

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), urgentное 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-

чин с недержанием мочи после радикальной простатэктомии (средний возраст $67,3 \pm 5,1$ года).

Женщины со стрессовым недержанием мочи были разделены на две группы — основную ($n = 20$) и контрольную ($n = 20$). Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, давности и выраженности недержания мочи. Больным основной группы проводили тренировки тазовых мышц с использованием портативного прибора БОС «Ютон» с электромиографическим вагинальным датчиком (производство фирмы «Амалтея», Санкт-Петербург), пациенты контрольной группы тренировали тазовые мышцы без применения БОС. Аналогичным образом были разделены на две группы мужчины с недержанием мочи после радикальной простатэктомии. Группы больных были также сопоставимы по возрасту, давности и выраженности недержания мочи. Больным основной группы ($n = 10$) проводили тренировки тазовых мышц с использованием прибора «Ютон» с электромиографическим ректальным датчиком, мужчины из контрольной группы ($n = 10$) тренировали тазовые мышцы без применения БОС.

Начальная длительность одного сеанса тренировки тазовых мышц составляла 8–10 минут. В дальнейшем по мере укрепления мышечных

волокон длительность тренировок увеличивалась до 15 минут. Проводили от 3 до 5 сеансов тренировок в день. Общая продолжительность лечения составляла 12 недель.

Результаты. Оценку эффективности лечения недержания мочи как у мужчин, так и у женщин проводили по данным субъективной оценки пациентами, анализа дневников мочеиспусканий, результатам заполнения больными опросников IPSS и качества жизни, кашлевого и прокладочного тестов, а также по данным инструментальных методов исследования (УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи и урофлоуметрии). Результаты исследования показали большую эффективность лечения недержания путем тренировок тазовых мышц с использованием портативного прибора БОС «Ютон» по сравнению с контрольной группой. При этом лучшие результаты лечения в группе БОС отмечены как у женщин со стрессовым недержанием мочи, так и у мужчин с недержанием мочи после радикальной простатэктомии.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности применения метода БОС с использованием портативного прибора у больных с недержанием мочи.

К ЭФФЕКТИВНОСТИ УРОФУРАГИНА (ФУРАЗИДИНА) В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

© *И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская, С.Х. Аль-Шукри*

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

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей (РИНМП) относятся к числу широко распространенных заболеваний у женщин, а антибактериальная терапия остается ведущим методом их лечения. Назначение антибактериальных препаратов у данной категории больных рекомендуется проводить либо в режиме длительной терапии, либо после воздействия факторов, которые могут вызвать активизацию инфекционно-воспалительного процесса. Наиболее часто проводят посткоитальную профилактику.

Задачей исследования явилось изучение эффективность антибактериального препарата нитрофуранового ряда Урофурагин (Фуразидин) в лечении и профилактике рецидивов у женщин с РИНМП.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 52 женщины с неосложненной РИНМП в возрасте от 19 до 56 лет (в среднем — $34,4 \pm 9,6$ года).

Средняя давность заболевания составила $3,0 \pm 2,7$ года и находилась в диапазоне от 6 месяцев до 12 лет, а среднее число рецидивов заболевания — $5,5 \pm 1,7$. В исследование включали женщин с частотой рецидивов заболевания не менее 2 за 6 месяцев или 3 за 1 год, предшествующих началу лечения, и наличием обострения заболевания на момент начала лечения. Критериями исключения были наличие осложненной инфекции мочевых путей, повышенная чувствительность к фуразидину и другим компонентам препарата, полиурия, выявление признаков почечной и печеночной недостаточности, сахарный диабет.

Всем больным назначали Урофурагин в дозе 100 мг 3 раза в день в течение 7 дней. После окончания основного курса лечения пациенты получали рекомендации о мерах, снижающих вероятность развития рецидива инфекции мочевых путей. К таковым относились употребление большого ко-