

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМ КРИПТОРХИЗМОМ

В.П. Стусь, Е.Ю. Крыжановская, Н.Ю. Полион

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

Нами с 1993 по 2013 г. на базе клиники урологии ГУ «ДМА МОЗУ» обследовано 67 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет, (в среднем $31,7 \pm 8,3$ лет). Пациенты обратились с жалобами на бесплодный брак в течение от 12 мес. до 200 мес. (в среднем $58,8 \pm 44,8$ мес.), а также снижение либидо и потенции.

Обследование включало сбор анамнеза, осмотр, пальпацию половых органов, УЗИ органов мошонки, общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, исследование уровня половых гормонов в крови, исследование эякулята.

Микроскопическое исследование спермы проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Оценивали показатели спермограммы, каждый из которых может существенно влиять на fertильность спермы: объем, вязкость, время разжижения, реакцию, количество сперматозоидов в 1 мл спермы, количество живых и мертвых сперматозоидов, подвижность, патологические формы, клетки сперматогенеза, спермагглютинацию, микрофлору и количество лейкоцитов.

Анализы крови общие и биохимические у обследованных пациентов находились в пределах нормы.

Гормональное обследование выявило следующие параметры. Уровень тестостерона составил от 10,89 до 18,94 нмоль/л (в среднем $14,9 \pm 5,9$ нмоль/л). Прогестерон составил в среднем $0,64 \pm 0,34$ и колебался от 0,393 до 0,881 нг/мл. Пролактин колебался от 4,83 до 267,4 при среднем значении – $114,2 \pm 120,9$ мМЕ/мл. Эстрadiол в ряде случаев превышал верхнюю границу нормы, что коррелированно со сниженным уровнем тестостерона и составил в среднем $34,87 \pm 29,14$, при колебании от 6,77 до 88 пг/мл. Лютропин был в пределах нормы, колебался от 2,6 до 4,6 и в среднем составил $3,8 \pm 0,85$ МОд/мл. Фолитропин находился в пределах от 2,5 до 12,7 и в среднем составил $5,66 \pm 3,74$ МОд/мл.

В ряде случаев при исследовании эякулята было выявлено снижение объема его, он составлял от 0,8 до 8,4 мл, а в среднем составил $4,16 \pm 2,2$ мл. Вязкость эякулята колебалась от 0,1 до 10 см, в среднем $1,56 \pm 3,3$ см. Время раз-

ижжения спермы составило от 15 до 30 мин, в среднем $23,66 \pm 5,2$ мин. Реакция спермы колебалась от 7,2 до 8,0 и в среднем составила $7,68 \pm 0,3$. Концентрация сперматозоидов составила $72,63 \pm 46$ млн/мл. В большинстве случаев процент живых сперматозоидов был ниже нормы и в среднем составил $58,18 \pm 22,1\%$, колебаясь от 19 до 95%.

Процент активноподвижных сперматозоидов колебался от 0 до 86% и в среднем составил $38,87 \pm 27,35\%$. Процент малоподвижных сперматозоидов был от 3 до 50 % и в среднем – $22,35 \pm 12,3\%$. Процент дегенеративных сперматозоидов колебался от 10 до 99% и в среднем составил $27,47 \pm 21,7\%$. Среди патологических форм сперматозоидов преобладали с патологией головки и составили в среднем $14,73 \pm 6,6\%$. Практически у всех пациентов присутствовала агглютинация сперматозоидов. Количество лейкоцитов в поле зрения колебалось от 2 до 10 и в среднем составило $4,37 \pm 2,5$. У всех пациентов было снижено количество лецитиновых зерен в сперме, что также указывало на снижение гормональной регуляции предстательной железы. Уровень антиспермальных антител у большинства пациентов превышал норму, он колебался от 45 до 93 единиц и в среднем составил $71,4 \pm 18$ единицы.

Пациентам была выполнена операция – пластика паховых каналов с двух сторон. В постоперационном периоде пациенты получали вобензим по 5 таблеток 3 раза в сутки на протяжении 1–2 месяцев, пепонен по 600 мг 3 раза в сутки – 2 месяца и аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день – 1 месяц. У пациентов со сниженным уровнем тестостерона в терапию включали трибестан по 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 3 месяцев.

При контрольном обследовании через 3–4 месяца после операции было выявлено улучшение самочувствия пациентов, отсутствие болей в мошонке, улучшение либидо и эректильной функции.

Была выявлена положительная динамика в гормональном профиле и тенденция к нормализации показателей спермограммы. Объем эякулята составлял от 2,1 до 3,8 мл, а в среднем

составил $2,9 \pm 0,75$ мл. Вязкость эякулята снизилась и в среднем составила $1,17 \pm 0,15$ см. Время разжижения спермы составило от 25 до 30 мин, в среднем $28,75 \pm 2,5$ мин. Реакция спермы колебалась от 7,5 до 8,2 и в среднем составила $7,8 \pm 0,36$. Концентрация сперматозоидов повысилась и составила $85,5 \pm 39,6$ млн/мл. Процент живых сперматозоидов достоверно увеличился и в среднем составил $84,25 \pm 2,87\%$. Процент активноподвижных сперматозоидов также повысился и в среднем составил $43,75 \pm 33,21\%$. Процент малоподвижных сперматозоидов был от 4 до 48% и в среднем – $26,75 \pm 18,21\%$. Процент дегенеративных сперматозоидов умень-

шился и в среднем составил $21,25 \pm 8,99\%$. Количество лейкоцитов снизилось и в среднем составило $2,0 \pm 0,82$. Уровень антиспермальных антител не превышало 20 единиц.

Таким образом, при обследовании пациентов с бесплодием и эректильной дисфункцией необходимо тщательное обследование органов мошонки и при выявлении патологической миграции яичка показано выполнение операции – пластика паховых каналов, которая приводит к нормализации микроциркуляции и температурной регуляции яичка с последующим восстановлением сперматогенной и гормональной функции яичка.

УДК:616.65-002+616.12-008:616.65-009.7

ИШЕМИЯ ПРОСТАТЫ – РЕАЛЬНОСТЬ?

М.И. Коган, И.И. Белоусов, А.В. Шангичев

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Природа ХП/СХТБ ППБ остается неясной. Целью исследования явилась морфологическая оценка ткани простаты с учетом уровня липидов крови и показателей артериальной поддержки простаты у пациентов с ХП/СХТБ ППБ, толерантных к стандартной терапии.

Материал и методы исследования. Изучены 5 пациентов в возрасте 27 [24; 29] лет с длительностью ХП/СХТБ ППБ 4 [3; 6] лет. Проводимая в течение 4 [4; 5] лет стандартная терапия оказалась неэффективна. Симптомы определены анкетой NIH-CPPS. Всем пациентам исследовали уровень липопротеинов крови, выполняли трансректальное дуплексное картирование простаты (ТЦДК). Учитывали пиковую скорость артериального интрапростатического кровотока (V_{max} , ml/sec). Результаты сравнивали с аналогичными показателями, полученными от 30 добровольцев. Пациентам производили двухфокусную (периферическая часть правой и левой долей простаты) трансректальную биопсию простаты. Морфологическая оценка биоптатов выполнена посредством световой микроскопии, электронной микроскопии, иммуногистохимии (оценка CD-31, CD-34, S-100, NSE маркеров). Данные представлены в виде Me [LQ; UQ].

Результаты и их обсуждение. Опросник NIH-CPPS: общий счет симптомов составил 28 [21; 33], индекс боли – 13 [12; 16]. Анализ ли-

попротеинового спектра крови: ХС, ЛПНП и ИА выше нормы в 100% случаев, ТГ и ЛПОНП выше нормы в 80% случаев, а ЛПВП ниже нормы в 20% случаев. ТЦДК: V_{max} : 3,8 [3,2; 5,2], R_i 0,92 [0,81; 0,92]. Нормативные параметры: V_{max} : 19,9 [18,6; 22,7] ($p < 0,05$). Морфология: во всех случаях признаков воспаления не найдено. Выявлен массивный фиброз с замещением мышечной ткани грубыми коллагеновыми волокнами. Отложение липофусцина в мышечных клетках и стенках капилляров. Сосудистая плотность снижена. Стенки артериол гиалинизированы, просвет значительно сужен, в мелких артериолах – сладжи эритроцитов. Повреждение эндотелия всех капилляров, их сдавление за счет фиброза. В эндотелиоцитах – кариопиноцитоз. Нервные волокна мелкие, немногочисленны, дегенерированы. Дегенеративные изменения синапсов.

Выводы. ХП/СХТБ ППБ – невоспалительное поражение, где боль является ведущим симптомом. При этом состоянии достоверно определяются дислипидемия, снижение артериальной поддержки простаты. Морфологическая картина простаты соответствует признакам ишемических изменений, обусловленных поражением сосудов. Учитывая результаты функциональной оценки кровотока в простате предлагается считать хроническую ишемическую болезнь простаты одной из основных причин ХП/СХТБ ППБ.

ДЕЗОБЛИТЕРАЦИЯ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ И ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.И. Коган^{1,2}, В.В. Митусов¹, А.В. Шангичев¹

*Ростовский Государственный Университет, г. Ростов-на-Дону, Россия¹
НИИ урологии и нефрологии, г. Ростов-на-Дону, Россия²*

Введение. Представлены результаты открытого оперативного лечения протяженных стриктур и облитераций задней на уровне простатической уретры, где или формировался цистоуретроанастомоз, или восстанавливалась целостность задней уретры с использованием новых оригинальных авторских хирургических устройств «буж-игла» и «игла-полуавтомат».

Материал и методы исследования. Исследование основывается на 242 случаях протяженных облитераций и стриктур задней уретры (СЗУ) за период с 2000 года по настоящее время. У 117 больных дезоблитерация осуществлялась с помощью устройства «игла-полуавтомат», а у 125 пациентов формировался модифицированный цистоуретроанастомоз с использованием специального инструмента «буж-игла», позволявшего осуществлять продольно-глубинное

прошивание шейки мочевого пузыря со стенкой детрузора. Такое прохождение нитей в тканях позволяло при создании анастомоза формировать над его зоной тканевые симметричные мышечные валики, что и обеспечивало воспроизведение «сфинктерного эффекта». Возраст пациентов колебался от 11 до 67 лет. Протяженность СЗУ составляла от 4 до 7 см. Основными первопричинами образования обструкций являлись тяжелые дестракционные травматические повреждения и ятrogenные факторы.

Результаты и их обсуждение. Наиболее значимые показатели, которые характеризуют хирургию, которая была направлена на дезоблитерацию СЗУ с использованием устройств «буж-игла» и «игла-полуавтомат» представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Результаты хирургии с использованием устройства «игла-полуавтомат»

Количество клинических случаев, где использовался инструмент из них у детей	117 38
Мониторинг хирургии	1–9 лет
Рецидив СЗУ у взрослых	Не отмечено
Рецидив СЗУ у детей	1 (2,6%)

Таблица 2

Результаты хирургии с использованием устройства «буж-игла»

Количество больных, которым был выполнен данный вид хирургии	125
Мониторинг хирургии	1–10 лет
Рецидив СЗУ	4 (3,2%)
Тотальное НМ	3,2% (n=4)
Стрессовое НМ (I – II степени)	9,6% (n=12)

Выходы. При использовании авторского инструмента «игла-полуавтомат» положительный (излечивающий) результат у детей и взрослых с облитерациями на уровне простатической уретры достигнут в 97,4% случаев. А формирование

уретроцистоанастомоза с помощью инструмента «буж-игла» в сравнении со стандартной хирургией позволяет минимизировать тотальное НМ в 10–12 раз и предотвратить у пациентов стрессовое недержание мочи в 90% случаев.

КОМПЛЕКСНАЯ АЛЬФА-АДРЕНОЛИТИЧЕСКАЯ И АНТИДИУРЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Протоцак¹, Д.Г. Кулай², В.Н. Цыган¹, А.Ю. Шестаев¹, А.И. Матич¹, А.М. Гулько¹

*ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия¹
ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград, Россия²*

Введение. К традиционным консервативным методам лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы относят применение альфа-адреноблокаторов, М-холиноблокаторов, ингибиторов 5 альфа-редуктазы, ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и растительных препаратов. Однако у 30–40% пациентов назначенная терапия полностью не ликвидирует симптомы нижних мочевых путей и сохраняющуюся при этом ноктурию.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности комплексной альфа-адренолитической и антидиуретической терапии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материал и методы исследования. В основу работы положен опыт обследования и лечения 64 больных с ДГПЖ и средним возрастом $67 \pm 13,7$ лет, которые имели доказанную никтурию иочные мочеиспускания более одного раза. В зависимости от приема препаратов наблюдаемые были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, принимавшие только тамсулозин, а вторую тамсулозин и антидиуретический препарат десмопрессин в дозировке

200 мг за 2–3 часа перед сном в течение двух месяцев. Для оценки мочеиспускания и диуреза использовали дневник мочеиспускания, шкалу I-PSS, УЗИ и урофлоуметрию.

Результаты и их обсуждение. В первой группе пациентов отмечалось снижение среднего показателя балла I-PSS с $19 \pm 9,6$ до $11 \pm 7,1$, остаточной мочи (с $78 \pm 31,2$ до $35 \pm 14,4$) и увеличение максимальной скорости мочеиспускания с $11,5 \pm 4,4$ до $19 \pm 5,6$ мл/сек ($p < 0,05$). Количество мочеиспусканий и мочи, выделяемой за ночь, оставалось без достоверных изменений. В то же время в группе пациентов, принимавших два препарата, наряду с улучшениями показателей балла I-PSS, остаточной мочи и урофлоуметрии наблюдалось достоверное снижение количества образуемой за ночь мочи и, как следствие, эпизодовочных мочеиспусканий: 875 ± 178 против 460 ± 112 мл и $3 \pm 1,6$ против $1 \pm 0,8$ соответственно.

Выводы. Использование в комплексном лечении больных с ДГПЖ иочной полиурой антидиуретического препарата достоверно снижает никтурию и вынужденные очные мочеиспускания по сравнению с монотерапией альфа-адреноблокаторами.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИУРЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Протоцак¹, А.Ю. Шестаев¹, В.Н. Цыган¹, Д.Г. Кулай², А.М. Гулько¹, А.И. Матич¹

*ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия¹
ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград, Россия²*

Введение. Дизурические явления являются основным беспокойством среди пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и отражают нарушение функции не только нижних, но и верхних мочевых путей. Современные стандарты обследования предусматри-

вают подробную субъективную и объективную оценку уродинамики, в то время как процесс мочеобразования, степень его влияния на клиническую картину и прогрессирование осложнений при ДГПЖ остается недостаточно исследованным.

Цель исследования. Изучение характеристик суточного образования мочи у больных с ДГПЖ.

Материал и методы исследования. Основу работы составили материалы лабораторно-инструментального обследования и наблюдения 86 мужчин со средним возрастом $64 \pm 11,5$ года и основным диагнозом аденома простаты, проходивших в разное время лечение в клиниках урологии и терапии. Оценка выделительной функции почек и суточного диуреза проводилась с помощью пробы Зимницкого, дневника мочеиспускания, радиоизотопной сцинтиграфии и экскреторной урографии.

Результаты и их обсуждение. У 17 (19,7%) пациентов наблюдалось умеренное снижение выделительной функции одной из почек. В 15 случаях (17,5%) отмечалась полиурия с непрерывным мочеобразованием в течение 24 часов более 35 мл/кг, диурезом 2500 мл и больше и

средней относительной плотностью мочи $1010 \pm 0,9$ ед. У 18 (20,9%) больных было выявлено преобладание ночного диуреза над дневным. Так, если в норме соотношение составляло 1Р3 или ночное образование мочи было менее 33% от суточного, то у больных с ночной полиурией средние показатели диуреза в период между засыпанием и нормальным пробуждением составили 946 ± 295 мл или более 40%. Причинами суточной и ночной полиурии являлись хроническая сердечная недостаточность (30,3%), диабетическая нефропатия (27,3%), хроническая болезнь почек (18,2%) и чрезмерное потребление жидкости на ночь (24,2%).

Выводы. Более чем у трети больных (38,4%) с доброкачественной гиперплазией предстательной железы определяется повышенный суточный и ночной диурез, вызванный поведенческими особенностями и сопутствующими заболеваниями сердца и почек.

НОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ – ПРИЧИНА НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ / ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

B.B. Протоцак¹, B.H. Цыган¹, A.YU. Шестаев¹, A.I. Матич¹, A.M. Гулько¹, D.G. Кулай²

ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия¹
ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград, Россия²

Введение. Симптомы нижних мочевых путей и доброкачественная гиперплазия предстательной железы наблюдаются у 40–80% мужчин в возрасте от 50 до 85 лет и существенно ухудшают качество жизни, вызывая «привязанность» к туалету, вынужденное ограничение двигательной и социальной активности, депрессию и тревожность. Особенно беспокоящей жалобой, встречающейся более чем у половины пациентов, является пробуждение во время сна с целью мочеиспускания два раза за ночь и чаще, или ноктурия.

Цель исследования. Определение причин ноктурии у больных с СНМП/ДГПЖ, получавших традиционную консервативную терапию.

Материал и методы исследования. Проводилось обследование, лечение и динамическое наблюдение за 136 пациентами с СНМП/ДГПЖ, принимавших по показаниям альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, растительные средства, а также и антимускариновые препараты при наличии симптомов гиперактив-

ного мочевого пузыря. Для оценки количественных характеристик диуреза и мочевыделения использовали дневник мочеиспускания, шкалу I-PSS, УЗИ и урофлюметрию.

Результаты и их обсуждение. Ноктурия отмечалась у 96 (70,6%) мужчин до начала лечения и сохранялась у 47 (34,5%) спустя 3 месяца терапии. Причинами ночного мочеиспускания по данным дополнительных обследований явились: камни мочевого пузыря у 2 (4,3%) больных, хронический цистит и обострение простатита у 5 (10,7%), расстройства сна у 12 (25,5%), ночная полиурия или никтурия (ночной диурез более 33% от суточного) у 23 (48,9%) и сочетание нескольких факторов у 5 (10,7%) пациентов соответственно.

Выводы. Таким образом, среди возможных уродинамических причин и клинических расстройств, препятствующих эффективному лечению больных с СНМП/ДГПЖ, ночная полиурия может являться самостоятельным патофизиоло-

гическим состоянием, обуславливающим стойкую ноктурию. Для более качественного оказания помощи указанной категории пациентов требуется активная оценка дневника мочеиспуск-

ания и исключение никтурии, а в случае ее подтверждения — проведение специальной терапии, направленной на снижение диуреза в ночное время суток.

ВАРИАНТЫ СОБСТВЕННОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ И РЕЦИДИВНЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ

С.В. Герасимов, М.Н. Олехник, А.О. Куценко

КХ КОС «Киевская областная клиническая больница», г. Киев, Украина

В современных чрезвычайных ситуациях мирного времени и при локальных военных конфликтах у 20% пострадавших встречаются повреждения органов мочеполовой системы, повреждения уретры находятся на первом месте, что составляет 15%. Основной причиной разрывов уретры является перелом костей таза – 68,2%.

Из 248 больных с травматическими структурами уретры при комплексном урологическом обследовании выявлены: рецидивы и осложнения у 75 больных, надлобковые свищи у 52, асимметричное снижение функции почек у 64, застой мочи в верхних мочевых путях – у 58, дилатация тазового отдела мочеточника – у 9, уретерогидронефроз – у 16, камни почек – у 5, камни мочеточников – у 4, камни предстательной железы – у 9, дивертикулез мочевого пузыря – у 6, одиночные дивертикулы – у 2, мега-цист – у 5; длинные структуры задней уретры – у 51, короткие – у 24, рефлюкс контрастного вещества в паренхиму предстательной железы – у 19 и у 9 в семенные пузырьки, сморщивание семенных пузырьков – у 29, облитерация – у 8, расширение полостей – у 3 пациентов. Предстательная железа уменьшена, при пальпации плотная, гладкая, слизистая прямой кишки над ней подвижна.

При рецидивных и осложненных травматических структурах уретры нарушается акт мочеиспускания, в результате рефлюкса инфицированной мочи в предстательную железу и семенные пузырьки в последних в 40% случаев развиваются склеротические изменения, что приводит к нарушению пассажа мочи по верхним мочевым путям и снижению функции почек, вплоть до ХПН.

Во время пластики иссекали рубец в уретре вместе с рубцовыми тканями вокруг нее. При гистологическом исследовании удаленных тканей в них обнаружено замещение паренхимы предстательной железы коллагеновыми волокнами, характерное для фиброзного процесса.

В патогенезе травматических структур уретры ведущее место принадлежит нарушению акта мочеиспускания. Во время микций в задней уретре повышается уретральное давление, возникает недостаточность устьев простатических и семязвергающих протоков, наблюдается рефлюкс инфицированной мочи в предстательную железу и семенные пузырьки. Воспалительный процесс в предстательной железе и семенных пузырьках распространяется на шейку и дно мочевого пузыря, и является причиной застоя мочи в верхних мочевых путях и снижения функции почек. Предупредить эти осложнения можно радикальным иссечением рубцов уретры вместе со склерозированной предстательной железой.