

**МАТЕРИАЛЫ
КОНГРЕССА**



**XVI КОНГРЕСС
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
УРОЛОГОВ**

20-22 октября 2016, Уфа

WWW.CONGRESS-ROU.RU



$p < 0,0001$). Таким образом, общая эффективность метода в данном наблюдении составила 50%.

Выводы. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия – новый перспективный метод не инвазивного лечения артериогенной эректильной дисфункции. На основании проведенного исследования нельзя в полной мере говорить о методе в качестве альтернативы ударно-волновой терапии таблетированным препаратам первой линии (ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа), однако позволяет надеяться на эффективность комбинированного лечения (ударно-волновая терапия + ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа) у пациентов с артериогенной ЭД. Полученные предварительные данные свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в данной области.

Позднее отцовство: прегравидарная подготовка

Е.А. Ефремов, Е.В. Касатонова, Я.И. Мельник,
В.В. Симаков

Отдел андрологии и репродукции человека
НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ НМИРЦ
Минздрава России, г. Москва

Введение. Все большее число пар старшего возраста планируют иметь детей, вероятно, не зная о повышенном риске бесплодия и неблагоприятных репродуктивных исходах. Позднее отцовство связано с изменением гормонального фона, снижением половой функции и нарушением сперматогенеза. Выявлена связь с повышенным риском повреждения ДНК сперматозоидов, мутаций De Novo, невынашиванием беременности, врожденными пороками развития и заболеваниями потомства. Хотя очень немногие методы лечения для оптимизации нарушений фертильности в группе мужчин старшего возраста были изучены, был предложен ряд эффективных методик, таких как изменение образа жизни и применение антиоксидантных добавок.

Результаты. В Российском многоцентровом открытом исследовании через 3 мес от начала приема комплекса антиоксидантов АндроДоз было отмечено статистически значимое повшение общего количества активно подвижных сперматозоидов (A+B), на 26,32% снизилось количество патологических форм сперматозоидов ($p=0,0001$ с нормализацией данного показателя у 100% пациентов с исходным критическим увеличением (>96% патологических форм)) по окончании терапии. Кроме того, на фоне приема АндроДоза достоверно повысился уровень игибина В. К моменту завершения курса 87,6% пациентов отметили хороший и выраженный эффект от проведенной терапии. Установлено, что применение АндроДоза у пациентов с идиопатической патоспермией в течение 3 мес приводит к увеличению объема эякулята на 45,7%, концентрации спермато-

зоидов на 18,5%, общей их подвижности на 33,7%, активной подвижности на 38,4% и количества морфологически нормальных форм на 50%. Таким образом, добавка АндроДоз способствует улучшению подвижности сперматозоидов и количества жизнеспособных форм; обуславливает снижение вязкости эякулята; увеличивает уровень тестостерона. Компоненты препарата продемонстрировали эффекты снижения оксидативного стресса и индекса фрагментации ДНК, что, исходя из механизмов повреждения сперматогенной функции у мужчин старшего возраста, может являться обоснованием для прегравидной подготовки отцов >35 лет даже при отсутствии патологии эякулята.

Заключение. Следует информировать мужчин, которые хотят зачать ребенка в старшем возрасте о рисках, связанных с потенциальным здоровьем будущего потомства. В настоящее время нет скрининга или диагностических алгоритмов и панелей, направленных на диагностику заболеваний, связанных с возрастом отца. Значение тестов целостности ДНК не может повлиять на терапию, поскольку в арсенале урологов и андрологов из доказанно эффективных методик имеется только варикоцелэктомия и антиоксидантная терапия. Пары должны быть информированы, что, в то время как нет никакой дискретной точки отсчета, с которой начинается возрастное отцовство, тем не менее, риск расстройств для потомства будет непрерывно увеличиваться с течением времени. Несмотря на повышенный риск, беременность с участием возрастного отца следует наблюдать, как и любую другую, в соответствии с рекомендованными принципами пренатальной диагностики и ведения.

Расширение вен перипростатического венозного сплетения у больных варикоцеле

О.Б. Жуков¹, А.А. Капто², П.А. Щеплев³

¹Научно-исследовательский институт урологии
и интервенционной радиологии
им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ
«Национальный медицинский
исследовательский радиологический центр»,
г. Москва

²«Городская семейная клиника», г. Москва

³ПААР

Введение. Нами проанализированы методы визуализации и характер варикозного расширения вен перипростатического венозного сплетения больных с варикоцеле.

Материалы и методы исследования. С 2015 и 2 квартала 2016 было обследовано 123 больных с варикоцеле. Возраст больных колебался от 18 до 49 лет и в среднем составлял 34,2 года. Обследование

пациентов включало в себя опрос, физикальный осмотр, анализ эякулята, исследования уровня половых гормонов, проведение комплексного ультразвукового исследования органов мошонки, полового члена и ТРУЗИ простаты.

Результаты. Варикоцеле было левосторонним у 85 (69,7%), правосторонним у 2 (1,7%) и двусторонним у 40 (29,3%) пациентов. Во всех случаях диаметр простатического венозного сплетения положительно коррелировал с диаметром вен правого и левого гроздьевидного сплетения. Средний диаметр достигал 5,9 мм, скорость антеградного кровотока в перипростатическом венозном сплетении достигала от 4 до 18 см/с в среднем 8,6 см/с. В 45% случаев отмечались выраженные локальные изменения в простате в виде фокусов гипоехогенности, фиброза и кальциноза на стороне варикоцеле. Сексуальные нарушения проявлялись снижением либидо в 20%, недостаточной эрекцией в 48%, нарушением эякуляции в 26% и нарушением оргазма – в 16% случаев. При анализе эякулята патоспермия была обнаружена в 62% случаев, что послужило причиной оперативного лечения.

Обсуждение. Рено-пельвикальный венозный анастомоз – это перераспределения венозной крови у больных с левосторонним варикоцеле при артериальном аорто-мезентериальном пинцете из бассейна левой почечной вены (через венозный анастомотический узел, образованный v. testicularis interna sinistra, v. ductus deferens sinistra et v. cremasterica sinistra) в венозный бассейн v. pudenda interna и plexus venosus prostaticus. Этот венозный шунт позволяет определить варикоцеле как гемодинамическую предпосылку для развития и рецидивирования хронического простатита.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что выявление расширенных вен перипростатического сплетения по данным ТРУЗИ указывает на наличие варикоцеле и связанного с ним венозного полнокровия простаты. Этот дополнительный признак может быть использован для распознавания возможного варикоцеле при отсутствии клинической манифестации заболевания и при радикальности проведенной операции.

Дефицит тестостерона у пациентов с посттравматическими стриктурами уретры

Х.С. Ибишев, Б.Г. Амирбеков, А.А. Васильев,
А.Х. Ибишева.

ГБОУ ВПО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Введение. Снижение объема активно функционирующей ткани тестикул у пациентов со стриктурами уретры может быть связано с различными причинами токсического действия на клетки Лейдига.

Материалы и методы. Проведен ретроспек-

тивный анализ обследования 177 пациентов в возрасте 20-45 лет с диагнозом «посттравматическая стриктура уретры».

Результаты. Анализ полученных результатов выявил, что у 33,3% пациентов уровень общего тестостерона (ОТ) в сыворотке крови определялся до 8 нмоль/л, у 32,8% – от 8-12 нмоль/л, у 33,9% - 12,1 и более нмоль/л. Для уточнения генеза ДТ изучались наличие в анамнезе инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) органов мошонки, длительность стриктурной болезни, количество ранее перенесенных операций на уретре.

У 26,5% пациентов в анамнезе отмечали ИВЗ органов мошонки (эпидидимоорхиты), в том числе у 3,3% были выполнены односторонние орхэктомии. У пациентов, ранее перенесших ИВЗ органов мошонки, в 21,4% случаев уровень тестостерона был ниже 8 нмоль/л. От 8 до 12 нмоль/л регистрировали у 5,1% больных.

При сравнении уровня ОТ, в зависимости от длительности заболевания, показатели ниже нормы чаще регистрировали у больных, страдающих данной патологией от 4 лет и более. Нормативные показатели (>12,1 нмоль/л) чаще выявляли у пациентов с продолжительностью заболевания не более 2 лет.

Уровень ОТ также снижался в зависимости от количества перенесенных реконструктивных операций на уретре. У больных без оперативных вмешательств нормативные показатели определяли достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в других группах обследуемых. Показатели ниже 8 нмоль/л практически с одинаковой частотой (6,9-8,2%) регистрировали у пациентов, перенесших 3 и более операций. Уровень ОТ более 12,1 нмоль/л был отмечен у пациентов, которым не выполнялись операции на уретре.

Выводы. Таким образом, у большинства пациентов со стриктурной болезнью, перенесших ИВЗ органов мошонки, отмечено снижение уровня ОТ ниже 8 нмоль/л. Кроме того, установлено, что ДТ коррелирует с количеством реконструктивных оперативных вмешательств на уретре и длительностью стриктурной болезнью.

Применение препарата Афала и Импаза у пациентов с легкой степенью СНМП и эректильной дисфункцией

Н.И. Казеко, В.И. Ермишина, Е.А. Витютнев

Клиника урологии ГБОУ ВПО ТГМУ, г. Тюмень

Актуальность темы. Наличие симптомов нижних мочевых путей (СНМП) и эректильной дисфункции у мужчин в возрасте старше 50-ти лет на фоне ДГПЖ остается распространенным и прогрессирующим заболеванием. Многие из них не придают этому особого значения, т.к. имеют уже сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой

Ангиокератома Фордайса-Саттона у пациентов с варикоцеле

А.А. Капто¹, П.А. Щеплев², О.Б. Жуков³, В.В. Гебель¹

¹ «Городская семейная клиника», г. Москва

²ПААР

³Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, г. Москва

Введение. В 1895 году американский дерматолог J.A. Fordyce (1858-1925), а затем американский дерматолог R.L. Sutton (1878-1952) описали ангиокератому мошонки или вульвы (angiokeratoma scroti s. vulvae Fordyce).

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2016 год было обследовано 204 пациента с варикоцеле. Обследование пациентов включало в себя клинический осмотр и УЗИ органов мошонки.

Результаты исследования. Возраст больных был от 18 до 83 лет и в среднем составлял 35,3 года. Диагноз варикоцеле был верифицирован по данным скротальной доплерэхографии. У 16 пациентов была выявлена ангиокератома Фордайса-Саттона. В 11 случаях она сочеталась с двусторонним, а в 5 случаях – с левосторонним варикоцеле.

Обсуждение. Никто из исследователей ранее не предлагал оценивать ангиокератому Фордайса-Саттона как проявление варикоцеле. Однако при варикоцеле развивается венозное полнокровие как органов мошонки, так и самой мошонки. Это теоретически предполагает наличие патогенетической связи между варикоцеле и ангиокератомой Фордайса-Саттона.

Заключение (выводы). Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ангиокератома Фордайса-Саттона может являться одним из клинических проявлений варикоцеле, особенно двустороннего.

Состояние венозного сплетения простаты у пациентов с варикоцеле

А.А. Капто¹, П.А. Щеплев², О.Б. Жуков³, В.В. Гебель¹

¹ «Городская семейная клиника», г. Москва

²ПААР

³Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, г. Москва

Введение. Большинство урологов считают, что наличие варикоцеле может быть критичным только для яичка и сперматогенеза. Вместе с тем, последние научные данные свидетельствуют о том, что венозные системы полового члена, предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, семенных канатиков, мошонки, нижних мочевых путей объединены в единую венозную систему мочеполовых органов. В настоящей работе сделана попытка определить роль варикоза простаты у больных с варикоцеле.

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2016 год было обследовано 204 пациента с варикоцеле. Обследование пациентов включало в себя УЗИ органов мошонки и ТРУЗИ простаты.

Результаты исследования. Возраст больных был от 18 до 83 лет и в среднем составлял 35,3 года. Диагноз варикоцеле был верифицирован по данным скротальной доплерэхографии. Варикоцеле было левосторонним у 130 (63,7%), правосторонним у 4 (2,0%) и двусторонним у 70 (34,3%) пациентов. Во всех случаях отмечалось расширение вен пара простатического сплетения на стороне выявленного варикоцеле. Диаметр простатического венозного сплетения положительно коррелировал с диаметром вен правого и левого гроздьевидного сплетения. Средний диаметр, пик и скорость антеградного кровотока в простатическом венозном сплетении были выше у мужчин с двусторонним варикоцеле, и ниже у больных с односторонним варикоцеле.

Обсуждение. Sakamoto H. и Ogawa Y. (2008), Gat Y. и соавт. (2008) установили взаимосвязь между варикоцеле и полнокровием простатического венозного сплетения. Однако никто из исследователей не предлагал оценивать венозное полнокровие простаты по данным ТРУЗИ как метод диагностики варикоцеле.

Заключение (выводы). Полученные нами данные свидетельствуют о том, что выявление расширенных вен пара простатического сплетения по данным ТРУЗИ указывает на наличие варикоцеле и связанного с ним венозного полнокровия простаты. При этом варикоз простаты всегда выявляется на

Ангиокератома Фордайса-Саттона у пациентов с варикоцеле

А.А. Капто¹, П.А. Щеплев², О.Б. Жуков³, В.В. Гебель¹

¹ «Городская семейная клиника», г. Москва

²ПААР

³Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, г. Москва

Введение. В 1895 году американский дерматолог J.A. Fordyce (1858-1925), а затем американский дерматолог R.L. Sutton (1878-1952) описали ангиокератому мошонки или вульвы (angiokeratoma scroti s. vulvae Fordyce).

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2016 год было обследовано 204 пациента с варикоцеле. Обследование пациентов включало в себя клинический осмотр и УЗИ органов мошонки.

Результаты исследования. Возраст больных был от 18 до 83 лет и в среднем составлял 35,3 года. Диагноз варикоцеле был верифицирован по данным скротальной доплерэхографии. У 16 пациентов была выявлена ангиокератома Фордайса-Саттона. В 11 случаях она сочеталась с двусторонним, а в 5 случаях – с левосторонним варикоцеле.

Обсуждение. Никто из исследователей ранее не предлагал оценивать ангиокератому Фордайса-Саттона как проявление варикоцеле. Однако при варикоцеле развивается венозное полнокровие как органов мошонки, так и самой мошонки. Это теоретически предполагает наличие патогенетической связи между варикоцеле и ангиокератомой Фордайса-Саттона.

Заключение (выводы). Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ангиокератома Фордайса-Саттона может являться одним из клинических проявлений варикоцеле, особенно двустороннего.

Состояние венозного сплетения простаты у пациентов с варикоцеле

А.А. Капто¹, П.А. Щеплев², О.Б. Жуков³, В.В. Гебель¹

¹ «Городская семейная клиника», г. Москва

²ПААР

³Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава РФ, г. Москва

Введение. Большинство урологов считают, что наличие варикоцеле может быть критичным только для яичка и сперматогенеза. Вместе с тем, последние научные данные свидетельствуют о том, что венозные системы полового члена, предстательной железы, семенных пузырьков, яичек, семенных канатиков, мошонки, нижних мочевых путей объединены в единую венозную систему мочеполовых органов. В настоящей работе сделана попытка определить роль варикоза простаты у больных с варикоцеле.

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2016 год было обследовано 204 пациента с варикоцеле. Обследование пациентов включало в себя УЗИ органов мошонки и ТРУЗИ простаты.

Результаты исследования. Возраст больных был от 18 до 83 лет и в среднем составлял 35,3 года. Диагноз варикоцеле был верифицирован по данным скротальной доплерэхографии. Варикоцеле было левосторонним у 130 (63,7%), правосторонним у 4 (2,0%) и двусторонним у 70 (34,3%) пациентов. Во всех случаях отмечалось расширение вен пара простатического сплетения на стороне выявленного варикоцеле. Диаметр простатического венозного сплетения положительно коррелировал с диаметром вен правого и левого гроздьевидного сплетения. Средний диаметр, пик и скорость антеградного кровотока в простатическом венозном сплетении были выше у мужчин с двусторонним варикоцеле, и ниже у больных с односторонним варикоцеле.

Обсуждение. Sakamoto H. и Ogawa Y. (2008), Gat Y. и соавт. (2008) установили взаимосвязь между варикоцеле и полнокровием простатического венозного сплетения. Однако никто из исследователей не предлагал оценивать венозное полнокровие простаты по данным ТРУЗИ как метод диагностики варикоцеле.

Заключение (выводы). Полученные нами данные свидетельствуют о том, что выявление расширенных вен пара простатического сплетения по данным ТРУЗИ указывает на наличие варикоцеле и связанного с ним венозного полнокровия простаты. При этом варикоз простаты всегда выявляется на

стороне варикоцеле и является ипсилатеральным при одностороннем варикоцеле и билатеральным - при двустороннем. Это позволяет определить варикоцеле как причину не только гипотрофии яичка и патоспермии, но и как причину тазовых нарушений у мужчины, связанных с венозным полнокровием.

Первичные стриктуры бульбарной уретры у мужчин – корреляция с этиологическим фактором болезни

М.И. Коган, В.В. Митусов, С.В. Наранов, Б.Г. Амирбеков

Кафедра урологии, РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Введение. Деление бульбарной уретры на три отдела связано с особенностями хирургии в каждом из них, характер которой зависит от протяженности и причины обструкции.

Материалы и методы. Изучены локализация и протяженность первичных стриктур в бульбозном отделе уретры у 80 больных, проходивших лечение с 2003 по 2013гг. Возраст больных 17 - 77 лет. У 33 из них (41,3%) сохранялось самостоятельное мочеиспускание, у 47 (58,7%) - деривация мочи посредством цистостомы от нескольких месяцев до 1,5-2 лет. Этиология болезни: травма (ТСУ) – 23 пациента, воспаление (ВСУ) – 39 больных, идиопатическая (ИСУ) – 18 человек.

Результаты. ИСУ в 66,7% случаев встретились в ср/3 бульбозного отдела, в 27,7% - в дист/3, и крайне редко в проксимальном отделе. Иная локализация была свойственна ТСУ, которые верифицированы в прокс/3 бульбозного отдела в 74,0% случаев, а в ср/3 – в 17,4% и только в 8,7% в дистальном отделе. ВСУ с достаточным постоянством и в равных долях (48,8% и 46,1%), встретились как в дистальной, так и в средней трети бульбозной уретры.

Изучение протяженности первичных СУ установило, что в половине случаев ИСУ (44,5%) имели протяженность 1,0 - 2,0 см. Меньшее число больных имели стриктуру длиной $\leq 1,0$ см или $> 2,0$ см (33,3% и 22,2%). Больше число стриктур, имеющих протяженность 2,0-3,0 см, пришлось на ВСУ (92,3%), а для ТСУ в 95,7% протяженность поражения не превышала 2,0 см и они, как правило, клинически верифицировались как облитерация.

Заключение. Для первичных ТСУ в бульбозном отделе наиболее типичной зоной локализации является прокс/3 с протяженностью обструкции до 2 см. Для ИСУ и ВСУ такими зонами являются средняя и дистальная треть, в большинстве случаев с протяженностью обструкции более 2 см.

Причины образования идиопатических стриктур уретры у мужчин

М.И. Коган, В.В. Митусов, Ю.Л. Набока, Д.Г. Пасечник, С.В. Наранов, Б.Г. Амирбеков

Кафедра урологии, РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Введение. Частота идиопатических стриктур уретры (ИСУ) по данным статистики колеблется в широких пределах (от 3% до 40%). Причина их возникновения остается неясной.

Материалы и методы. Морфологически изучены зоны резецированной уретры и парауретральных тканей у 29 больных с первичными и непротяженными ($L \leq 3$ см) стриктурами бульбозной уретры. Этиология: травма промежности (ТСУ) - $n=9$; воспаление (ВСУ) – $n=10$; неизвестна (ИСУ) – $n=10$. Возраст 17-58 лет. Одновременно оценен количественный и качественный спектр микроорганизмов с помощью расширенного спектра питательных сред для факультативных и неклостридиальных анаэробов (ФАБ и НАБ).

Результаты. Гистологическая картина уретры при ИСУ и ВСУ была очень схожа, где всегда верифицировали замещение многорядного эпителия в многослойный плоский со слабым ороговением, а фиброзная ткань в спонгиозном теле и парауретральных тканях вызывала значительную деформацию ее стенки. Воспаление носило слабо выраженный характер. При ТСУ в слизистой также наблюдали перестройку цилиндрического эпителия, но воспаление и фиброз были более выраженными. Это коррелировало с уровнем обсемененности тканей. Частота факультативно-анаэробного компонента в слизистой и парауретральных тканях была выше при ИСУ в отличие от ТСУ и ВСУ. В спонгиозном теле такое преобладание фиксировалось лишь в случаях с ВСУ. Максимальную обсемененность (КОЕ) при ИСУ регистрировали в парауретральных тканях, в то время как при ВСУ она была выше в слизистой оболочке уретры.

Заключение. Патогенетически ИСУ близки к ВСУ, что обусловлено прогрессирующим спонгиозно-фиброзом за счет хронического вялотекущего воспаления, пролонгируемого аэробами и неклостридиальными анаэробами, но в отличие от ВСУ не со стороны слизистой оболочки уретры, а со стороны спонгиозного тела и парауретральных тканей.