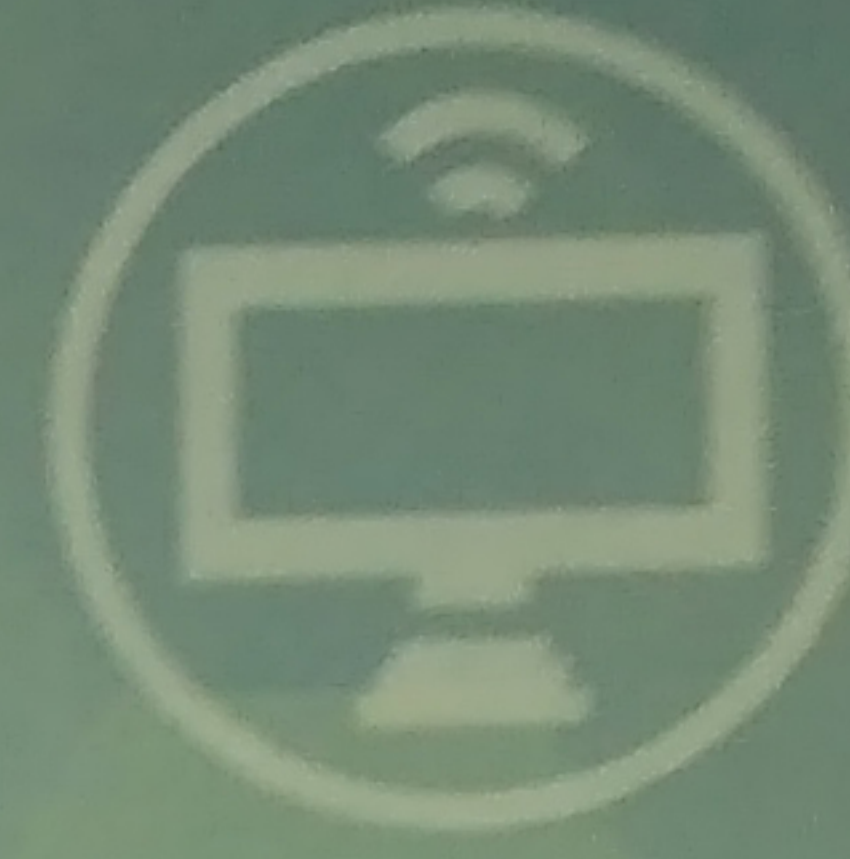
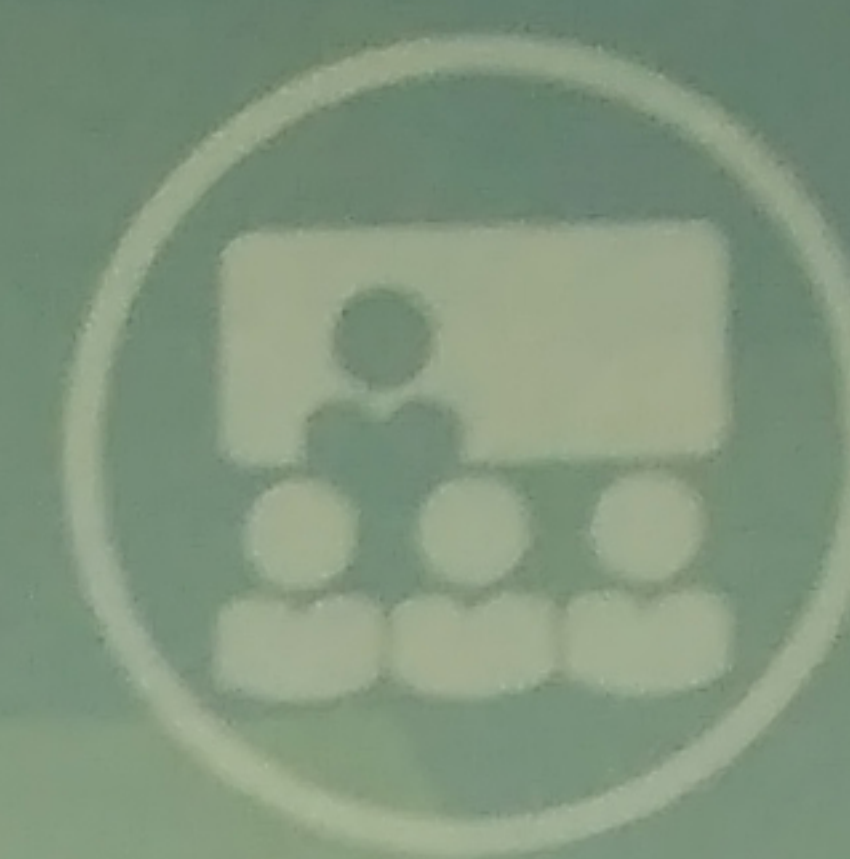
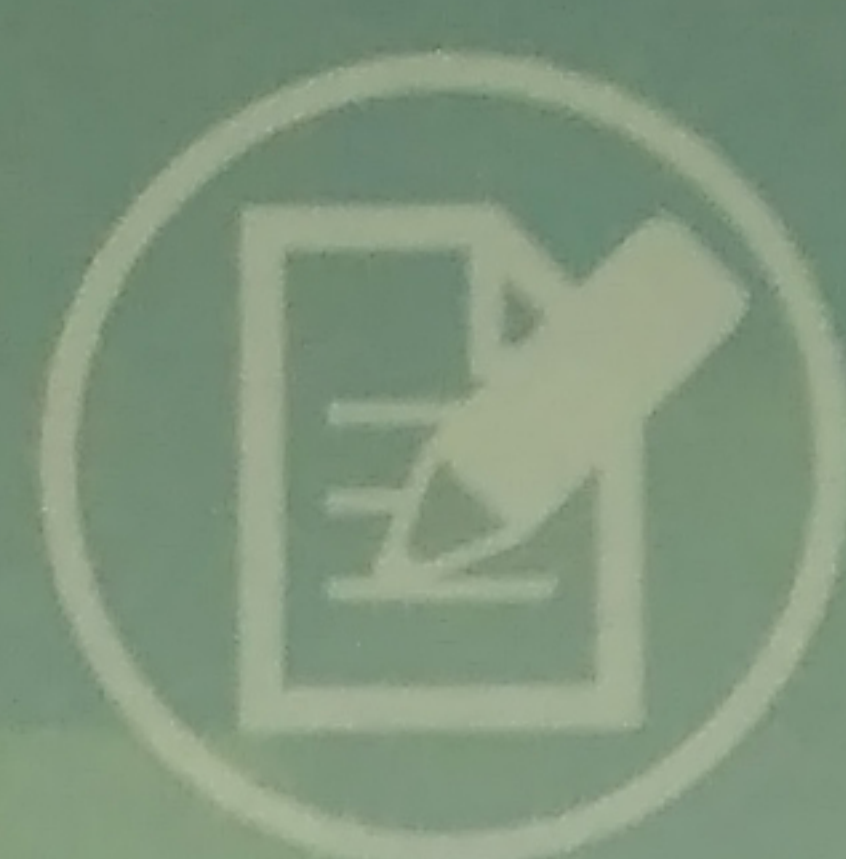
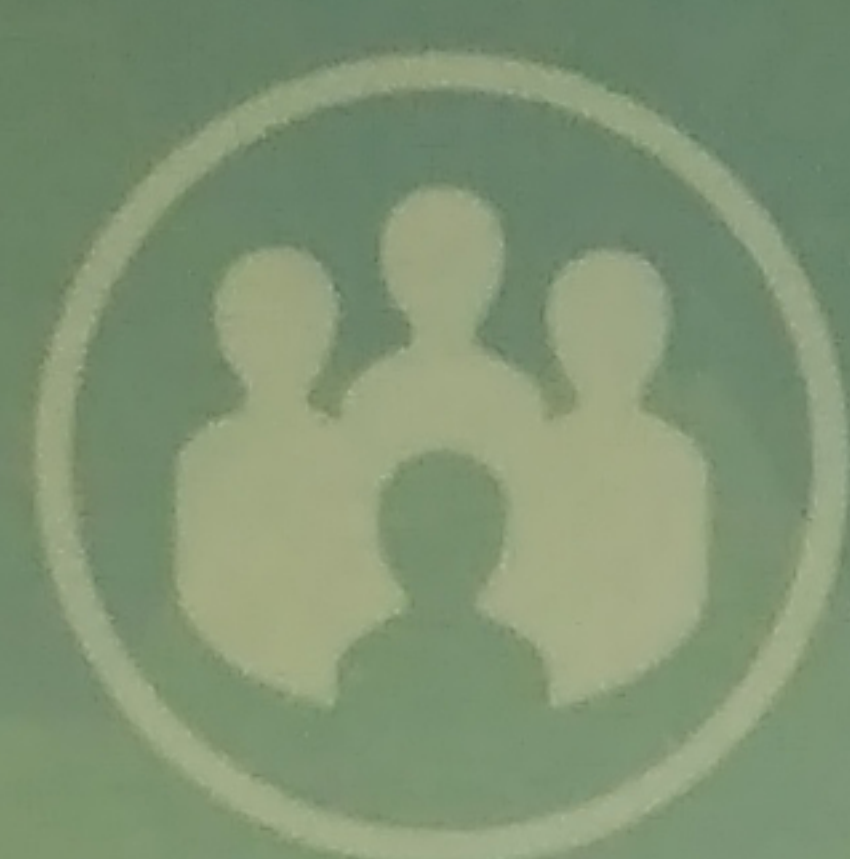


#iCONGRESSPAAR



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



**11^{го} Конгресса
Профессиональной
Ассоциации Андрологов
России**

25-28 мая, Сочи, Дагомыс



числялся индекс фертильности (IF): отношение морфологически неизмененных форм к числу патологических. При отношении 50 % нормальных к 50 % измененных сперматозоидов IF соответствует 1,0 – пороговому значению фертильности. По показаниям проводилась открытая биопсия яичка.

Критерием включения в группу было отсутствие указаний на бесплодие у женщины-партнерши, что подтверждалось гинекологом. После операции пациенты наблюдались в сроки от 0,5 до 8 лет.

Результаты и обсуждение. Варикоцеле I клинической стадии диагностировано у 7 больных (17,5 %), у 22 – II стадии (55 %) и у 11 пациентов (27,5 %) – III клинической стадии. Фертильность в супружеских парах восстановлена с частотой 59,9 %. Факт зачатия позволил провести сравнительную клиническую оценку гипогонадизма в практически равных группах мужчин: с восстановленной фертильностью (гр. «А» – 19 чел.) и резистентных к варикоцелэктомии (гр. «В» – 21 чел.).

Сравнение двух групп по признаку восстановления фертильности указывает на более выраженные проявления гипогонадизма у пациентов из группы «В». Так, морфометрия гонад показала, что у больных с не восстановленной фертильностью суммарный тестикулярный объем меньше на 8,09 см³ чем в группе сравнения ($0,01 > p > 0,001$), при норме 30,0 см³. У больных гр. «В» объем левого яичка достоверно уступает объему правого, что характерно для гипогонадизма, как порока развития.

Элективная оценка гормонального статуса подтверждает разнородность гипогонадизма в сравниваемых группах. У больных с эффектом фертилизации уровень общего тестостерона равен среднему физиологическому ($23,6 \pm 4,77$ нмоль/л), а в сравниваемой группе – стремится к минимальному значению ($12,42 \pm 2,47$ нмоль/л) с вероятностью 90 %. Концентрация ФСГ у больных в группе «В» (с не восстановленной фертильностью) на 3,73 МЕ/л выше (при $p < 0,01$), чем в группе «А». Первичный гипергонадотропный гипогонадизм среди пациентов, резистентных к лечению, обнаружен с частотой 50 %. Гиперпролактинемический гипогонадизм выявлен у 18 % больных варикоцеле и МБ. Диагностированные варианты гипогонадизма имеют в этиологии МБ конкурентное значение и наряду с негативным влиянием варикоцеле утяжеляют андрологический статус больного.

В сравниваемых группах не одинаков и процесс катаболизма половых стероидов. У больных с эффектом фертилизации IF имеет слабую корреляционную связь ($\rho = -0,29$) с величиной экскретируемых общих 17-КС. В группе с отрицательным репродуктивным результатом (группа «В») выявлена отрицательная корреляционная связь сильной степени ($\rho = -0,85$). Иными словами, несостоятельность сперматогенной (экскреторной) и инкреторной функции гонад более выражена у пациентов с варикоцеле, резистентных к восстановлению фертильности.

Полигенную природу гипогонадизма демонстрируют и данные гистологии. Тяжелые повреждения семенного канальца в виде синдрома «только клетки Сертоли» отмечены с частотой 22,2 %. Менее тяжелые формы – очаговый синдром «OSC» – отмечен в биоптатах с частотой 39 % у больных с не восстановленной репродуктивной функцией (гр. «В»).

Заключение. Таким образом, у больных с восстановленной фертильностью тестикулярная дисфункция нередко имеет происхождение вторичное. Гипогонадизм в таком случае часто является следствием порочного венозного дренажа, наблюдаемого при варикоцеле (патогенетический синдром). У этой группы больных признаки гипогонадизма обратимы при проведении этиотропного (в том числе хирургического) лечения. Напротив, у больных с невосстановленной фертильностью, проявления гипогонадизма указывают на тяжелую тестикулярную недостаточность, развивающуюся по типу ВПР в синдроме дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Отсутствие системного подхода к нацеленной диагностике гипогонадизма, как инкреторной и экскреторной тестикулярной дисфункции, скрывает реально существующее многообразие патогенетических механизмов, ответственных за развитие генеративных нарушений у пациентов с варикоцеле. Это обстоятельство противоречит принципам, основанным на этиопатогенетическом подходе к диагностике и лечению генеративных нарушений у мужчин с хирургическими заболеваниями в области гениталий. Современные биохимические подходы к клинической диагностике гипогонадизма должны занять ведущее место у пациентов с варикоцеле в стандартах обследования детей, подростков и мужчин репродуктивного возраста при подготовке их к хирургическому лечению.

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ЭЯКУЛЯТА У МУЖЧИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Жуков О.Б., Евдокимов В.В., Бабушкина Е.В.

НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ»
Минздрава России

Введение. Изменение параметров эякулята и его фертильности у мужчин с возрастом является дискуссионной темой репродуктивной андрологии. В отличие от женской менопаузы фертильность мужчины сохраняется достаточно долго и не носит фатального характера.

Цель исследования – выявить общие тенденции изменения показателей эякулята у мужчин репродуктивного и трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Нами обследованы более 700 мужчин в возрастной категории от 20 лет до 60 лет, прошедших обследование в НИИ урологии за период 2013–2015 гг., из них включены в исследование 256 че-

Параметры эякулята в группах по возрасту: 20-30, 31 – 40, 41 – 50, 51 и старше.

Возраст, лет	Число	Объём, мл	Конц., Млн/мл	Живые, %	Актив. подв., %	Общая подв., %	Норм. морф., %	Лейк.	Лецит. зёрна
25,6	136	3,4	80,1	65,2	18,7	40,7	34,0	2,2	8,0
20-30		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
34,5	89	3,7	76,3	63,8	16,7	38,1	32,9	2,2	8,3
31-40		109 %	95 %	97%	89 %	93 %	96%	100 %	103 %
43,5	19	2,8	62,1	54,9	11,4	29,6	25,6	1,8	8,5
41 – 50		82 %	77 %	84 %	61 %	72 %	79 %	82 %	106 %
53,3	12	2,8	87,3	62,0	13,5	34,7	34,1	1,8	8,5
51 и более		82 %	108 %	95 %	72 %	85 %	100 %	82 %	106 %

ловек Средний возраст $38 \pm 8,4$ лет Критериями включения в исследование были жалобы на мужское бесплодие без острых воспалительных процессов, варикоцеле и секреторное бесплодие. В процессе исследования были использованы возрастные критерии и сформированы 4 группы мужчин: 20–30 лет; 31–40 лет; 41–50 лет и группа старше 51 года. Анализ эякулята проводили по рекомендациям ВОЗ 5-го издания 2010 года. Были исследованы следующие параметры эякулята: объём, концентрация, жизнеспособность, активная подвижность, общая подвижность, морфологические критерии, количество лейкоцитов, лецитиновые зёрна. Основные параметры обобщены и представлены в таблице.

Результаты. Проведенное исследование продемонстрировало, что у мужчин в возрасте 20–30 лет показатели спермограммы чаще соответствовали нормативным параметрам и были взяты нами за референсные значения. возрастной категории 31-40 лет (в сравнении с группой мужчин в возрасте 20–30 лет) выявлены изменения параметров эякулята в виде снижения активной подвижности на 11%, общей подвижности на 7 %, ухудшение морфологии в среднем 4 %, а также снижение концентрации на 7. У мужчин в возрастной категории 41–50 лет выявлены нарушения активной подвижности в среднем на 40 %, общей подвижности – на 28 %, изменение морфологии – на 21%, снижение концентрации – на 33 %, снижение объёма эякулята – на 18 %.

Выводы. С повышением возраста основные параметры эякулята имеют тенденцию к снижению, что особенно выражено в возрастной группе 40–50 лет. Эти изменения, вероятно, связаны с изменением уровня основных половых гормонов, накоплением внешних и соматических факторов, ведущих к срыву компенсаторных возможностей организма. Наиболее уязвимый критерий нарушения фертильности связан с уменьшением активной подвижности сперматозоидов, которая в возрасте 40–50 лет снижается на 40% от исходной. Для совмест-

ного использования полученных данных и проведению комплексной профилактики нарушения фертильности мужчин в старших возрастных категориях предлагаем проведение многоцентровых исследований эякулятов в различных возрастных группах в других крупных федеральных центрах.

КОМПЛЕКСНАЯ МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

И.А. Ибодуллоев, Т.А. Иброимов,
Дж.И. Ибодуллоев

Республиканская Физиотерапевтическая Больница
им. А. Нурматова

Актуальность. Бесплодными являются до 12-15 % семейных пар, в т. ч. по вине супруга – в 40–45 % от всего количества случаев. В общей структуре причин infertility мужчин длительно существующие воспалительные заболевания половых органов стабильно занимают 2–3 место, что позволило выделить отдельную форму бесплодия – экскреторно-токсическую.

Традиционная медикаментозная терапия при хронических воспалительных заболеваниях органов репродуктивной системы далеко не всегда нормализует фертильность, что вынуждает искать альтернативные, в частности немедикаментозные, методы лечения мужского бесплодия. К ним относится и магнитолазерная терапия. Но данный метод часто носил вспомогательный характер и назначался в комплексе с медикаментозной терапией или на заключительном этапе традиционного лечения.

Между тем известно, что НИЛИ, – как непрерывное красное (0,63 мкм), так и импульсное ИК (0,89 мкм), как *in vivo*, так и *in vitro*, – оказывает стимулирующее влияние на сперматозоиды, улучшаются энергетические процессы.



Побочных эффектов, связанных с использованием препарата Лонгидаза для внутримышечных инъекций и потребовавших его отмены, ни у одного пациента отмечено не было. Однако, у 3 пациентов наблюдалась локальная гиперемия в зоне инъекции, разрешившаяся самостоятельно в течение нескольких суток.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинической эффективности применения препарата Лонгидаза 3000 МЕ (внутримышечные инъекции) в комплексном лечении больных с обструктивной азооспермией, перенесших реконструктивно-пластическую операцию на семявыносящих путях.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА БРУДИ ПЛЮС В КОРРЕКЦИИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

М.Е. Чалый¹, М.В. Епифанова², А.О. Краснов¹

¹ Кафедра урологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова, г. Москва

² НИИ Уронефрологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова, г. Москва

Введение. В настоящее время варикоцеле расценивается как причина мужской инфертильности, которая поддается оперативной коррекции. Улучшение сперматогенеза после оперативного лечения отмечается в среднем через 2–3 мес. после операции. Однако, несмотря на то, что положительные изменения в сперме наблюдаются у 50–80% больных, зачатие имеет место только у 20–40% пар.

В научной литературе появились успешные результаты клинического применения биологически активной добавки с докозагексаеновой кислотой ДГК (Бруди ПЛЮС) в лечении идиопатической патозооспермией и нарушением целостности ДНК. Эффект обусловлен способностью ДГК сокращать повреждение ДНК сперматозоидов и улучшать антиоксидантную систему. Докозагексаеновая кислота представляет собой омега-3 полиненасыщенную жирную кислоту, в высоких концентрациях, содержащуюся в мембранах сперматозоидов.

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность комплексного препарата Бруди ПЛЮС с ферментным биологически активным триглицеридным маслом и высокой концентрацией докозагексаеновой кислоты у пациентов с патозооспермией после варикоцелэктомии.

Материалы и методы. Для оценки фертилизующей эффективности препарата Бруди ПЛЮС® на базе НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова»

обследовано 18 пациентов после оперативного лечения варикоцеле слева (операция Мармара). Средний возраст пациентов составил 25,4±4,9 года. Главным параметром, который оценивался в ходе исследования, было качество спермы у прооперированных пациентов и степень фрагментации ДНК сперматозоидов. Для выявления фрагментации ДНК спермы была использована окраска методом концевое мечения dUTP, опосредованного концевой дезоксинуклеотидил-трансферазой (TUNEL). У всех пациентов был повышен уровень фрагментации ДНК (TUNEL) – 30,98 ± 4,74.

Спермограмму выполняли через 12 месяцев после варикоцелэктомии. Доза препарата составила по 1050 мг/сутки, в течение 10 недель.

Результаты. При исследовании наблюдалось статистически значимое сокращение фрагментации ДНК, прямо пропорциональное числу недель лечения (5 недель: 18,32±3,86; 10 недель: 14,42±2,41). Также применение препарата Бруди ПЛЮС® через 12 месяцев после оперативного лечения привело к увеличению объема эякулята на 27,7%, концентрации сперматозоидов – на 13,5%, их общей подвижности – на 20,7%, активной подвижности – на 23,4%, количества морфологически нормальных форм – на 29,5%.

Выводы. Проведенное нами исследование продемонстрировало фертилизующий эффект Бруди ПЛЮС у больных после оперативного лечения варикоцеле, как за счет коррекции патоспермии, так и сокращения фрагментации ДНК сперматозоидов. Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Бруди ПЛЮС у данной группы пациентов.

ВЛИЯНИЕ РЕВИТАЦЕЛА НА ПАРАМЕТРЫ ФЕРТИЛЬНОСТИ ЭЯКУЛЯТА

Евдокимов В.В., Жуков О.Б., Герасименя В.П.,
Захаров С.В., Бабушкина Е.В.

ФГБУ НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
ООО «ИНБИОФАР»

Мужское бесплодие в настоящее время имеет актуальное медико-социальное значение ввиду кризисной демографической ситуации в РФ в последние два десятилетия. В отличие от проблем женского бесплодия, где успехи диагностики и лечения имеют ощутимые результаты, состояние лечения и диагностики мужского бесплодия остаётся малоэффективным. Гормональные, иммунные и другие виды нарушений мужской фертильности не всегда приводят к положительным результатам. При этом высока доля невыясненных причин бесплодия до 30-50% случаев – идиопатическая форма, что вызывает необходимость эмпирически использовать препараты, обладающие воздействием на сперматозоиды.

В последнее десятилетие в различных областях медицины и молекулярной биологии привлекают исследования медицинских грибов. Созданы препараты – оводорин Д и ревитацел из экстракта мицелия вешенки с полифункциональной медико-биологической активностью, одновременно обладающих противоопухолевой, детоксицирующей, гиполипидемической и гепатопротекторной активностью, содержат антиоксиданты и бета-глюканы. Выявлена эффективность экстрактов из грибов при лечении бактериальных и вирусных инфекций, ВИЧ, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. Предполагается, что выявленная полифункциональность экстрактов связана с их активностью, направленной на стимуляцию иммунной системы.

Материалом для исследования служил эякулят. Получение эякулята осуществляли по рекомендациям ВОЗ. Параметры спермограммы также были изучены

по стандартам ВОЗ 5-го издания. Эксперименты проводили при комнатной температуре (20 -22° С). Для проведения экспериментов полученный объем эякулята после разжижения разливали по 1 мл в пробирки и вносили препарат в определённой концентрации. Препарат ревитацел использовали в 4-х концентрациях. Выделяется результат значительного повышения активной и общей подвижности сперматозоидов через 1 час инкубации эякулята с препаратом в концентрации 0,5 мг/мл: на 68% и 47% соответственно. Концентрации препарата 5,0 и 2,5 мг/мл вызывали подъём подвижности менее значительно. Концентрация препарата 10 мг/мл подавляла подвижность сперматозоидов. Через 24 часа инкубации во всех концентрациях препарат подавлял активную подвижность сперматозоидов, общая подвижность сохранялась на низком уровне 1 – 8% от исходного..