

урии, коррекцию артериального давления и анемии.

У пациентов, включенных в базу данных, осуществляется мониторинг качества лечения.

Внедрение в клиническую практику вышеописанных принципов лечения ХБП при обструктивных уropатиях позволило достоверно ($p=0,007$) в четыре раза ($ОШ = 0,25$) сократить вероятность прогрессирования хронической болезни почек у детей, лечившихся от пороков развития мочевыводящей системы после 2000 года.

Выводы

1. Разработка регионального регистра детей с пороками развития мочевыводящей

системы позволяет унифицировать диагностический, лечебный и прогностический алгоритмы ведения хронической болезни почек у данных пациентов.

2. Факторами неблагоприятного прогноза при хронической почечной недостаточности у детей с пороками развития мочевыводящей системы являются несвоевременное выполнение оперативного вмешательства и не полноценная профилактика рецидивов пиелонефрита, бактериурии, коррекции артериального давления и анемии.

3. Корректное лечение детей с пороками развития мочевыводящей системы возможно только при реализации мультидисциплинарного подхода к их ведению.

Сведения об авторе статьи:

Ахметшин Рустэм Закиевич – к.м.н., зав. кафедрой педиатрии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: rz47@rambler.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская нефрология: руководство для врачей/ под ред. М.С. Игнатовой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 3-е изд., перераб. и доп. – 696 с.
2. Детская инвалидность вследствие заболеваний органов мочевой системы у детей, региональные особенности / Г.А. Маковецкая [и др.] // Нефрология и диализ. – 2006. – № 8(4). – С. 359-362.
3. Молчанова Е.А., Валов А.Л. Результаты формирования регистра хронической почечной недостаточности у детей в 2000-2002 гг. / Е.А. Молчанова, А.Л. Валов // Нефрология и диализ. – 2004. – № 6 (3). – С. 221-226.
4. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review / AX Garg [et al.] // JAMA. – 2005. – Vol. 293. – P. 1223-1228
5. Establishing a national knowledge translation and generation network in kidney disease: the canadian kidney knowledge translation and generation network / B. Manns [et al.] // Can J Kidney Health Dis. – 2014. – Vol. 1(1). – P. 2.
6. The Canadian Society of Nephrology methods in developing and adapting clinical practice / R.A. Mustafa [et al.] // Canadian Journal of Kidney Health and Disease. – 2014. – Vol. P. 1-5.
7. National Kidney Foundation Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. K/DOQI clinical practice guidelines // Am J Kidney Dis. – 2002. – Vol. 39. – 266 p.
8. National Kidney Foundation Clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in children with chronic kidney disease. National Kidney Foundation KDOQI Kidney Disease Outcomes quality initiative // Am J Kidney Dis. – 2005. – Vol. 46 (4) Suppl. 1. – P. 8-121.
9. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents // Pediatrics. – 2004. – Vol. 114. – P. 555-576.
10. Using an electronic selfmanagement tool to support patients with chronic kidney disease(CKDD): A CKD Clinic Self-Care Model / S. Ong [et al.] // Semin Dial. – 2013. – Vol. 26. – P. 195.
11. A simple estimate of glomerular filtration rate in children derived from body length and plasma creatinine / G.J. Schwartz [et al.] // Pediatrics. – 1976. – Vol. 58. – P. 259-263.
12. Schröder C.H. European Pediatric Peritoneal Dialysis Working Group. The management of anemia in pediatric peritoneal dialysis patients. Guidelines by an ad hoc European Committee / C.H. Schröder // Pediatr Nephrol. – 2003. – Vol. 18. – P. 805-809.
13. Estimating prevalence of CKD stages 3–5 using health system data / VB Shahinian [et al.] // Am J Kidney Dis. – 2013. – Vol. 61(6). – P. 930-938.
14. Somu, S. Early Detection of Hypertension in General Practice / S. Somu, B. Sundaram, A.N. Kamalanathan // Archives of Disease in Childhood. – 2003. – Vol. 88. – P. 302

УДК 616.69-008.14-021.3:616.681-089

© С.И. Гамидов, А.Ю. Авакян, 2017

С.И. Гамидов¹, А.Ю. Авакян²

РОЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВАРИКОЦЕЛЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПАТОЗОСПЕРМИИ

¹ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва

²ГБУ «Городская поликлиника № 180» ДЗМ, г. Москва

Проблема диагностики и лечения субклинического варикоцеле является актуальной в современной андрологии. До сих пор нет единого мнения относительно необходимости хирургического лечения данного заболевания. Целью исследования являлась оптимизация показаний для лечения субклинического варикоцеле в сочетании с идиопатической патозоспермией.

В исследовании участвовало 308 пациентов с идиопатической патозоспермией. В зависимости от наличия субклинического варикоцеле пациенты были разделены на две группы: 172 человека без субклинического варикоцеле и 136 пациентов

с субклиническим варикоцеле, которые в свою очередь были поделены на три подгруппы: 45 пациентам выполнялась операция Мармара, 56 – выполнялась операция Мармара с последующей консервативной терапией, 35 пациентам была назначена только консервативная терапия. Контрольную группу составили пациенты без субклинического варикоцеле, которые получали только консервативную терапию.

Хирургическое лечение (операция Мармара) в сочетании с последующей консервативной терапией показало наибольшую эффективность. Вероятность наступления беременности в первый год после операции при выборе данного подхода составила 42,8%. Выполнение лишь операции Мармара привело к беременности у 31,2% пар. Наименее эффективным оказался консервативный подход к лечению – вероятность наступления беременности в первый год после начала лечения составила 14,2%. В контрольной группе, в которой у пациентов не было выявлено субклиническое варикоцеле, вероятность наступления беременности составила 25,6% после проведения консервативного лечения.

Таким образом, хирургическое вмешательство (операция Мармара) в сочетании с последующей консервативной терапией показало наибольшую эффективность в лечении субклинического варикоцеле в сочетании с идиопатической патоспермией.

Ключевые слова: идиопатическая патоспермия, субклиническое варикоцеле, мужское бесплодие, тератозооспермия, астенозооспермия

S.I. Gamidov, A.Yu. Avakyan THE ROLE OF SUBCLINIC VARICOCELE IN PATHOGENESIS OF IDIOPATHIC PATHOSPERMIA

The problem of diagnostics and treatment of subclinical varicocele is very important in modern andrology. There is still no consensus regarding the necessity of surgical treatment of this disease. The aim of the study was the optimization of the indications for treatment of subclinical varicocele in combination with idiopathic pathospermia.

The study involved 308 patients with idiopathic pathospermia. Depending on the presence of subclinical varicocele patients were divided into two groups: 172 people without subclinical varicocele and 136 patients with subclinical varicocele, which in turn were divided into three groups: 45 patients underwent Marmara surgery, 56 patients underwent Marmara surgery with subsequent conservative therapy, 35 patients were assigned to conservative therapy only. Control group included patients without subclinical varicocele who received only conservative therapy.

Surgical treatment (Marmara surgery), in combination with subsequent conservative therapy showed the greatest efficiency. The probability of pregnancy in the first year after the surgery was 42.8%. Only Marmara surgery resulted in the pregnancy in 31.2% of couples. The least effective was the conservative approach to treatment, the probability of pregnancy was 14.2% in the first year after beginning of treatment. In the control group in which patients did not reveal subclinical varicocele, the probability of pregnancy was 25.6 % after conservative treatment.

Surgical treatment (surgery Marmara), in combination with subsequent conservative therapy showed the highest efficacy in the treatment of subclinical varicocele in combination with idiopathic pathospermia.

Key words: idiopathic pathospermia, subclinical varicocele, male infertility, teratozoospermia, asthenozoospermia.

Около 15% супружеских пар в мире имеют проблемы с зачатием ребенка в течение года. В 30-40 % случаев этиологический фактор обнаружить не удается, в этом случае такое бесплодие называется идиопатическим мужским бесплодием. Большинство исследователей считают, что идиопатическое мужское бесплодие – это мультифакторная проблема, которая представляет собой сочетание разных этиологических факторов [6, 7, 10]. У таких пациентов отсутствуют какие-либо явные заболевания, которые могут приводить к мужскому бесплодию, а также нет отклонений от нормы по данным физикальных и лабораторных методов обследования [9]. Однако у таких мужчин почти всегда будут наблюдаться отклонения в спермограмме. Идиопатическое мужское бесплодие может быть следствием как какой-либо скрытой эндокринопатии, так и воздействия окружающей среды, реактивных форм кислорода, скрытых генетических и эпигенетических аномалий [8]. Урологи обычно являются первыми специалистами, к которым обращаются мужчины при жалобах на отсутствие детей, однако бесплодие – это мультидисциплинарная проблема.

Идиопатическая патоспермия – это состояние, при котором причину ее возникновения определить не удастся. Пациенты с идиопатической патоспермией необязательно бесплодны, но всегда имеют пониженную фертильность [11]. Идиопатическая патоспермия и идиопатическое бесплодие не идентичны, так как понятие «бесплодие» – это кумулятивный термин, включающий в себя несколько факторов, в том числе и женский. В данном исследовании мы попытались определить наиболее оптимальный подход к лечению мужского бесплодия у пациентов с идиопатической патоспермией без или в сочетании с субклиническим варикоцеле.

Материал и методы
Данное исследование является когортным. В исследовании участвовало 308 пациентов с идиопатической патоспермией. В зависимости от наличия субклинического варикоцеле пациенты разделены на две группы: 172 человека без субклинического варикоцеле и 136 с субклиническим варикоцеле, которые в свою очередь были поделены на три подгруппы: А – 45 пациентам выполнялась операция Мармара, Б – 56 пациентам выполнялась операция Мармара с последующей консервативной терапией, В – 35 пациентам была назначена только консервативная терапия. В дальнейшем мы сравнили эффективность лечения во всех группах. Контрольную группу представили пациенты без субклинического варикоцеле, которые получали только консер-

вативную терапию. У всех пациентов были исключены другие возможные этиологические факторы бесплодия, все группы были сопоставимы между собой по наличию воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни.

Результаты и обсуждение

Ниже приведены результаты опроса пациентов через год после проведения лечения из

разных групп относительно того, состоялась ли беременность (без применения ВРТ) или нет. В 1-ю группу входили пациенты с идиопатической патоспермией без субклинического варикоцеле, во 2-ю группу входили пациенты с идиопатической патоспермией с субклиническим варикоцеле, которые в дальнейшем были разделены на три подгруппы в зависимости от выбора метода лечения (табл. 1).

Таблица 1

Частота наступления беременности в группах исследования после проведения курса лечения спустя год				
Показатель	1-я группа (N=172)	2-я группа (N=136)		
Частота наступления беременности через год после начала лечения	25,6%	подгруппа А (N=45)	подгруппа Б (N=56)	подгруппа В (N=35)
		33,2 %	42,8 %	14,2 %

Как видно из представленных выше результатов средняя частота наступления беременности во 2-й группе (пациенты с субклиническим варикоцеле) ниже, чем частота наступления беременности у пациентов без субклинического варикоцеле (1-я группа), что указывает на корреляцию между наличием субклинического варикоцеле и частотой наступления беременности в паре с супружеским бесплодием.

Что касается 1-й группы, в которой частота наступления беременности составила 25,6%, то наши результаты расходятся с литературными данными. Средний показатель наступления беременности в первый год у пациентов с идиопатической патоспермией по мировым данным составил 19%. В нашем исследовании ввиду того, что мы выделили пациентов с субклиническим варикоцеле в отдельную группу, было показано, что частота наступления беременности выше и составила 25,6%.

У пациентов 1-й группы (пациенты с идиопатической патоспермией без субклинического варикоцеле) изначально не было достоверных изменений в показателях гормо-

нального профиля. Концентрации лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и ингибина Б не изменились как после трех месяцев эмпирической стимуляции, так и после ее отмены. При этом у данной группы изначально значения ЛГ, ФСГ были меньше, чем у пациентов 2-й группы (больные с идиопатической патоспермией с субклиническим варикоцеле), что свидетельствует о меньшей степени повреждения сперматогенного эпителия.

По результатам спермограммы у пациентов 1-й группы изначально были достоверно выше по сравнению со 2-й группой такие параметры, как объем эякулята ($3,7 \pm 0,21$ мл и $3,23 \pm 0,15$ мл соответственно), концентрация сперматозоидов ($28,2 \pm 5,56$ млн в 1 мл и $17,3 \pm 4,57$ млн в 1 мл соответственно), общая подвижность ($35,3 \pm 4,37$ % и $23,4 \pm 3,32$ %, соответственно), жизнеспособность ($68,3 \pm 3,15$ % и $50,9 \pm 4,16$ % соответственно). После проведения эмпирической терапии в течение 3-х месяцев вышеуказанные показатели спермограммы в 1-й группе достоверно улучшились (табл. 2).

Таблица 2

Показатели спермограммы в 1-й группе до и после лекарственной терапии через 3 и 6 месяцев			
Показатели спермограммы	До лечения	3 месяца с момента начала лечения	6 месяцев с момента начала лечения
Объем эякулята, мл	$3,7 \pm 0,21$	$4,4 \pm 0,23$	$4,1 \pm 0,31$
Общее количество сперматозоидов, млн	$37,2 \pm 5,65$	$42,3 \pm 5,43$	$45,2 \pm 4,48$
Концентрация сперматозоидов, млн в 1 мл	$48 \pm 5,56$	$56,7 \pm 5,43$	$51,2 \pm 5,45$
Общая подвижность сперматозоидов, %	$35,3 \pm 4,37^*$	$42,6 \pm 4,38$	$39,3 \pm 4,58$
Сперматозоиды с прогрессивным движением, %	$34,2 \pm 5,23$	$35,6 \pm 4,32$	$34,9 \pm 5,34$
Жизнеспособность, %	$68,3 \pm 3,15$	$75,6 \pm 3,71$	$74,6 \pm 3,82$
Морфология: нормальные формы, %	$16,2 \pm 2,32$	$18,3 \pm 2,56$	$19,4 \pm 1,62$

* $p < 0,05$ при сравнении данных между группами пациентов.

Поскольку мы разделили 2-ю группу на три подгруппы в зависимости от выбранного метода лечения, то рассмотрим более подробно результаты лечения в каждой из них.

В подгруппу А входили пациенты, которым выполнялось только хирургическое лечение. После выполнения операции Марма-

ра спустя три месяца контрольные показатели гормонального профиля и спермограммы достоверно не изменились. Частота наступления беременности в этой подгруппе составила 33,2%, что меньше, чем в 1-й группе, в которой назначалась только эмпирическая стимуляция. В данной подгруппе был наименьший

показатель общей подвижности сперматозоидов – $23,4 \pm 4,54\%$. После выполнения операции Мармара значение этого параметра стало $38,3 \pm 4,89\%$, при этом другие параметры спермограммы не изменились. Гормональный фон по результатам исследования на частоту наступления беременности в данной подгруппе не влиял.

В подгруппу Б входили пациенты, которым выполнялась операция Мармара и в дальнейшем назначалась консервативная терапия.

Исходя из частоты наступления беременности в данной группе (45,8%) следует сделать вывод, что наиболее эффективным подходом к лечению больных с бесплодием в сочетании с идиопатической патоспермией и субклиническим варикоцеле является комбинированный подход – оперативное лечение в сочетании с последующей консервативной терапией. Значения концентрации ФСГ и ЛГ после проведения лечения достоверно уменьшились, а концентрация ингибина Б увеличилась (табл. 3).

Таблица 3

Показатели гормонального профиля у пациентов подгруппы Б (N=46) до и после лечения через 3 и 6 месяцев

Показатель	До лечения	3 месяца с момента начала лечения	6 месяцев с момента начала лечения
ЛГ, мЕд/мл	$4,9 \pm 0,27$	$3,7 \pm 0,21^*$	$4,5 \pm 0,26$
ФСГ, мЕд/мл	$7,6 \pm 0,52$	$5,8 \pm 0,45^*$	$6,8 \pm 0,46$
ТТГ, мЕд/л	$1,9 \pm 0,23$	$1,9 \pm 0,25$	$2,0 \pm 0,19$
Тироксин, нмоль/л	$105,7 \pm 4,8$	$102 \pm 4,23$	$104 \pm 5,32$
Эстрадиол, пмоль/л	$108 \pm 4,12$	$107 \pm 4,83$	$110 \pm 5,12$
Прогестерон, нмоль/л	$1,5 \pm 0,12$	$1,6 \pm 0,14$	$1,52 \pm 0,17$
Пролактин, мЕд/л	$175,2 \pm 7,42$	$178,4 \pm 7,36$	$176 \pm 7,26$
Тестостерон, нмоль/л	$14,7 \pm 1,52^*$	$19,5 \pm 1,43$	$17,4 \pm 1,34$
Кортизол, нмоль/л	$290,3 \pm 10,23$	$305 \pm 11,24$	$296 \pm 11,10$
Лептин, нг/мл	$10,1 \pm 0,85$	$10,3 \pm 0,85$	$10,2 \pm 0,96$
Ингибин В, пг/мл	$19,2 \pm 1,54^*$	$24,8 \pm 1,32$	$24,4 \pm 1,30$

$p < 0,05$ при сравнении данных между группами пациентов.

Таблица 4

Показатели спермограммы в подгруппе Б (N=46) до и после лечения через 3 и 6 месяцев

Показатель	До лечения	3 месяца с момента начала лечения	6 месяцев с момента начала лечения
Объем эякулята, мл	$3,2 \pm 0,24^*$	$4,8 \pm 0,31$	$4,7 \pm 0,35$
Общее количество сперматозоидов, млн	$39,3 \pm 4,31^*$	$45,6 \pm 4,11$	$51,1 \pm 4,56$
Концентрация сперматозоидов, млн в 1 мл	$45,0 \pm 5,27^*$	$64 \pm 5,89$	$62 \pm 6,23$
Общая подвижность, %	$24,6 \pm 4,32^*$	$38,0 \pm 5,02$	$36,3 \pm 5,23$
Сперматозоиды с прогрессивным движением, %	$32,4 \pm 3,34$	$34,5 \pm 3,78$	$36,7 \pm 3,87$
Жизнеспособность, %	$52 \pm 3,56^*$	$72,3 \pm 3,95$	$70,6 \pm 4,32$
Морфология: нормальные формы, %	$12 \pm 1,43^*$	$16,0 \pm 1,21$	$16,4 \pm 1,12$

* $p < 0,05$ при сравнении данных между группами пациентов.

В подгруппе В выполнялась только консервативная терапия, которая показала наименьшую эффективность. Сравнение результата подгруппы В с результатом 1-й группы ($14,2\%$ vs $47,8\%$, соответственно) указывает на значимость субклинического варикоцеле в развитии мужского бесплодия и необходимость его лечения, что подтверждается результатами исследования. Из всех показателей гормонального профиля и спермограммы достоверно уменьшилась только концентрация ЛГ.

Заключение

В нашем исследовании было показано, что субклиническое варикоцеле имеет значение в развитии идиопатической патоспермии, а хирургическое лечение данного заболевания с последующей консервативной терапией является эффективной тактикой лечения. Одна-

ко даже использование только хирургического подхода дает лучшие результаты, чем консервативная терапия. Поскольку в данном исследовании все группы были сопоставимы по неблагоприятным факторам окружающей среды и образа жизни, то можно утверждать, что субклиническое варикоцеле является причиной идиопатической патоспермии. В мире данный подход не является общепризнанным [5]. Это связано с тем, что субклиническое варикоцеле зачастую трактуется неправильно. Результаты многих исследований показывают отсутствие необходимости лечения субклинического варикоцеле. Однако группы пациентов с данной патологией, как показал наш анализ, не являются клинически однородными, и существуют другие этиологические факторы, влияющие на сперматогенез [1-4].

Сведения об авторах статьи:

Гамидов Сафар Исраилович – д.м.н., профессор, зав. отделением урологии и андрологии ФГБУ Научного Центра АГиП им. В.И. Кулакова. Адрес: 117997, г. Москва, ул. Академика Опарина, 4.

Авакян Армен Юрьевич – зав. отделением урологии ГБУ ГП № 180 ДЗМ г. Москвы. Адрес: 125222, г. Москва, ул. Уваровский переулок, 4. E-mail: armmed1@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ariagno, J.I. Computer-aided sperm analysis: a useful tool to evaluate patient's response to varicocelectomy / J.I. Ariagno, G.R. Mendeluk // Asian J Androl. – 2016. – Apr, Vol. 22 – doi: 10.4103/1008-682X.
2. Anti-Müllerian hormone in seminal plasma and serum: association with sperm count and sperm motility / J.M. Andersen [et al.] // Hum Reprod. – 2016 May 24. – P. 158-160.
3. Barekat, F. A Preliminary Study: N-acetyl-L-cysteine Improves Semen Quality following Varicocelectomy / F. Barekat, M. Tavalae, M.R. Deemeh // Int J Fertil Steril. – 2016 Apr-Jun. – Vol. 1, № 10. – P. 120-126.
4. The effects of male aging on semen quality, sperm DNA fragmentation and chromosomal abnormalities in an infertile population / S. Brahem [et al.] // Journal of assisted reproduction and genetics. – 2011. – № 28. – P. 425-432.
5. Cantoro U. Reassessing the role of subclinical varicocele in infertile men with impaired semen quality: a prospective study / U. Cantoro, M. Polito, G. Muzzonigro // Urology. – 2015. – Vol. 4, № 85. – P. 826-830.
6. Impact of body mass index, age and varicocele on reproductive hormone profile from elderly men / M. Cocuzza [et al.] // Int Braz J Urol. – 2016 Mar-Apr. – Vol. 2, №42. – P. 365-72.
7. Open non-microsurgical, laparoscopic or open microsurgical varicocelectomy for male infertility: a meta-analysis of randomized controlled trials / H. Ding [et al.] // BJU Int. – 2012. – Vol.10, № 110. – P. 1536-1542.
8. Deonandan R. Global decline in semen quality: ignoring the developing world introduces selection bias / R. Deonandan, M. Jaleel // Int J Gen Med. – 2012. – № 5. – P. 303-306.
9. Eisenberg M.L. Varicocele-induced infertility: Newer insights into its pathophysiology / M.L. Eisenberg, L.I. Lipshultz // Indian J Urol. – 2011 Jan-Mar. – Vol.1. – P. 58-64.
10. Karademir I. A rare cause of infertility: intratesticular varicocele associated with ipsilateral extratesticular varicocele / I. Karademir, Z. Demir, A. Gürağaç // Andrologia. – 2016 Mar. – Vol. 2, № 48. – P. 235-237.
11. World Health Organization. WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. – Cambridge University Press: Cambridge, 2015. – 102 p.

УДК 616.6-036.2:314.14(470-25)

© А.Р. Геворкян, 2017

А.Р. Геворкян АНАЛИЗ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ ЗА 2006-2015 ГОДЫ Филиал № 2 ГБУЗ «Городская поликлиника № 195» ДЗМ, г. Москва

В статье на основании материалов официальной статистической отчетности за 2006-2015 гг. проанализированы тенденции, характерные для урологической заболеваемости взрослого населения г. Москвы, в сравнении с Российской Федерацией. Установлено, что болезни мочеполовой системы (МПС) стабильно занимают третье место в структуре распространенности и четвертое место в структуре заболеваемости взрослого населения г. Москвы.

По данным анализа статистических отчетов амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) первичная заболеваемость болезнями МПС взрослого населения г. Москвы в 2015 г. по сравнению с 2006 г. снизилась на 33,7%, болезнями почек и мочеточника – на 16,3%, болезнями предстательной железы – на 48,7%. Однако данная тенденция в динамике урологической заболеваемости не соответствует результатам специальных эпидемиологических исследований и возможно обусловлена неполной регистрацией данных заболеваний и низким уровнем диагностики.

Выявлены существенные недостатки в организации диспансерного наблюдения за больными с урологическими заболеваниями в г. Москве. Установлено, что необходима дальнейшая модернизация статистического учета урологических заболеваний, так как действующая статистическая форма (форма № 12) ограничивает возможности для анализа заболеваемости и распространенности урологических заболеваний отдельных нозологических форм.

Ключевые слова: урологическая заболеваемость, тенденции, взрослое население.

A.R. Gevorkyan ANALYSIS OF UROLOGICAL MORBIDITY AMONG MOSCOW ADULT POPULATION OVER 2006-2015

This paper analyzes the trends of the urological diseases of the adult population of Moscow, compared with the Russian Federation. The analysis is based on the materials of the official statistical reports for 2006-2015. It is established, that the diseases of the genitourinary system (GUS) consistently hold the third place in the structure of incidence and the fourth place in the adult morbidity structure of the adult population of Moscow.

Analysis of statistical reports of outpatient institutions show, that primary morbidity of GUS diseases among adult population of Moscow in 2015 compared to 2006 decreased by 33,7%, kidney and ureter disease – by 16,3%, prostate disease – by 48,7%. However, this trend in the incidence of urinary tract morbidity does not match the results of special epidemiological studies and may be due to underreporting of these diseases and the low level of diagnosis.

The study revealed significant disadvantages in the organization of follow-up of patients with urological diseases in Moscow. It was established that there is a need for further optimization of statistical recording of urological diseases as valid statistical form (f.№12) offers limited possibilities for the analysis of the incidence and prevalence of urological diseases in the context of individual clinical entities.

Key words: urological morbidity, trends, adult population.

Урологические заболевания являются одной из наиболее важных проблем современной медицины, обусловленных стойкой тенденцией роста числа пациентов с заболеваниями мочеполовой системы как во всем мире, так и в России [3,5,6].

Урологические заболевания оказывают существенное влияние на состояние здоровья общества. Если в 80-90-х гг. XX столетия доля урологических болезней составляла 4-5% в структуре общей заболеваемости, то в настоящее время она увеличилась до 7%. В дей-