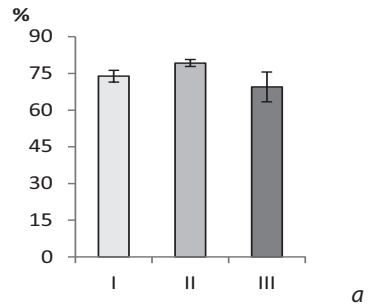
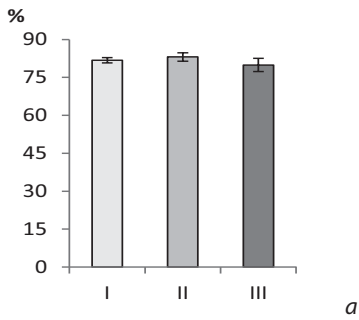


Рис 6. Розподіл по фазах клітинного циклу спленоцитів стресованих мишей. а – G0/G1; б – G2/M; в – S; г – G2-M+S: I – контрольні тварини; II – тварини через 4 год після 15-хвилинного холодового стресу; III – тварини через 24 год після 15-хвилинного холодового стресу. # $p < 0,05$ порівняно з групою мишей через 4 год після 15-хвилинного холодового стресу

Рис 7. Розподіл по фазах клітинного циклу кісткового мозку стресованих мишей. а – G0/G1; б – G2/M; в – S; г – G2-M+S. I – контрольні тварини; II – тварини через 4 год після 15-хвилинного холодового стресу; III – тварини через 24 год після 15-хвилинного холодового стресу

У перерозподілі клітин велике значення можуть мати апоптотичні процеси. Найбільше зростання апоптотичних процесів спостерігалось через 24 год в тимусі (рис. 8, а), що співпадає з даними про суттєве зниження кількості тимоцитів у цей час у проліферативній фазі (див. рис. 5). Приблизно на однаковому рівні знаходились показники спонтанного апоптозу клітин кісткового мозку, але з вираженою тенденцією до під-

вищення через 24 год. В селезінці апоптоз клітин через 24 год від початку стресу був значно вище за нормальний рівень (див. рис. 8). Апоптоз лімфоцитів викликають глюкокортикоїди, він блокується антагоністами глюкокортикоїдних рецепторів [15]. Підвищення рівня апоптозу лімфоцитів відбувається також і при короткочасному холоддовому стресі у людини [16].

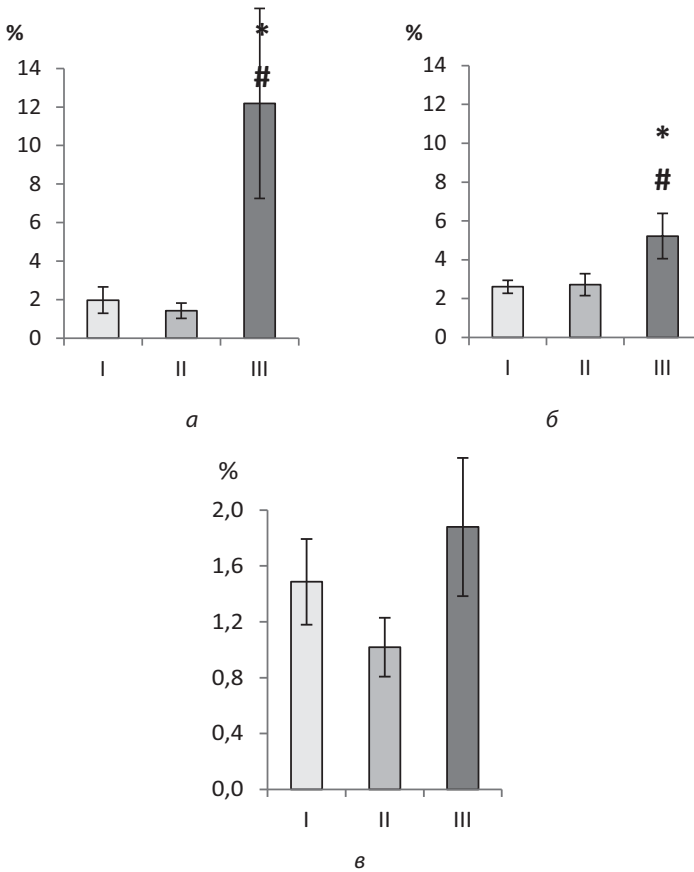


Рис 8. Спонтанний апоптоз тимоцитів (а), спленоцитів (б) і клітин кісткового мозку (в) стресованих мишей: I – контрольні тварини; II – тварини через 4 год після 15-хвилинного холоддового стресу; III – тварини через 24 год після 15-хвилинного холоддового стресу.

* $p < 0,05$ порівняно з групою контрольних мишей; # $p < 0,05$ порівняно з групою мишей через 4 год після 15-хвилинного холоддового стресу

Таким чином, встановлено, що в результаті відтворення помірного холоддового стресу у мишей відбувається перерозподіл клітин в імунній системі з підвищенням їх кількості у периферичній крові, зниженням вмісту в кіст-

ковому мозку, тимусі і селезінці, пригніченням проліферативної активності клітин, особливо тимоцитів, і значним зростанням апоптотичних клітин в тимусі і селезінці. Розвивається також виражена ретикулоцитопенія.

Висновки

1. Короткочасний помірний холодовий стрес характеризується розвитком через 24 год лейкоцитозу, ретикулоцитопенії, вираженим зменшенням клітинних показників в кістковому мозку, тимусі і селезінці, суттєвим зниженням кількості тимоцитів у S і G2-M+S фазах і значним збільшенням кількості тимоцитів і спленоцитів в апоптозі, що можна розцінювати як інтенсивний клітинний стресовий перерозподіл.

2. У розвитку холодового стресу приймає участь кістковомозкова клітинна

мобілізація, міграція лімфоцитів і гранулоцитів із тимуса і селезінки, пригнічення проліферативної активності і підвищення апоптозу клітин тимуса і селезінки, що свідчить про сполучення при холодовому стресі катаболічних і регуляторних процесів в органах імунної системи.

3. Отримані дані про особливості холодової стресової реакції можуть бути використані на шляхах пошуку нових методів корекції небажаних для функціонування імунної системи стресових ефектів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Rosenne E. In vivo suppression of NK cell cytotoxicity by stress and surgery: glucocorticoids have a minor role compared to catecholamines and prostaglandins // E.Rosenne, L.Sorski, L.Shaashua, et al. // *Brain Behav Immun.* – 2014. – Vol.37. – P. 207–219.
2. Ernström U. Effects of adrenergic alpha- and beta-receptor stimulation on the release of lymphocytes and granulocytes from the spleen / U.Ernström, G.Sandberg // *Scand J Haematol.* – 1973. – Vol.11, N 4. – P. 275–286.
3. Zieziulewicz T.J. Stress-induced effects, which inhibit host defenses, alter leukocyte trafficking / T.J.Zieziulewicz, T.K.Mondal, D.Gao, D.A.Lawrence // *Cell Stress Chaperones.* – 2013. – Vol.18, N 3. – P. 279–291.
4. Роль сигнальных молекул в регуляції гранулоцитопоза при стрессиндуцирующем воздействии / В.В.Жданов, Л.А.Мирошниченко, Е.В.Удут и др. // *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.* – 2018. – Т.166, № 9. – С.315–319.
5. Bowers S.L. Stressor-specific alterations in corticosterone and immune responses in mice / S.L.Bowers, S.D.Bilbo, F.S.Dhabhar, R.J.Nelson // *Brain Behav Immun.* – 2008. – Vol.22, N 1. – P. 105–113.
6. Гейн С.В. Иммуномодулирующие эффекты холодового стресса / С.В.Гейн, И.Л.Шаравьева // *Успехи современной биологии.* – 2018. – Т.138, № 3. – С.243–250.
7. Messmer M.N. Mild cold-stress depresses immune responses: Implications for cancer models involving laboratory mice / M.N.Messmer, K.M.Kokolus, J.W.Eng, et al. // *Bioessays.* – 2014. – Vol.36, N 9. – P. 884–891.
8. Hu G.Z. Effect of cold stress on immunity in rats / G.Z.Hu, S.J.Yang, W.X.Hu, et al. // *Exp Ther Med.* – 2016. – Vol.11, N 1. – p. 33–42.
9. Castellani J.W. Cold Stress Effects on Exposure Tolerance and Exercise Performance / J.W.Castellani, M.J.Tipton // *Compr Physiol.* – 2015. – Vol.6, N 1. – P. 443–469.
10. Хаитов Р.М. Руководство по клинической иммунологии. Диагностика заболеваний иммунной системы: руководство для врачей / Р.М.Хаитов, Б.В.Пинегин, А.А.Ярилин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. – 352 с.
11. Boehm T. Thymus-homing precursors and the thymic microenvironment / T.Boehm, C.C.Bleul // *Trends Immunol.* – 2006. – Vol.27, N 10. – P. 477–484.
12. Чеботарев В.Ф. Эндокринная регуляция иммуногенеза / В.Ф.Чеботарев. – Киев, Здоров'я, 1979. – 160 с.
13. Link DC. Neutrophil homeostasis: a new role for stromal cell-derived factor-1 / D.C.Link // *Immunol Res.* – 2005. – Vol.32, N 1-3. – P. 169–178.
14. Eash K.J. CXCR4 is a key regulator of neutrophil release from the bone marrow under basal and stress granulopoiesis conditions / K.J.Eash, J.M.Means, D.W.White, D.C.Link // *Blood.* – 2009. – Vol.113, N 19. – P. 4711–4719.
15. Wolff N.C. REDD1/DDIT4-independent mTORC1 inhibition and apoptosis by glucocorticoids in thymocytes / N.C.Wolff, R.M.McKay, J.Brugarolas // *Mol Cancer Res.* – 2014. – Vol.12 N 6. – P. 867–877.
16. Ставинская О.Л. Изменение активности апоптоза лимфоцитов при кратковременном общем охлаждении человека. взаимосвязь с уровнем иммунного фона / О.Л.Ставинская. // *Вестник Уральского медицинской академической науки.* – 2018. – Т.15, № 2. – С.309–315.

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ УМЕРЕННОГО ХОЛОДОВОГО СТРЕССА НА ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ КЛЕТОК ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Семенова Я.-М.А.

ГУ «Институт генетической и регенеративной медицины НАМН Украины», Киев, Украина

Актуальность. Работа посвящена изучению перераспределения клеток иммунной системы при умеренном холодовом стрессе, что имеет теоретическое и практическое значение.

Цель исследования: изучение влияния однократного воспроизведения умеренного холодового стресса на перераспределение клеток в пределах иммунной системы.

Дизайн. Эксперименты проведены на самцах мышей линии C57BL в возрасте 6-8 недель и массой 18-20 г. Острый холодовый стресс индуцировали выдержкой мышей при +4°C в течение 15 мин. Через 4 и 24 ч исследовали показатели костного мозга, тимуса и селезенки, фазы клеточного цикла и активность апоптоза, а также гематологические показатели, включая лейкоцитарную формулу и содержание ретикулоцитов в крови.

Результаты. Кратковременный умеренный холодовый стресс характеризуется развитием через 24 ч лейкоцитоза, ретикулоцитопении, выраженным уменьшением клеточных показателей в костном мозге, тимусе и селезенке, существенным снижением количества тимоцитов в S и G2-M+ фазах и значительным увеличением количества тимоцитов и спленоцитов в апоптозе, что можно расценивать как интенсивное клеточное стрессовое перераспределение.

Выводы. В развитии холодового стресса принимает участие костномозговая клеточная мобилизация, миграция лимфоцитов и гранулоцитов из тимуса и селезенки, угнетение пролиферативной активности и повышение апоптоза клеток тимуса и селезенки, что свидетельствует о сочетании при холодовом стрессе катаболических и регуляторных процессов в органах иммунной системы. Полученные данные об особенностях холодовой стрессовой реакции могут быть использованы на путях поиска новых методов коррекции нежелательных для функционирования иммунной системы стрессовых эффектов.

Ключевые слова: холодовый стресс, иммунная система, гемопоэтические стволовые клетки, лимфоциты.

SUMMARY

INFLUENCE OF A MODERATE COLD STRESS ON REDISTRIBUTION OF IMMUNE SYSTEM CELLS

Semenova Ya.-M.O.

State Institute of Genetic and Regenerative Medicine
National Academy of Medical Sciences of Ukraine,
Kyiv, Ukraine

Relevance. The work is devoted to the study of the immune system cells redistribution with moderate cold stress, which is of theoretical and practical importance.

Objective: to study the effect of one-time reproduction of moderate cold stress on the redistribution of cells within the immune system.

Design. The experiments were conducted on male C57BL mice aged 6-8 weeks and weighing 18-20 g. Acute cold stress was induced by exposure of mice at +4 °C for 15 min. After 4 and 24 hours, indicators of bone marrow, thymus and spleen, cell cycle phases and apoptosis activity, as well as hematological parameters, including leukocyte formula and reticulocyte content in the blood, were examined.

Results. Short-term moderate cold stress is characterized by the development of leukocytosis after 24 hours, reticulocytopenia, a pronounced decrease in cellular parameters in the bone marrow, thymus and spleen, a significant decrease in the number of thymocytes in the S and G2-M+ phases and a significant increase in the number of thymocytes and splenocytes in apoptosis, which can be considered intense cellular stress redistribution.

Concluision. The development of cold stress involves bone marrow cell mobilization, migration of lymphocytes and granulocytes from the thymus and spleen, inhibition of proliferative activity and increased apoptosis of the thymus and spleen cells, indicating a combination of catabolic and regulatory processes in the immune system organs during cold stress. The obtained data on the features of the cold stress response can be used in the search for new methods for correcting the stress effects undesirable for the functioning of the immune system.

Key words: cold stress, the immune system, hematopoietic stem cells, lymphocytes.

Авторська довідка

- *Утюж Ирина Геннадьевна, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой общественных дисциплин Запорожского государственного медицинского университета. E-mail: ytu13@ukr.net*
- *Утюж Ірина Геннадіївна, доктор філософських наук, професор, завідувач кафедраю суспільних дисциплін Запорізького державного медичного університету. E-mail: ytu13@ukr.net*
- *Utyuzh Irina Gennadievna, doctor of philosophy, professor, head of the department of public disciplines of Zaporizhzhya State Medical University. E-mail: ytu13@ukr.net*

Стаття надійшла до редакції 31.01.2019

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ

Ми просимо уважно вивчити всі наведені нижче типові положення. Ретельне дотримання цих вимог значно скоротить правку авторського тексту у всіх його елементах, полегшить Вашу і нашу роботу, прискорить публікацію Ваших матеріалів. Наші вимоги поступово будуть наближатись до міжнародних відповідних рекомендацій.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Всі статті повинні бути оригінальними, а рукописи узгоджені з усіма авторами. Попередня публікація наданих матеріалів в будь-якому виданні, як в цілому, так і частково, за виключенням оформлення у вигляді тез, не допускається. Також ці матеріали не повинні подаватися до друку в інші видання і передруковуватися в цілому або частково без письмового дозволу видавництва.

Якщо в роботі використовуються ілюстрації, таблиці та інші матеріали, що були опубліковані іншими дослідниками, автору необхідно подати дозвіл на їх публікацію.

Матеріал, надісланий для публікації, повинен мати експертний висновок.

Мова статей українська, російська або англійська.

Рукописи будуть прийматись на розгляд рецензентами та видавниками. Рукописи, які мають потребу в значних змінах в процесі рецензування, будуть повернені авторам для доробки.

Редакція не несе відповідальності за допущені авторами помилки.

Статті членів редакційної ради журналу, його розповсюджувачів розміщуються безкоштовно.

Якщо редакція вважає, що у статті є прихована реклама, вона залишає за собою право скласти з автором угоду на додаткову оплату.

Обсяг статей необмежений, але редакція залишає за собою право на скорочення матеріалу при обсязі більше 20 сторінок машинопису чи його розміщення в кількох номерах журналу.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРІВ

Стаття до редакції подається у 2-х примірниках з 2 наборами ілюстрацій. Нумерувати всі

сторінки рукопису необхідно послідовно, починаючи з титульного аркуша.

1. Титульний аркуш.

Назва (великими літерами), повне ім'я (імена) авторів, назва установи, де виконана робота, та її точна поштова адреса, повна адреса автора, якому буде надсилатись кореспонденція.

При бажанні — телефон/факс для спілкування. Якщо Ви готуєте матеріал на комп'ютері, просимо робити це на CD-диску, вказавши назву та версію текстового редактора (бажано **Win Word 2000** та **XP**). Ілюстрації, розроблені на комп'ютері, приймаються в TIFF форматі з роздільною здатністю 300 dpi. Додатково до CD-диску повинен обов'язково надсилатись друкований матеріал статті.

2. УДК

3. Резюме.

Кожна стаття повинна мати резюме, яке складається з наступних розділів:

- Мета роботи
- Матеріали і методи
- Результати
- Висновки
- Ключові слова

Рукописи супроводжуються резюме українською, російською та англійською мовами. Всі резюме повинні мати переклад назви статті, прізвища автора (авторів), назви установи. 3-7 ключових слів чи словосполучень. Резюме не повинно включати посилання на список літератури.

4. Текст статті.

Текст набирають у редакторі Microsoft Word (будь-якої версії) гарнітурою **Times New Roman**, 14 пунктів, без табуляторів, переноси в словах відсутні. Усі спеціальні знаки набираються за допомогою команд «вставка/символ». Розмір

аркушів 210x297 мм (формат А4), орієнтація книжкова. Інтервал між рядками – 1,5, вирівнювання по лівому краю, поля з усіх боків по 20 мм. Назву публікації і підрозділів друкують великими літерами, жирним шрифтом. Абreviатури слід розшифровувати у дужках за місцем їхнього першого застосування у статті. Рисунки, таблиці, діаграми та формули мають бути включені в текст і, бажано, з ним в одному файлі. Таблиці слід будувати в редакторі Microsoft Word. Кожна таблиця повинна мати заголовок і порядковий номер. Ілюстративні матеріали (фотографії, малюнки, креслення, діаграми, графіки тощо) позначаються як «Рис.», обов'язково підписуються та нумеруються за порядком їхнього згадування в статті. Діаграми та графіки виконуються у форматах MS Excel чи MS Graph. Дозволяється використовувати як ілюстрації чорно-білі малюнки, виконані професійно вручну. Їх сканують і подають у форматі EPS. При цьому підписи та позначення мають бути чіткими і добре читатися при зменшенні зображення до розмірів журнальної колонки. Фотографії, ехограми подаються в електронному вигляді, відскановані з роздільністю не менше 300 dpi і збережені у форматах TIFF чи JPEG. Знімки, отримані при МРТ, КТ, УЗ та інших візуалізаційних дослідженнях, потребують розширеного підпису з інтерпретацією зображення (локалізація, поширеність, особливості накопичення контрасту і т.п.). Фотографії пацієнтів подаються з їхньої письмової згоди або в такому вигляді, щоб особу хворого неможливо було встановити. Математичні формули повинні бути ретельно вивірені та пронумеровані. Номер ставиться справа від формули в круглих дужках. Якщо формула займає кілька рядків, то її номер наводиться в останньому рядку.

Увага! У зв'язку з переходом до міжнародного стандарту цитування вводяться нові вимоги до оформлення списку літературних джерел. Список літератури необхідно оформлювати відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Бібліографічний запис. Бібліографічний опис Загальні вимоги та правила складання» та відповідно до рекомендацій Міжнародного Комітету Редакторів Медичних Журналів (ICMJE) – у форматі Medline. Вимога щодо подвійного списку літе-

ратури не поширюється на статті у стилі огляду, коментарів до експертних рекомендацій, дайджестів зарубіжної періодики, якщо такі статті не є частиною наукової (дисертаційної) роботи. В такому разі допускається оформлення списку літератури лише за стандартом ICMJE (у форматі Medline). ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Бібліографічний запис. Бібліографічний опис Загальні вимоги та правила складання». Правила оформлення посилань за стандартом Medline, в тому числі на джерела, опубліковані російською/українською мовами, можна знайти у спеціальному посібнику за посиланням: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>. При створенні посилань у стандарті Medline для транслітерації власних імен авторів та інших частин посилання (назв журналів, видавництв) з української мови на латиницю слід користуватися Постановою Кабінету Міністрів України № 55 від 27 січня 2010 р. «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею». Для транслітерації власних імен авторів та інших частин посилання (назв журналів, видавництв) з російської мови на латиницю редакція рекомендує користуватися стандартом Держдепартаменту США <https://russian.moscow.usembassy.gov/translit.html>. Список за ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 повинен мати заголовок ЛІТЕРАТУРА. Список у форматі Medline повинен мати заголовок REFERENCES. Нумерація та кількість джерел в обох списках літератури мають повністю співпадати.

Нумерувати джерела у послідовності їх згадування в тексті або за алфавітом. Обмеження кількості джерел у списку: для огляду до 50 посилань, для оригінального дослідження – до 40 посилань. Кількість посилань, датованих понад 10 років, має становити не більше 10% від загальної кількості посилань.

Окрім тексту публікації подається **інформація про авторів**: прізвище, ім'я, по батькові повністю, місце роботи та посада або назва навчального закладу (для студентів), робоча адреса, робочий телефон, e-mail усіх авторів. Якщо авторів декілька і вони працюють у різних закладах, необхідно зносками 1, 2, 3 персоніфікувати їх. Інформація про авторів подається трьома мовами (українською, російською, англійською). Для

транслітерації власних імен слід користуватися Постановою Кабінету Міністрів № 55 від 27 січня 2010 р. «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею». Для колективної статті обов'язкові підписи всіх авторів. Кожна публікація не англійською мовою супроводжується анотацією англійською мовою обсягом не менш як 1800 знаків, включаючи ключові слова, а кожна публікація не українською мовою супроводжується анотацією українською мовою обсягом не менш як 1800 знаків, включаючи ключові слова. Обов'язково вказувати наявність чи відсутність конфлікту інтересів.

Враховуючи міжнародні вимоги оформлення (для коротких повідомлень (менше 5 стор.) - необов'язково), текст повинен мати наступну схему викладення:

- Вступ
- Матеріали та методи
- Результати
- Обговорення
- Література

Вимоги до рукопису «Огляд»

Огляд повинен висвітлювати тему урологічного чи психосоматичного спрямування, що має важливе значення для лікарів та клінічних дослідників, в тому числі щодо наукових досягнень, які стосуються молекулярних, біохімічних, генетичних та інших основ нормальної фізіології і розвитку хвороб, впроваджень у сфері діагностики та лікування урологічних та психосоматичних порушень, а також інші теми, що мають відношення до урологічної та психосоматичної науки та практики. Ці рукописи повинні містити не більше 4000 слів і включати не більше чотирьох малюнків і таблиць.

Текст огляду і резюме до нього повинні включати такі розділи:

- **Вступ.** Включає 3-5 речень, що описують клінічне питання або проблему та її значення в клінічній практиці або охороні здоров'я.
- **Джерела отримання інформації.** Слід описати джерела даних, що використовуються, в тому числі пошукові стратегії, роки пошуку та інші джерела матеріалів, такі як результат реферативного пошуку статей.

- **Синтез доказів.** Основні одержані дані щодо огляду клінічного питання або проблеми повинні бути об'єктивними, основаними на фактичних даних, з високою якістю наявних доказів, що заслуговують найбільшій увазі.

- **Висновки.** Висновки повинні чітко відповідати на поставлені питання, базуватися на наявних даних, а також зазначати, як лікарям пропонується застосовувати представлену в огляді інформацію.

Обсяг резюме – одна друкована сторінка (не більше 300 слів). Резюме має коротко відобразити зміст та висновки огляду.

Вимоги до рукопису «Оригінальне дослідження»

Стаття повинна містити не більше 3600 слів і включати в себе не більше шести рисунків і таблиць. Структура основного тексту статті має відповідати загальноприйнятій структурі для наукових статей. Так, статті, що містять результати оригінальних, експериментальних досліджень, зокрема дисертаційних, складаються з таких розділів:

- **Вступ.** Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання цієї проблеми і на які спирається автор, виділення нерозв'язаних раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується зазначена стаття. Розділ повинен займати не більше 10% тексту самої статті, містити невелику кількість посилань на зовнішні джерела, основна кількість яких повинна наводитися у розділі обговорення результатів дослідження.

- **Мета роботи.** Визначити конкретну мету або питання, на вирішення якого спрямоване дослідження. Якщо вирішується більше, ніж одна мета, повинні бути вказані головна мета і тільки ключові вторинні цілі. Якщо гіпотеза була перевірена, вона повинна бути сформульована.

- **Матеріали і методи.** Описати базовий дизайн дослідження, роки виконання дослідження, а також тривалість спостереження. Описати місце та умови проведення дослідження, наприклад, громада, первинна медична допомога

або консультативний центр, приватні або інституційні практики, амбулаторна або госпітальна допомога. Надати характеристику пацієнтам або іншим учасникам дослідження, з їх ключовими соціодемографічними показниками. Описати стан клінічних розладів, критерії і метод відбору пацієнтів. У когортному дослідженні повинна бути вказана частка учасників, які закінчили дослідження. У інтервенційних дослідженнях слід вказати число пацієнтів, які вибули через побічні ефекти. Повинні бути описані ключові особливості будь-яких втручань, в тому числі їх метод і тривалість. Втручання повинно бути названо його найбільш поширеним клінічним ім'ям, також слід використовувати лише непатентовані назви лікарських засобів. Наприкінці розділу «Матеріали і методи» вказується, якими методами обробки даних користувався автор.

- **Результати і обговорення.** Викладення основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Слід коротко представити дані в тексті, таблиці(ях) або цифрах. Обговорення повинно бути зосереджено на інтерпретації і значущості отриманих результатів, з короткими об'єктивними коментарями, в яких зокрема проводиться порівняння знахідок з результатами інших робіт у цій галузі. Обговорення не повинно повторювати результати. Основні результати дослідження повинні бути забезпечені кількісною оцінкою, в тому числі з використанням довірчих інтервалів або значень *P*. Для порівняльних досліджень довірчі інтервали повинні бути пов'язані з відмінностями між групами.

- **Висновки.** У висновки виносьте лише ті, які безпосередньо підтвердилися отриманими результатами, а також які мають значення для клінічної практики; уникайте спекуляцій і надмірного узагальнення. Вкажіть, чи потрібно додаткове дослідження, перш ніж інформація повинна бути використана в звичайних клінічних умовах, і які перспективи подальших пошуків у цьому напрямку. Приділяйте рівну увагу позитивним і негативним висновкам однакової наукової значущості.

Якщо стаття містить опис експериментальних досліджень, слід зазначити, чи відповідає методика їхнього проведення Гельсінкській декларації 1975 року та її перегляду 1983 року.

Необхідно повідомити, чи методи знеболення та позбавлення життя тварин, якщо такі брали участь у ваших дослідженнях, узгоджуються з «Правилами виконання робіт з використанням експериментальних тварин», затвердженими наказом МОЗ України.

Обсяг резюме – одна друкована сторінка (не більше 300 слів). Резюме повинно містити ті ж розділи, що і сама стаття: «Вступ», «Мета роботи», «Матеріали і методи», «Результати і обговорення», «Висновки».

Вимоги до рукопису «Клінічний випадок»

Цей рукопис повинен містити до 2000 слів, не більше чотирьох малюнків і таблиць і до 10 посилань на літературу, обсяг резюме – 100 слів.

Стаття та резюме повинні складатися з наступних розділів:

- **Вступ.** Слід коротко описати відповідну патологію та її значення в клінічній практиці або охороні здоров'я. Розділ повинен займати до 10% від загального тексту статті.

- **Опис випадку та обговорення.** Описують клінічний випадок із викладенням анамнезу, даних об'єктивного огляду та додаткових методів обстеження. Особливості випадку обговорюються з використанням посилань на існуючі публікації.

- **Висновки.** Зазначають значення клінічного досвіду і аналізу, а також наслідки для клінічної практики.

Рукописи статей та оглядів, які надійшли в редакцію, проходять обов'язкову процедуру сліпого рецензування. Рукописи, відправлені авторам на доопрацювання, після повторного подання у редакцію, проходять процедуру повторного рецензування. Остаточне рішення про публікацію статей приймає Редакційна рада Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО). Редакція залишає за собою право змінювати стиль оформлення статті, а також надавати коментарі по її суті. За потреби стаття може бути повернута авторам для доопрацювання та відповіді на запитання. Коректура авторам не надсилається, вся додрукарська підготовка проводиться редакцією за авторським оригіналом. Неприпустимий плагіат, фальсифікація матеріалів. Перевага віддається статтям з

максимальним ступенем доказовості наукових та медичних результатів. Всі автори рукописів, представлених для публікації в журналі, повинні підтвердити, що ні рукопис, ні будь-яка його частина, незалежно від мови, на якій він був спочатку написаний або опублікований, не були опубліковані або не знаходяться на розгляді для публікації в інших виданнях. Передрук статей можливий лише з письмової згоди редакції та з посиланням на журнал.

Редакція декларує свою відповідність нормам COPE (Committee on Publication Ethics) та інших видавничих асоціацій та рекомендацій World Association of Medical Editors (WAME).

Статті надсилати на електронну адресу: **zassed@gmail.com**

Статті, які не відповідають цим вимогам, не публікуються. Відповідальність за правильність, достовірність і точність поданої інформацію несе автор.

Контактні телефони редакції: +38 067 650 04 44

Перевірте код УДК на сайті <http://scs.viniti.ru/udc/Default.aspx>

Рекомендації EASE (Європейської асоціації наукових редакторів) для авторів і перекладачів наукових статей, які повинні бути опубліковані англійською мовою http://www.ease.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/EASE-Guidelines_2016-Russian.pdf

Вимоги до подання

Під час подання рукопису до журналу автори повинні підтвердити його відповідність всім встановленим вимогам, вказаним нижче. В разі виявлення невідповідності поданої роботи пунктам цих вимог редакція повертатиме авторам матеріали на доопрацювання.

1. Це подання раніше не було опубліковане і не надсилалося до розгляду редакціям інших журналів (або у коментарях для редактора нижче дані необхідні пояснення).

2. Файл подання є документом у форматі Microsoft Word, OpenOffice, RTF або WordPerfect.

3. Інтернет-посилання у тексті супроводжуються повними коректними адресами URL.

4. Текст набраний 14-м розміром кеглю з одинарним міжрядковим інтервалом; авторські

акценти виділені курсивом, а не підкресленням (всюди, крім адрес URL); всі ілюстрації, графіки та таблиці розміщені безпосередньо у тексті, там, де вони повинні бути за змістом (а не у кінці документу).

5. Текст відповідає вимогам до стилістики та бібліографії, викладеним у Керівництві для авторів.

6. Перевірте код УДК на сайті <http://scs.viniti.ru/udc/Default.aspx>

Положення про авторські права

Автори, які публікуються у цьому журналі, погоджуються з наступними умовами:

а. Автори залишають за собою право на авторство своєї роботи та передають журналу право першої публікації цієї роботи, котра дозволяє іншим особам вільно розповсюджувати опубліковану роботу з обов'язковим посиланням на авторів оригінальної роботи та першу публікацію роботи у цьому журналі.

б. Автори мають право укладати самостійні додаткові угоди щодо неексклюзивного розповсюдження роботи у тому вигляді, в якому вона була опублікована цим журналом (наприклад, розміщувати роботу в електронному сховищі установи або публікувати у складі монографії), за умови збереження посилання на першу публікацію роботи у цьому журналі.

с. Політика журналу дозволяє і заохочує розміщення авторами в мережі Інтернет (наприклад, у сховищах установ або на особистих веб-сайтах) рукопису роботи, як до подання цього рукопису до редакції, так і під час його редакційного опрацювання, оскільки це сприяє виникненню продуктивної наукової дискусії та позитивно позначається на оперативності та динаміці цитування опублікованої роботи (див. *The Effect of Open Access*).

Положення про конфіденційність

Імена та електронні адреси, які вказуються користувачами сайту цього журналу, будуть використовуватись виключно для виконання внутрішніх технічних завдань цього журналу; вони не будуть поширюватись та передаватись стороннім особам.

АЛОКИН-АЛЬФА

Ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг в ампулах № 3. 1 ампула містить алоферону 1 мг

АЛОКИН-АЛЬФА – ПРОФЕСІЙНИЙ ВІРУС-КОНТРОЛЬ!

ВІРУС ГЕРПЕСУ ВІРУС ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ



Цитокіноподібний пептид – противірусний препарат принципово нового типу!^{1,2}

Література.

1. Дуда А.К., Коцюбайло Л.П., Окружнов Н.В. Применение противовирусного препарата нового поколения Аллокин-альфа в терапии социально значимых вирусных инфекций. Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика. // Актуальна інфектологія. – 2014. № 4 (5)

2. Ершов Ф.И., Исаков В.А., Беккер Г.П., Серебряков М.Ю., Сологуб Т.В. и др. Применение Аллокина-альфа в терапии вирусных инфекций. // Руководство для врачей

Противопоказания. Підвищена чутливість до препарату. Аутоімунні захворювання.

Категорія відпуску. За рецептом.



Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників, що поширюється на спеціалізованих заходах. Інформацію надано скорочено. Перед призначенням необхідно ознайомитися з інструкцією для медичного застосування препарату.

РП № UA/8668/01/01 від 23.09.2013 р. ПрАТ «Біофарма». Україна, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 9. За ліцензією Геолік Фарм Маркетинг Груп – GFMG