

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*

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

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

³ФГБУ 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-

циента. Поэтому при лечении больных деменцией можно считать оправданным назначение М-холиноблокаторов из группы четвертичных аминов. Гидрофильный препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер, и вероятность побочных эффектов центральной нервной системы меньше.

Таким образом, распространенность детрузорной гиперактивности у пациентов с болез-

нью Альцгеймера является более низкой по сравнению людьми, страдающими сосудистой деменцией, и встречается на поздних стадиях заболевания. При назначении лечения гиперактивного мочевого пузыря у данной категории больных предпочтение следует отдавать гидрофильным М-холиноблокаторам, что позволит снизить вероятность побочных явлений со стороны центральной нервной системы.

БОЛЕВОЙ СИМПТОМ В КЛИНИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

© *В.Н. Крупин, А.В. Крупин, А.С. Воробьева*

ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ (г. Нижний Новгород)

Изучали интенсивность болевого симптома у 76 пациентов с лабораторно подтвержденным хроническим бактериальным простатитом с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Интенсивность боли у больных хроническим бактериальным простатитом по десятибалльной ВАШ в среднем составила $2,14 \pm 0,01$ пункта (1 пункт — 26 человек; 2 пункта — 25 человек; 3 пункта — 15 человек; 4 пункта — 8 человек и 5 пунктов — 2 человека). Кроме того, с целью оценки интенсивности болевого симптома анкетированы по ВАШ 156 мужчин 46–71 года с тяжелыми повреждениями ткани предстательной железы: 1-я группа (81 человек) — трансректальная мультифокальная биопсия простаты с подозрением на рак простаты, 2-я группа (32 человека) — ТУР простаты по поводу ДГПЖ и 3-я группа (43 человека) — рак простаты T₃N₀M₀.

Боли в послеоперационном периоде без назначения анальгетиков отметили 4 (4,9 %) пациента 1-й группы и 2 (6,2 %) больных 2-й группы. Интенсивность болей по ВАШ у этих пациентов не превышала 1 пункта. У больных 3-й группы наличие болей в промежности отмечал один пациент, при дополнительном обследовании у него выявлено прорастание в прямую кишку, поэтому из обследования он выбыл.

Таким образом, частота и интенсивность болевых симптомов у больных хроническим

бактериальным простатитом значительно превышает аналогичные показатели у больных с травматическими повреждениями ткани предстательной железы при операции ТУР или биопсии простаты, а также при раке предстательной железы.

Проведены исследования корреляционной зависимости выраженности болевого симптома как основного симптома, описываемого в клинике хронического простатита, от воспалительных изменений секрета предстательной железы и морфологических изменений ее ткани, полученной при биопсии или трансуретральной резекции у 46 пациентов. При этом установлено, что в простате преобладает лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы железы, разрастание грануляционной и рубцовой ткани. Атрофия желез сочетается с пролиферацией и метаплазией эпителия протоков с образованием криброзных и папиллярных структур.

Оценка характера и выраженности этих изменений выполнялась согласно классификации the North American Chronic Prostatitis Collaborative Research Network и the International Prostatitis Collaborative Network (Nickel J.C. et al., 2001):

- 1) легкая степень — единичные воспалительные клетки, разделенные отчетливыми промежуточными зонами (< 100 кл/мм²);
- 2) умеренная степень — сливающиеся поля воспалительных клеток без тканевой деструк-