

дой возрастной группы активно пользуются Интернетом, 93 % — средней, 88 % — пожилой, 25 % — старческой возрастной группы. Следует отметить, что пациенты моложе 75 лет являются активными пользователями сети Интернет и не имели каких-либо сложностей при заполнении опросников в электронном виде. Кроме того, выявлено, что отсутствует преобладание какой-либо из существующих операционных систем мобильных устройств пациентов для доступа в Интернет, в связи с чем принято решение отказаться от идеи разработки мобильных приложений под конкретную операционную систему и создать интернет-ресурс, оптимизированный для просмотра с любых мобильных устройств.

Среднее время заполнения опросников в бумажном варианте: AMS  $3,2 \pm 0,4$  мин; среднее время заполнения опросников в электронном виде AMS  $3,6 \pm 0,5$  мин. Результаты заполнения опросников в бумажном и электронном виде были одинаковыми. Слабовыраженные признаки андрогенного дефицита присутствовали у 32 % опрошенных больных, умеренно выраженные — 10 % и сильно выраженные — 4 %.

После завершения заполнения опросников система формирует андрологический паспорт, куда также вносятся результаты лабораторных исследований.

**Выводы.** Применение опросников позволяет заподозрить наличие мужского гипогонадизма. Результаты заполнения опросников AMS в бумажном и электронном виде идентичны. Дистанционное заполнение опросников в электронном виде через Интернет позволяет заполнять опросники вне приема врача, а также обеспечивает удобную форму хранения и анализа информации. Учитывая современное развитие интернет-технологий, рост компьютерной грамотности, а также активный прирост пользователей сети Интернет среди пациентов, разработка андрологического реестра является крайне перспективным направлением, способным снизить нагрузку на врача и повысить качество диагностики мужского гипогонадизма. Формирование андрологического реестра и его анализ в последующем позволяют надеяться на разработку персонализированной терапии для пациентов с гипогонадизмом.

## РОЛЬ «СИМУЛЯЦИОННОЙ ОПЕРАЦИИ» В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И РЕФРАКТЕРНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© Д.Д. Шкарупа<sup>1,2</sup>, А.О. Зайцева<sup>1</sup>, Н.Д. Кубин<sup>1</sup>, Е.А. Шаповалова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Актуальность.** Гиперактивность мочевого пузыря (ГАМП) является заболеванием, консенсус в лечении которого не достигнут, особенно это касается ее рефрактерных форм. На сегодняшний день в мире существует множество разных методов лечения ГАМП (медикаментозная терапия, лечение с помощью внутридетрузорного введения ботулотоксина, тиббиальная и сакральная нейромодуляции и т. д.), но ни один из них не имеет статус «золотого стандарта» по причине недостаточной эффективности в целом ряде клинических случаев. В связи с этим требуется поиск новых

видов лечения. Особая группа — это пациентки, у которых имеется сочетание ГАМП с пролапсом тазовых органов (ПТО) 1–2-й ст. При подобных анатомических дефектах и отсутствии функциональных расстройств операция не показана. Однако при наличии симптомов ГАМП последние можно связать с дефектами связочного аппарата. Согласно интегральной теории Р. Petros даже незначительное изменение натяжения фасций и связок влагалища при опущении тазовых органов может привести к активации рецепторов растяжения и включению рефлекса мочеиспускания.

Методика «симуляционной операции» разработана с лечебной и диагностической целями и направлена на выбор пациентов с опущением стенок влагалища 1–2-й стадий и ГАМП, кому с целью лечения ГАМП может быть проведено хирургическое лечение (пликация крестцово-маточных/кардинальных связок).

**Цель.** Определить роль «симуляционной операции» в выборе тактики лечения пациенток с ГАМП.

**Материалы и методы.** В исследование включены 56 пациенток с опущением передней или задней стенок влагалища 1–2-й стадий ГАМП, в анамнезе не получивших эффекта от применения М-холинолитиков. Всем больным выполнялась «симуляционная операция», заключающаяся в тампонировании влагалища стерильной марлевой салфеткой. С помощью салфетки достигалась механическая поддержка тазовых органов и стенок влагалища, что сопровождалось уменьшением натяжения связок и, как следствие, подавлением механизма, активирующего рецепторы растяжения и запуск рефлекса мочеиспускания. Предполагается тот же механизм действия и при хирургической операции (пликации крестцово-маточных/кардинальных связок). Оценка результатов пробы производилась через 24 часа от момента установки салфетки во влагалище на основании регистрации субъективных изменений и результатов заполнения 24-часовых дневников

мочеиспускания до и после установки тампона. В случае уменьшения частоты мочеиспускания, частичном или полном устранении ургентности и ноктурии проба считалась положительной и пациенткам в дальнейшем проводилось хирургическое лечение (пликация кардинальных/утеросакральных связок). Оценка эффективности операции проводилась через 1 месяц после хирургического лечения по результатам заполнения 48-часовых дневников мочеиспускания.

**Результаты.** За исследуемые 24 часа во время проведения пробы с тампонированием частота мочеиспускания в дневное время снизилась с 12,78 (8–22) до 7,16 (5–11), ночью с 2,84 (1–9) до 0,81 (0–2). При этом у 48 (85,7 %) из 56 пациенток полностью исчезли эпизоды неудержания мочи на фоне императивного позыва. Сравнимы с полученными результаты дневников мочеиспускания через 1 месяц после хирургического лечения: частота мочеиспускания в дневное время составила 7,25 (5–10), ночью 1,06 (0–3). Эпизоды неудержания мочи на фоне императивного позыва устранены у 52 (92,9 %) пациенток.

**Выводы.** «Симуляционная операция» может быть использована как лечебно-диагностическая процедура, позволяющая уменьшить эпизоды ургентности у женщин с ПТО 1–2-й стадий и ГАМП, а также спрогнозировать результат хирургического лечения ГАМП у данной категории пациенток.

## НОВЫЙ СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН: РЕГУЛИРУЕМЫЙ ТРАНСОБТУРАТОРНЫЙ СУБУРЕТРАЛЬНЫЙ СЛИНГ

© Д.Д. Шкарупа<sup>1,2</sup>, Н.Д. Кубин<sup>1</sup>, А.О. Зайцева<sup>1</sup>, Е.А. Шаповалова<sup>1</sup>, О.Ю. Старосельцева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский многопрофильный центр» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Синтетические субуретральные слинги для лечения стрессового недержания мочи (СНМ) используются уже более 20 лет и завоевали широкую популярность среди хирургов всего мира благодаря простоте техники и высокой эффективности. Тем не менее

исход операции порой зависит от степени натяжения слинга: величины, выбираемой хирургом зачастую умозрительно. Нарушение баланса между излишне свободным положением петли и ее чрезмерным натяжением приводит к недостаточной результативности