

шение зафиксировано у 10 женщин, что составило 58,8 %.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что уровень ДНК-фрагментации тестикулярных сперматозоидов ниже, чем эякуляторных. ИКСИ с использованием гамет,

полученных из яичка, может улучшить качество эмбрионов, повысить частоту наступления беременности и родов и может быть рассмотрена в качестве альтернативного метода лечения мужчин с некорректируемым высоким показателем ДНК-фрагментации.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОФЛАВОНОИДА (ФОМИДАНА ПЛЮС) В КОРРЕКЦИИ ПАТОСПЕРМИИ

© *М.Н. Коршунов^{1,3}, Е.С. Коршунова^{1,2,4}, С.П. Даренков¹*

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ (г. Москва);

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ (г. Москва);

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

⁴ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ» (г. Москва)

Введение. Бесплодие важная медико-социальная проблема современности. Так, каждая четвертая-пятая пара в мире испытывает проблемы с деторождением. Доля мужского фактора в бесплодном браке составляет около 50 %. И в 30–40 % наблюдений патоспермия носит идиопатический характер. Многочисленные исследования указывают, что высокий уровень свободных радикалов в эякуляте может быть одной из причин патологии спермы. Мультицентровые исследования показали, что эмпирическая антиоксидантная терапия может улучшить качество спермы. Витамины группы E, C, A, L-карнитин, селен и цинк доказали свою эффективность в лечении мужского бесплодия. Появляются сообщения о положительном влиянии растительных фенольных водорастворимых антиоксидантов — биофлавоноидов на показатели спермограммы.

Цель. Оценить эффективность комбинированного биофлавоноида Фомидана Плюс на параметры спермограммы субфертильных пациентов.

Материалы и методы. Пилотное исследование включило 65 мужчин с первичным и вторичным бесплодием. Средний возраст составил $37,1 \pm 8,3$ года (от 26 до 50). Основные параметры по данным спермиологического исследования (ВОЗ, 2010) (концентрация, подвижность,

морфология) различались в группе наблюдаемых — от астенотератозоо- до тяжелой олигоастенотератозооспермии. 45 мужчин (69,2 %) получали медикаментозную подготовку для лечения бесплодного брака методом ЭКО/ИКСИ в связи с тяжелыми нарушениями сперматогенеза. Динамику показателей спермограммы, реакции оксидативного стресса эякулята (РОС) оценивали через 8 недель после терапии Фомиданом Плюс в высокой терапевтической дозе по 2 капсулы два раза в день.

Результаты. После проведенного лечения средний объем эякулята увеличился с $2,0 \pm 0,5$ до $2,8 \pm 1,2$ мл. Концентрация сперматозоидов выросла с $10,6 \pm 5,6$ до $14,1 \pm 6,2 \times 10^6$; средний процент подвижных сперматозоидов категории (a + b) — с $10,1 \pm 6,1$ до $25,1 \pm 7,1$ ($p < 0,001$); процент морфологически нормальных форм половых клеток (критерии Крюгера — Менквельда) увеличился с $3,2 \pm 1,4$ до $7,7 \pm 2,6$ ($p = 0,05$). Показатели РОС регрессировали с $4,3 \pm 1,5$ до $2,9 \pm 1,6$ ($p < 0,001$). Была отмечена достоверная отрицательная корреляция между параметрами спермограммы и РОС спермы ($p < 0,05$). В процессе лечения не было зарегистрировано побочных эффектов. У 30 мужчин (46,1 %) после терапии показатели эякулята были признаны пригодными для использования в процедуре ИКСИ.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о благоприятном терапевтическом эффекте использования биофлавоноида Фомидана Плюс в коррекции патоспермии и РОС эякулята. Было зарегистрировано повышение количественных и качественных параметров

эякулята после лечения. Препарат продемонстрировал хорошую переносимость. Требуются дальнейшие наблюдения для оценки влияния БАДа на показатели ДНК-фрагментации сперматозоидов, частоты наступления беременности и родов.

ДЕМЕНЦИЯ. ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ УРОЛОГ?

© *Е.С. Коршунова^{1, 2, 3}, А.А. Костин¹, С.П. Даренков³*

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ (г. Москва);

² ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ» (г. Москва);

³ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ (г. Москва)

Деменция — приобретенное снижение интеллекта вследствие органических поражений головного мозга. Распространенность симптомов нижних мочевых путей у таких пациентов варьирует от 10 до 90 % в зависимости от особенностей сбора информации. Деменция социально дезадаптирует больного, делая его неспособным к профессиональной деятельности и ограничивая возможности самообслуживания. При этом недержание мочи усиливает бремя для лиц, ухаживающих за пациентом.

Классификация деменций подразумевает три типа.

1. Атрофические деменции (включая болезнь Альцгеймера и болезнь Пика).

2. Сосудистые деменции (церебральный атеросклероз).

3. Деменция с тельцами Леви.

Последний тип слабоумия не вызывает проблем в диагностике у невролога, так как сопровождается рядом двигательных нарушений, характерных для паркинсонизма. Для разграничения первых двух видов заболевания существует ряд неврологических алгоритмов. Кроме того, симптомы нижних мочевых путей являются одним из дифференциальных тестов для разграничения сосудистой и альцгеймеровской деменции. В первом случае недержание возникает на первых стадиях заболевания, в то время как во втором — на последних. Основной уродинамической находкой при деменции является детрузорная гиперактивность.

Исследование Sugiyama et al. (1994) показало, что у пациентов с болезнью Альцгеймера частота выявления детрузорной гиперактивности составляет 40–61 % случаев. Кроме того, степень атрофии мозга была более тяжелой у больных с гиперактивностью детрузора по сравнению с пациентами без нарушений мочеиспускания. Также у больных болезнью Альцгеймера может развиваться функциональное недержание мочи вследствие разрушения ядра личности и неспособности контролировать соматический компонент мочеиспускания.

Распространенность детрузорной гиперактивности при сосудистой деменции составляет 70–91 % пациентов. В работе Jirovec et al. (1990) показано, что когнитивные и двигательные способности больных существенно различаются между пациентами с недержанием и без. А мобильность больного служит предиктором нарушений контроля удержания мочи.

Определенные трудности имеет лечение гиперактивного мочевого пузыря у больных деменцией. Первой линией терапии слабоумия являются препараты антихолинэстеразного действия. Однако комбинированное использование «центрального» ингибитора антихолинэстеразы и «периферического» антагониста мускариновых рецепторов не рекомендуется. Липофильные холиноблокаторы легко проникают через гематоэнцефалический барьер и могут усугубить когнитивную функцию па-