

выявить наличие анаэробной флоры, как правило, в ассоциации с условно-патогенной. Тест может быть рекомендован к использованию наряду с культуральным методом при обследовании па-

циентов с лейкоцитоспермией. Требуются дальнейшие исследования для определения клинической значимости молекулярно-генетического скрининга в диагностическом арсенале мужского бесплодия.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДЕТСКОГО И ВЗРОСЛОГО УРОЛОГА-АНДРОЛОГА КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

© *М.Н. Коршунов^{1, 3}, К.И. Крамарева², Л.Б. Киндарова¹, С.П. Даренков¹*

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами президента РФ (Москва);

² ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения г. Москвы»;

³ Российско-немецкий центр репродукции и клинической эмбриологии ЗАО «Поколение NEXT» (Москва)

Большая часть репродуктивных проблем взрослого мужчины своими корнями уходит в детство. В настоящее время пристальное внимание уделяется ранней верификации заболеваний половой системы мальчиков и подростков. За 2018 г. количество выявленной андрологической патологии по Северному округу г. Москвы составило 3353 первичных заболеваний, среди них варикоцеле — 39 %, крипторхизм, монорхизм, анорхия — 12 %, разные формы гипоспадий — 3 %, тестикулярный микролитиаз, уточненные заболевания мужских половых органов — 9 %, сперматоцеле, кисты яичек — 17 %, доброкачественные новообразования яичек — 0,5 %, перекрестная эктопия яичек — 0,5 %, гипоплазия тестикул — 1 %, гидроцеле 13 %, а также иные заболевания половой сферы — 6 %. Ежемесячно на учет по ф. 30 (андрологическая патология) ставится в среднем 10 пациентов, госпитализируется для планового оперативного лечения — около 15 и для экстренного — от 3 до 5 человек. В рамках диспансеризации ежедневно выявляется от 5 до 15 случаев патологии репродуктивной системы.

С другой стороны, проблема бесплодного брака, обусловленного мужским фактором, является актуальной медико-социальной проблемой во всем мире. Это диктует необходимость разработки эффективных профилактических мероприятий на амбулаторном этапе.

Статистический анализ, выполненный на базе центра вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) «Поколение Next» показал, что мужчины с тяжелыми нарушениями сперматогенеза, такими как олигоастенотератозооспермия и криптозооспермия, нередко имеют отягощенный детский андрологический анамнез. В период 2016–2018 гг. у 169 пациентов с выраженной патоспермией, обратившихся для преодоления бесплодия методами ВРТ, причина infertilityности

была обусловлена врожденной или приобретенной (в детском или подростковом возрасте) патологией половой сферы. Тестикулярный микролитиаз наблюдался у 35 (20,7 %) пациентов, несвоевременно выполненная односторонняя орхипексия — у 19 (11,2 %), двусторонняя орхипексия с развитием гипоплазии яичек — у 13 (7,7 %), варикоцеле у мужчин старшего репродуктивного возраста, в том числе рецидивирующее, — у 75 (44,3 %), синдром Клайнфельтера — у 5 (2,9 %), врожденное двустороннее отсутствие семявыносящих протоков — у 2 (1,2 %), делеции AZF-локусов — у 9 (5,3 %), осложненный эпидимический паротит — у 2 (1,2 %), состояние после двусторонней оперативной коррекции гидроцеле с развитием обструктивной азооспермии — у 4 (2,4 %), перенесенный орхоэпидидимит — у 5 (2,9 %) пациентов. Таким образом, очевидно, что тяжелые нарушения фертильности нередко можно прогнозировать на этапе обращения к детскому урологу-андрологу.

На сегодняшний день не разработаны четкие критерии риска развития репродуктивной недостаточности у подростков, существует определенная «яма» между детской и взрослой сетью поликлинического патронажа. Частой ситуацией в амбулаторной практике «взрослого» специалиста является обращение пациентов с уже сформировавшейся проблемой, которая имеет истоки в детском возрасте. У определенного количества пациентов уже в подростковом возрасте можно диагностировать серьезные проблемы, которые в дальнейшем ведут к тяжелым нарушениям фертильности и сексуальной дисфункции, и рекомендация по созданию банка спермы в ряде случаев является оправданной.

Вышеперечисленное диктует необходимость рационального подхода к своевременной диагностике, определению тактики ведения и наблю-

дения данной категории пациентов, в том числе создания полноценной преемственности между детскими и взрослыми урологами. Данные меро-

приятия должны стать полезным инструментом для поддержания репродуктивного потенциала мужчины.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ПРИ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ. УРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

© *Е.С. Коршунова*^{1, 2, 3}, *М.Н. Коршунов*^{1, 4}, *С.П. Даренков*¹

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами президента РФ (Москва);

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава РФ (Москва);

³ ФГБНУ «Научный центр неврологии» (Москва);

⁴ Российско-немецкий центр репродукции и клинической эмбриологии ЗАО «Поколение NEXT» (Москва)

Мультиморбидность (коморбидность) — это сочетание у одного больного двух и/или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у пациента вне зависимости от активности каждого из них. По прогнозу Всемирной организации здравоохранения, в период между 2000 и 2050 гг. доля населения мира в возрасте более 60 лет увеличится с 11 до 22 %. Сегодня помимо терапевтов с проблемой мультиморбидности сталкиваются и узкие специалисты, в частности урологи. По данным доклада D. von Stillfried et al. (2012), назначения урологических препаратов среди людей старше 65 лет имеют большую процентную долю по сравнению с предписаниями других специалистов. Одной из глобальных урологических проблем, встречающихся в старшем возрасте, является гиперактивный мочевой пузырь.

Цель исследования — провести анализ современных литературных данных для определения основных подходов к лечению мультиморбидных больных с гиперактивным мочевым пузырем.

Материал и методы. Проведен поиск литературных источников, опубликованных в базе данных NSBI PubMed, Medline и др. Ключевыми слова-

ми были: гиперактивный мочевой пузырь (OAB), ургентное недержание (urge incontinence), симптомы нижних мочевых путей (LUTS); мультиморбидность (multimorbidity), коморбидность (comorbidity), старость (senility). Оценивали дизайн исследования, критерии включения и исключения, количество участников, методы диагностики и определения эффективности лечения, используемые лекарственные средства.

Результаты. Появляется все больше доказательств того, что симптомы гиперактивного мочевого пузыря могут быть вторичными по отношению к ряду урологических, гинекологических и неврологических заболеваний, а также могут быть вызваны приемом лекарственных препаратов. Ряд авторов подчеркивает, что клиницисту следует рассматривать коморбидного больного с подобным недугом через призму мультисистемного подхода и индивидуализированной медицины.

Вывод. Лечение пожилых людей с гиперактивным мочевым пузырем не должно заключаться в купировании изолированного урологического синдрома, оно должно быть частью комплексного лечения мультиморбидных больных с полифармакотерапией.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С ПОМОЩЬЮ ПОРТАТИВНОГО ПРИБОРА В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

© *Н.О. Кротова, И.В. Кузьмин*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Цель исследования — сравнить эффективность лечения больных со стрессовым недержанием мочи и недержанием мочи после радикальной простатэктомии при помощи метода биологической обратной связи (БОС) с использованием

портативного прибора и при помощи тренировок мышц тазового дна по стандартной методике.

Методы исследования. Под наблюдением находились 40 женщин со стрессовым недержанием мочи (средний возраст $48,6 \pm 4,5$ года) и 20 муж-