



# **2-й конгресс АСУР.** Москва. 20-21 декабря 2018 г.



# При поддержке

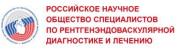














# Сборник научных трудов 2-го конгресса Ассоциации Сосудистых урологов и репродуктологов.

Москва. Центральный дом ученых РАН.



### Dear Oleg.

I congratulate the opening of the 2nd congress of the AVUR in Moscow. For more than 5 years of our professional friendship you have been dealing with the complex problem of endovascular operations in urology. And your Association has become one of the leading innovative organizations that has united scientists, surgeons and diagnosticians to improve quality of life of our patients. I wish you success and prosperity.

Your Hugo Tinto Rio.

Hugo Rio Tinto

HUGO RIO TINTO, MD . Hepatobiliary and Transplant Centre, Curry CabralHospital, Red Cross Private Hospital Anatomy and Radiology DepartmentsNew University Lisbon.

# Оглавление

1.	Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения	.5
2.	Болезнь Пейрони и эректильная дисфункция	16
3.	Лучевая диагностика в ангиоурологии	.22
4.	Детская уроандрология	.29
5.	Варикоцеле	.35
6.	Онкоурология	.43
7.	Преждевременная эякуляция	50
8.	Сексуальные дисфункции	64
9.	ЗППП и воспалительные заболивания	71
10.	Нейроэндокринология	.80
11.	Мужское бесплодие	82
12.	Информация о мероприятиях АСУР	.92

**Научная редакция** сборника тезисов 2-го конгресса АСУР осуществлена членами Международного медицинский Совета Ассоциации. Подписано в печать 16 декабря 2018 года.

Ответственность за содержание материалов несут авторы

### 1. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения в урологии

PROSTATIC ARTERY EMBOLISATION FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

WHAT DO YOU NEED TO KNOW.

Hugo Rio Tinto

Lisbon, Portugal

The management of benign prostatic hyperplasia (BPH) depends on the stage of the disease that is related to the severity of the lower urinary tract symptoms (LUTS) and quality of life (Qol). The severity of LUTS is evaluated by the International Prostate Symptoms Score (IPSS) whose score ranges from 0 to 38. For patients with mild LUTS, International Prostate Symptoms Score (IPSS < 8) the attitude of watchful waiting is used. For patients with moderate LUTS (IPSS between 8 and 19) medical therapy is usually the first-line treatment option. Medical Therapy may be associated with sexual dysfunction. Minimally invasive therapies were developed as an alternative to medical therapy. Although both medical and surgical treatment options for BPH are effective, they are associated with significant morbidity rates and some degree of sexual dysfunction. Therefore, there is the need for innovate technologies to continue to improve outcomes and minimize patient discomfort and morbidity when managing BPH. Prostatic Artery Embolisation (PAE) is a new minimally invasive procedure to treat symptomatic patients with BPH and moderate to severe LUTS. Our centre performed now more than 600 procedures with good technic and clinical outcomes. Our published results with a three-year follow-up show significant symptomatic relief in the majority of patients after the procedure. Although technically challenging, this technique is now another possible tool for symptomatic patients. I discuss the indications and contra-indications of this procedure, technical aspects and results of this technique.

# Метод химиоэмболизации в урологии.

Авторы: Плуталова Л.П., Андрюшина Н.А., Ким Г.В., Еркович А.А., Нотов К.Г., Сазонова И.

НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск – Главный ОАО «РЖД».

### Введение.

В начале XXI века достигнуты значительные успехи в лечении онкоурологических больных, основанные на достижениях фундаментальных исследований (в частности, таргетная терапия). Внедрен в практику высокотехнологичный метод рентгенэндоваскулярного лечения — химиоэмболизация артериальных афферентов питающих злокачественные новообразования.

### Материалы и методы.

Химиоэмболизация артерий питающих новообразования мочеполовой системы. Цистоскопия мочевого пузыря. УЗИ — органов малого таза почек. КТ — брюшной полости, органов забрюшинного пространства.

### Результаты.

С целью предоперационной подготовки у пациентки с раком правой почки выполнена окклюзия средней и нижней полюсной ветвей правой почечной артерии микроэмболами и спиралями Джантурко. 2- пациентам с раком бесперспективности открытой одной почки И хирургии выполнена химиоэмболизация почечной артерии пораженной почки насыщаемыми микроэмболами (доксирубицин 50мг). 2-пациентам с раком простаты и сопутствующей ДГПЖ, клиникой синдрома нижней обструкции и выполнена эмболизация артерий простаты. 7- пациентам с раком простаты выполнена химиоэмболизация простаты как основной метод. 7-пациентам с раком мочевого пузыря и бесперспективности открытой хирургии выполнена химиоэмболизация артерий мочевого пузыря. 1- пациентке с раком прямой кишки, прорастанием опухоли В мочевой пузырь выполнена химиоэмболизация ректальных и пузырных артерий.

#### Выводы.

Химиоэмболизация артерий питающих новообразования мочеполовой системы является перспективным методом лечения данной патологии. Метод малотравматичен, вызывает ишемию, асептическое воспаление и длительное местное воздействие противоопухолевого препарата в высокой концентрации в опухоли.

Данный метод расширяет арсенал онкоуролога в лечении новообразований мочеполовой системы, должен более широко внедряться.

# Роль малоинвазивных методов лечения у пациентов с новообразованиями мочевого пузыря с макрогемутурией

Тен И.Э., Жумагазин Ж.Д., Табынбаев Н.Б., Курманов Т.А., Калдыбаев М.М.

«Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» КФ «UMC»

#### г. Астана, Казахстан.

Актуальность проблемы. Нередко при длительной и выраженной гематурии из нижних мочевых путей хирургам-урологам приходится проводит перевязку внутренних подвздошных артерий открытым методом, под общим обезболиванием, тогда как ряд больных имеют соматические болезни, ослабленные и высокий операционный риск. Малоинвазивное хирургическое вмешательство — химиоэмболизация при раке мочевого пузыря (РМП) может стать альтернативой в комплексном лечении этого грозного заболевания.

Материал и методы. В «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» с 2016 г. по ноябрь 2018г. 12 пациентам при РМП была выполнена «Химиоэмболизация нижних пузырных артерий» (ХЭПА). Химиопрепаратом для проведения данной процедуры служил адриамицин в дозировке 50 мг., или цисплатина 50 мг. В качестве источника транспортировки химиопрепарата применялись нагружаемые микросферы Нераѕрhегае размерами 300-500 мкм компании Биосфера Медикал (Франция).

У семи из 12 больных был РМП T2N0M0 стадии, у двух T3NхM0 стадии и у 4 Т1м NoM0, у всех гистологический верифицирован переходно-клеточный рак G2-3. У 3 из них имелось расширение верхних мочевых путей с одной стороны и у 1 обеих сторон. Десять больных отмечали эпизодическое кровотечение в виде сгустков крови в моче, тогда как у двоих была тотальная магрогематурия.

Эмболизация пузырных артерий выполнялись под местной анестезией трансфеморальным доступом по Сельдингеру под рентгенологическим контролем. Пациенты были выписаны на третий день после оперативного вмешательства. Всем 12 больным РМП были проведены два курса ХЭПА с интервалом в один месяц.

Результаты. Результаты лечения оценивались по общему состоянию пациентов, жалобам, отсутствии гематурии, уменьшению размеров опухоли, положительной динамики показателей анализов крови. В первые 2 дня у 3-х наблюдался болевой синдром, который проходил применения ненаркотических аналгетиков. Гипертермии, местных патологических изменений в области введения сосудистого катетера в бедренную артерию не отмечалось. Через два месяцев при контрольном осмотре у пациентов эпизодов макрогематурии не было, анализы крови По данным КТ, УЗИ, цистоскопии размеры опухоли уменьшились в среднем более чем на 25% после 2-х ХЭПА. Шести пациентам через три месяцев после первой ХЭПА были выполнены оперативные вмешательства в объеме ТУР – 4, открытая резекция - 1, цистэктомия - 1. Гистология удаленной опухоли подтвердила лечебный некроз опухолевой ткани. Три пациента с распространенным заболевания были направлены на дальнейшее химиолучевое лечение и трое с начальной стадией процесса продолжают наблюдаться с рекомендацией местной химиотерапии.

Заключение. Таким образом, ХЭПА малоинвазивный, но эффективный метод воздействия при кровотечениях из мочевого пузыря. Нуждается в широком применении среди пациентов, когда сопутствующие заболевания не позволяют выполнение объемных рутинных методов лечения. Малое количество пациентов и короткий срок наблюдения не дают оснований для окончательных выводов в длительности лечения и количестве сеансов проведения ХЭПА при РМП.

# НАШ ОПЫТ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА

Жариков С.Б. [1,2], Рослик С.С. [1], Цымбал Е.В. [1], Кочетов А.Г. [1], Карабач И.В. [1], Иванов В.А. [1,2], Есипов А.В. [1], Костин А.А. [2].

1 — ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Министерства обороны Российской Федерации, Красногорск, Московская область, Россия;

2 — ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия Жариков Станислав Борисович, <u>s.zharikov@bk.ru</u>, 8(925) 801-98-76

#### Цели и задачи

Изучение непосредственных и отдаленных результатов, а также оценка эффективности и безопасности эмболизации простатических артерий (ЭПА) у больных с тяжелыми клиническими проявлениями симптомов нижних мочевых путей (СНМП), рефрактерными к медикаментозной терапии и с невозможностью выполнения традиционных открытых и трансуретральных вмешательств на простате.

### Материалы и методы

С 2015 по 2018 год в ФГБУ «ЗЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России ЭПА выполнена 96 больным. Среди включенных в наше исследование 24 больных (25%) имели цистостомический дренаж. ЭПА проводилась пациентам, которые соответствовали следующим критериям: возраст старше 40 лет, объем предстательной железы более 100 см3 по данным трансректального ультразвукового исследования, отсутствие данных за онкологический процесс по результатам биопсии простаты при условии повышенного уровня простатспецифического антигена крови, СНМП, рефрактерных к медикаментозной терапии в течение 6 месяцев (IPSS ≥ 15 баллов и QoL ≥ 3 баллов) или с хронической задержкой мочи, невозможность выполнения традиционных гисторедуктивных вмешательств в связи с высоким хирургическим риском. Для артериального доступа применялись общие бедренные и лучевые артерии (в 25% и 75% случаев, соответственно). В качестве препарата для эмболизации во всех случаях применялся эмболизационный препарат Еmbosphere 300-500 микрон.

### Результаты

Технический успех в виде билатеральной ЭПА был достигнут у 88 больных (91,67%). Унолатеральная ЭПА проведена 6 (6,25%) больным. У 12 больных (12,5%) были отмечены легкие дизурические явления, не потребовавшие дополнительного лечения. У 92 больных (95.83%) в первые сутки после ЭПА отмечались явления постэмболизационного синдрома в виде повышения температуры тела до субфебрильных значений. Отдаленные

результаты отслежены у всех больных, включенных в исследование, средний срок наблюдения составил 8 месяцев (6-24 месяцев). Среди больных с цистостомическим дренажем, адекватное восстановление самостоятельного мочеиспускания зафиксировано у 20 больных с последующим удалением цистостомического дренажа через месяц после произведенного оперативного лечения (при достижении не более 20 мл остаточной мочи после самостоятельной микции). Регресс абсолютного объема простаты составил 35-189 см3, регресс относительного объема простаты 10,2-67,7%. У 82 больных (85.42%) отмечались стойкое субъективное улучшение процесса мочеиспускания (уменьшение абсолютного значения IPSS и уменьшение абсолютного значения QoL).

#### Выводы

Полученные результаты позволяют рассматривать селективную эмболизацию простатических артерий в качестве эффективной и безопасной хирургической методики в лечении СНМП у больных высокого хирургического риска. Для рекомендации ЭПА как рутинного метода лечения СНМП у больных высокого хирургического риска требуется дальнейшее всестороннее научное изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Эндоваскулярное стентирование магистральных вен в урологии.

О.Б.Жуков 1-3, Васильев А.Э.3-4

1.ФГАОУ ВО РУДН, 2.ЕМС, 3.Ассоциация сосудистых урологов и репродуктологов

4.ФГБУ НМИМЦ Гематологии Минздрава России

Стентирование Введение. магистральных вен урологии ответственный и требующий отчетливого понимания последующих за этим гемодинамических сдвигов шаг. Сказанное обусловлено чрезвычайно малым пониманием венозной мировым недостаточным законов опытом, гемодинамики и следованию главной заповеди врача «не навреди». Всегда в основе решения в пользу стентирования магистральных вен лежит клиническая картина, данные инструментальных лабораторных И исследований, тщательный анализ полученных при проведении прямой флебографии и флеботонометрии данных.

Материалы и методы. С 2005 года нами выполнено более 67 стентирований крупных магистральных вен таза и органов забрющинного пространства по аортомезентериальной компрессии левой почечной прогрессирования тазовой венозной болезни, рецидивирующего овариковарикоцеле, варикоцеле, синдрома хронической тазовой боли и признаков венозной гиперволемии. Из 67 больных у 23 имелся двойной блок верхний и больным нижний нутракер синдром. Этим после подтверждения флебогипертензии устанавливались нитинолово-никелевый стент Zilver Cook, Protehge. в нескольких случаях использовали венозные стенты Wallsten-Uni Endoprothesis (Boston Scientific).

Обсуждение. В настоящий момент показанием к операции стентированию подвздошных вен у этих больных служит стойкий болевой синдром (не меньше 6 балов) по Визуально аналоговой шкале (ВАШ), рецидив варикоцеле или овариковарикоцеле, быстрая декомпенсация проявлений тазовой венозной болезни органов других локализаций в виде варикозного расширения вен наружных половых губ, веногенной ЭД, варикозного расширения вен нижних конечностей, мошонки наружного и внутреннего геморроя и т.д.

Выводы. Оптимальным алгоритмом диагностики с целью раннего выявления синдрома Мэй Тюрнера является тщательный осмотр с применением компрессионным проб, Ассиметрия венозного кровотока в подвздошных венах более 8 см/с, проведения МР флебографии системы нижней полой вены с целью пространственной ориентации уровня и этаже возможной компрессии. Затем проведения флебографии и флеботонометрии при градиенте более 10 мм рт ст. и в связи с клиничечкой картиной заболевания - установка венозного стента.

Рентгеноэндоваскулярная эмболизация маточных артерий в лечении субмукозной миомы матки.

# Тажибаев Д.М<sup>1</sup>., Абишев Б.Х<sup>2</sup>., Байжанулы К.<sup>3</sup>. . Астана, Казахстан.

1. Республиканский диагностический центр Корпоративный Фонд «University Medical Center». Заведующий отдела лучевой диагностики, город Астана, Казахстан.

- 2. Республиканский диагностический центр Корпоративный Фонд «University Medical Center». Руководитель центра ядерной медицины и лучевой диагностики, город Астана, Казахстан.
- 3. Национальный научный центр онкологии и трансплантологии Корпоративный Фонд «University Medical Center». Врач рентгенхирург, Астана. Казахстан.

### Для контакта.

Тажибаев Дулат Мажитович, Город Астана, Казахстан, Республиканский Диагностический Центр, Корпоративный Фонд «University Medical Center». +77013285051, tazhibaev74@mail.ru

**Цель исследования.** Определить эффективность эмболизации маточных артерий (ЭМА) при субмукозных миоматозных узлах, а также оценить состояние матки и миоматозных узлов после ЭМА в различные сроки методами УЗИ и МРТ.

**Материалы и методы.** Черезкожная черезкатетерная окклюзия маточных артерий при субмукозных миоматозных узлах выполнена у 21 пациенток. Возраст пациенток от 32 до 47 лет, средний возраст 36,5 лет. Размеры миоматозных узлов были от 3,0см до 9,0см.

Показанием к эмболизации маточных артерий были клиническое проявление заболевания в виде гиперполименореи и/или менометроррагии, симптомы, обусловленные сдавлением смежных органов и болевой синдром.

Всем больным проведен комплекс лабораторных и инструментальных исследований: клинический и биохимический анализы крови, оценка свертываемости крови (протромбиновое время, число тромбоцитов, время кровотечения), диагностическое раздельное выскабливание полости матки с гистологическим анализом полученного материала, трансабдоминальное и интравагинальное УЗИ и МРТ органов малого таза.

**Результаты и обсуждение.** До ЭМА всем больным в условиях стационара выполнены МРТ и УЗ исследования органов малого таза. При УЗ-исследовании лоцировлся миоматозный узел в полости матки в большинстве случаев округлой формы, достаточно четкими, ровными контурами, деформирующий полость матки.

При MPT исследований малого таза субмукозные узлы визуализировались в полости матки, с четкими контурами, неоднородной структуры. На T1-взвешенных изображениях миоматозный узел выявлялся изоинтенсивным и на

Т2-взвешенных изображениях миоматозный узел визуализировался в большинстве наблюдениях гипер- и гипоинтенствным.

После ЭМА в течений 7 дней и до 3 месяцев отмечалось самостоятельная экспульсия 10 из 21 (47,6%) субмукозных миоматозных узлов. Клинический наблюдалось появление схваткообразного болевого синдрома. На контрольных МР исследованиях выявлялся признаки рождения субмукозного миоматозного узла.

У 3 из 21женщин (9,5%) в сроки до 3 месяцев выполнено удаление частично рождающихся субмукозных узлов в гинекологическом отделении. Клиническими проявлениями рождающегося субмукозного узла были схваткообразные боли и слизистые, и кровяные выделения из полости матки.

В остальных 8 из 21 наблюдений (38,1%) субмукозные узлы подверглись миолизису в последующие 12 месяцев. Гистологический отмечалась зона облитерации сосудов, периваскулярный склероз и некроз миоматозного узла.

Клиническими симптомами при миолизисе были сгусткообразные кровянистые выделения из полости матки.

**Выводы.** Наш опыт свидетельтвует, что ЭМА, являясь малоинвазивным и органосохраняющим методом и может расцениваться как альтернатива оперативному лечению. При субмукозных миомах матки в различные сроки после ЭМА происходить экспульсия или миолизис миоматозных узлов.

Рентгеноэндоваскулярные методы лечения васкулогенной эректильной дисфункции.

Жуков О.Б.,, Уколов В.А., Волкова Е.М.

# ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

выбора Введение. Методом оперативного лечения васкулогенной стадии субкомпенсации эректильной дисфункции В (ЭД) является фаллопротезирование. Однако в начальных стадиях заболевания молодые мужчины на подобный вид лечения. И поиск с трудом соглашаются альтернативного лечения завершился применением новых рентгеноэндоваскулярных методов лечения.

Материалы и методы. Нами оперированы 14 больных с васкулогенной ЭД 36,4+-7,4). 25-48лет(средний возраст Из них венооокклюзивными нарушениями эрекции, 3 больных с артериальной недостаточностью кавернозных тел, 2 больных с артериовенозной ЭД. Диагноз устанавливался на основании ультразвукового допплеровского исследования кавернозных тел полового члена с интракавернозным фармакотестом, мультиспиральной компьютерной фармакокавернозографии "Toshiba Aquilion 64" после интракавернозгного введения на аппарате простогландина Е1 и МСКТ артерий таза.

При артериальной недостаточности кавернозных тел полового члена проводились два типа операций в зависимости от уровня и протяженности поражения сосудистой стенки. При И характера изолированном атеросклеротическом проксимальном поражении внутренних подвздошных (мышечно-эластического типа) проводилось их стентирование. Использовался унилатеральный пункционный доступ. При протяженном поражении среднего уровня пудендальных артерий (мышечного типа) использовали баллонную дилятацию внутреннего просвета артерий баллоном катетером №5(F) типа Sim 2 с внутрибалонной компрессией до 10 атмосфер и экспозицией до 4-5 минут, с последующем ангиографическим контролем. Операция начиналась от периферии в проксимальном направлении артериального сосуда. При веноокклюзивных нарушениях эрекции в виде патологического венозного дренажа кавернозных тел полового члена проксимального направления нами предпринималась рентгеноэндоваскулярная эмболизация данных вен спиралями типа Гиантурко 5 на 10, 4 на 3 и не более двух штук на одного больного при пункционном доступе через дорсальную вену полового члена. В трех случаях была склеротерапия через трансфеморальный луромакроголом 400 в объеме 4,0 с флебологическим контролем в виде стаз контраста.

Выводы. Данные методики операций являются эффективными способами сексуальной реабилитации больных с васкулогенной ЭД на этапе до выполнения фаллопротезирования. Общие сроки наблюдения составили 14 месяцев. Клиническая компенсация заболеваний является удовлетворительной: МИЭФ изменился с 12±3,6 до 18,8±4,2.Требуются дальнейшие исследования и продолжить набор материала для оценки послеоперационной эффективности рентгеноэндоваскулярной эректильной дисфункции.

# Рентгенэндоваскулярные лечебные вмешательства в лечении варикоцеле у детей и подростков.

Абишев Б.Х., Тажибаев Д.М.

Корпоративный Фонд «UMC» Национальный Научный Центр Материнства и Детства, Астана

**Введение.** Варикоцеле встречается у 15-25% общей численности мужского населения и занимает первое место среди факторов мужского бесплодия. Левостороннее варикоцеле встречается в 70-100% всех случаев, изолированное правостороннее варикоцеле встерчается в 0-9% случаев. Двустороннее варикоцеле встречается в 0-2,3% случаев. Как правило, первичное варикоцеле возникает в период пубертата (период полового созревания).

**Материалы и методы.** В Национальном Научном Центре Материнства и Детства с 2007 года по март 2017 года в отделении лучевой диагностики выполнена рентгеноэндоваскулярная склеротерапия внутренней яичковой вены при варикоцеле 68 больным. Возраст пациентов от 12-18лет, средний возраст 14,9лет. Из них с варикоцеле слева ІІ-степени 42 больных, варикоцеле ІІІ-степени у 26 больных. У 6 пациентов имел место рецидив варикоцеле после ранее выполненной операции по Иваниссевичу.

Результаты. Проведение склеротерапии осуществлялость под местной анестезией во всех случаях. Условием для склеротерапии ретроградная чрезбедренная дистальная катетеризация основного внутренней дополнительного ствола яичковой вены при специального катетера «Vena spermatica» фирмы «СООК». Для надежной и контролируемой склеротерапии использовали разведенный с контрастным веществом склерозант: этоксисклерол, тромбовар или фибровейн. заключалась фракционном введении склерозанта Склеротерапия последующей контрольной флебографией, подтверждающей облитерацию просвета внутренней яичковой вены в нижней и средней трети.

В 6 наблюдениях при рецидивах на флебограммах выявлялась интактная (без признаков перевязки) на всем протяжении внутренняя яичковая вена, что свидетельствовало о технических погрешностях при выполнении ранее проведенной операции. В 3 случаях в связи с невозможностью ретроградной катетеризации левой яичковой вены, чрезмошоночным доступом слева, венесекция левой внутренней яичковой После произведена вены. диагностической флебографии выполнена фракционная склеротерапия

внутренней яичковой вены. Все больные с варикоцеле после эндоваскулярной склеротерапии выписаны на 2-3 сутки. Вены левой половины мошонки спадались уже в первые сутки после вмешательства.

**Выводы.** Таким образом, ангиографическое исследование при варикоцеле является высокоинформативным способом диагностики первичного и рецидивного варикоцеле, а лечебная эндоваскулярная склеротерапия внутренней яичковой вены может рассматриваться как патогенетически обоснованный альтернативный метод лечения данного заболевания.

### 2. Болезнь Пейрони и эректильная дисфункция.

Повышение эффективности консервативной терапии болезни Пейрони.

### О.Б. Жуков (1-3), А.Э. Васильев( 3,4), Новиков М. Е.(3,5)

1 ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»; Россия, 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6; 2 Европейский медицинский центр; Россия, 129090 Москва, ул. Щепкина, 353. Ассоциация сосудистых урологов и репродуктологов (АСУР)4. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России; Россия, 125167 Москва, Новый Зыковский проезд дом 4 5.ГБУЗ Владимирской области ЦГБ г. Ковров

Введение. Болезнь Пейрони представляет собой заболевание соединительной ткани, характеризующееся образованием фиброзных поражений и/или бляшек в белочной оболочке [1]. В зависимости от локализации, бляшки могут вызывать разнонаправленные искривления пениса при эрекции, а также болезненность ткани в ее проекции [2]. Следует отметить, что данное заболевание может привести к снижению качества жизни пациентов, дисгармоничным отношениям в паре и развитию депрессивной симптоматики.

**Материалы и методы** В исследование включены 32 пациента (44-65 лет) с диагностируемой болезнью Пейрони., страдающих болезнью Пейрони.

Всем больным проводили анкетирование по шкалам МИЭФ, ВАШ, тест на эластичность белочной оболочки полового члена (соотношение длины полового члена при релаксации к длине при мануальном вытяжении вдоль оси), комплексное УЗИ (Acuson S2000) (включая соноэластографию). При

подозрении на ЭД, выполняли комплексное УЗИ полового члена с интракавернозным фармакотестом.

Больным, которым в связи с неэффективностью консервативной терапии было показано оперативное лечение, проводили динамическую МСКТ фармакокавернозографию (Аквилион Тошиба) по протоколу Pelvis HCT Native; 120 KV; 60 mA; Rot. Time 0,5.

В зависимоти от проводимой терапии, пациенты были разделены на две группы: опытная и группа сравнения. Больные опытной группы (n=16) получали лазеромагнитную терапию на область бляшки на аппарате Мустанг-уролог (длина волны -0,63 мкм, мощность 10 мВт, мощность лазерного воздействия—3000 вт, индукция магнитного поля 75 мТл), в объеме 2 курсов по 15 сеансов, а также вакуумно-лазерное лечение на аппарате «Яровит» с локальным отрицательным давлением до 2 атмосфер с воздействием на половой член в течение 10-15 минут, на курс использовали 15 процедур через день.. Все пациенты опытной группы получали иньекции препарата бовгиалуронидаза азоксимер 3000 МЕ в/м 1 раз в три дня на курс (всего 15 иньекций), затем 10 свечей бовгиалуронидаза азоксимер 1 раз в три дня еще в течение 1 месяца. Дополнительно использовали витамин Е в дозировке 600 мг в сутки в течение 6 месяцев.

В контрольной группе (n=16) применяли аналогичную терапию без применения препарата Лонгидаза<sup>®</sup>.

Контрольное обследование проводили через 3 месяца. При неэффективности консервативной терапии, больных направляли на оперативное лечение.

В исследование были включены больные с размером бляшки до 2 см, эректильной деформацией до  $30^{\circ}$ . Из них в манифестантной стадии заболевания находились 16 больных, в фазе стабилизации - 12, терминальной - 4

Результаты. При дообследовании признаки васкулогенной ЭД были выявлены у 20 больных. Из них у 12 больных выявлено сочетание венокорпоральной и артериальной ЭД, у 2 — изолированное поражение артерий полового члена, у 6 - магистральный характер патологического венозного дренажа, и у 6 - несостоятельность белочной оболочки в области фиброзной бляшки. У 16 больных (50%) отмечены органические изменения пенильной гемодинамики, у 10 больных (28%) эректильные нарушения носили психогенный характер и были связаны с обедненной сексуальной

техникой, либо с сохраняющимся болевым синдромом. Преимущественно выявляли смешанную форму васкулогенной ЭД. В 2 случаях определены гиперэхогенные включения в кавернозных телах полового члена, вероятно соответствующие кавернозному фиброзу. С учетом гипотезы о системном характере патологии соединительной ткани, можно предположить, что развитие фиброзного процесса происходит не только в белочной оболочке, но и в адвентициальном слое артерий полового члена. При контрольном обследовании, у больных опытной группы, получавших бовгиалуронидазы азоксимер, мы отметили более выраженную тенденцию к улучшению качества эластических свойств белочной оболочки в виде снижения скорости поперечной волны и увеличению площади картирования «мягких участков кавернозного тела, чем у больных контрольной группы.

### Выводы.

Результаты настоящего исследования свидетельствуют, что, консервативная терапия эффективна у пациентов с ранними стадиями болезни Пейрони, имеющих умеренную девиацию полового члена (до 30 градусов) и размеры бляшек до 2 см. У таких пациентов для повышения эффективности проводимого лечения мы рекомендуем включать препарат Лонгидаза<sup>®</sup> в схему комплексной терапии.

# ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА.

Кызласов П.С., Мартов А.Г., Кажера А.А., Абдулхамидов А.Н., Володин Д.И., Сергеев В.П.

ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, кафедра урологии и андрологии, заведующий кафедрой д.м.н., профессор Мартов А.Г., г. Москва.

Несмотря на разнообразие методов коррекции эректильной дисфункции, на сегодняшний день единственным методом, удовлетворяющим критерию физиологичности является реваскуляризация полового члена.

Современные методы реваскуляризации полового члена, основанные как на принципе артерио-артериального, так и на принципе артерио-венозного анастомоза, объединяет общий источник дополнительной перфузии- нижняя эпигастральная артерия, которая в силу своих анатомо-физиологических особенностей является идеальным донорским сосудом.

*Цель исследования*: оценить непосредственные результаты лапароскопической и открытой реваскуляризацией полового члена.

Материалы и методы: Прооперировано 52 пациента с васкулогенной эректильной дисфункцией в период с 2013 по 2017 гг. С 2013г. по 2015 г. пациентам выполнялась открытая раваскуляризация полового члена. С 2015г по 2016г проводилась лапароскопическая реваскуляризация. Пациенты распределены на две группы в зависимости от методики оперативного лечения. В 1 группу вошли 27 пациентов, которым была выполнена открытая операция. Во вторую группу вошли 25 пациентов, перенесших лапараскопическую реваскуляризацию полового члена.

По клинико-лабораторным данным и по возрасту группы больных были однородны, по данным фармакодопплерометрии артериальная недостаточность выявлена в 1 группе у 10 пациентов, во второй у 8 пациентов, у остальных пациентов преобладала смешанная форма эректильной дисфункции. Операции выполнялась по стандартной методике Virag-Ковалев, лапароскопический этап выделения нижней эпигастральной артерии выполнялся одномоментно с этапом выделения сосудов на половом члене. Все пациенты в послеоперационном периоде принимали ИФДЭ-5 в малых дозах.

В послеоперационном периоде изучали частоту интра- и послеоперационных осложнений, длительность пребывания больного в стационаре, сроки реабилитации.

Результаты: Длительность оперативного вмешательства в первой группе (открытая операция) составила 120 (90-150) мин., во второй группе (выделение эпигастральной артерии лапароскопически) 86,5 (63-110) мин. (p<0,05) Интраоперационых и ранних послеоперационных осложнений в исследуемых группах зарегистрировано не было, во всех случаях анастомоз функционировал «адекватно», на 2 сутки отмечались спонтанные адекватные эрекции. После открытой операции все пациенты выписаны на 8 сутки после операции. Пациенты второй группы были выписаны на 5сутки (p<0,05). Ограничение физических нагрузок, занятий спортом у пациентов первой группы составила 21 дней, у пациентов второй группы — 14 дней (p<0,05).

Вывод: При проведении лапароскопического забора нижней эпигастральной артерии снижается травматичность проводимой операции в сравнении с открытым вмешательством: меньше косметический дефект, уменьшение сроков оперативного вмешательства, за счет одновременной

работы двух бригад хирургов, снижается срок реабилитации без потери эффективности вмешательства. Лапароскопический метод наиболее легко переносится больными и не требует длительной госпитализации.

### Артериальный приапизм.

### О.Б.Жуков, П.А Щеплев, Я И. Мельник, Маслов С.А.:

НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России) 3-я Парковая ул., 51, стр. 4, г. Москва, 105425

Контакты: Жуков Олег Борисович ob.zhukov@yandex.ru

**Введение.** Современные данные показывают, что в общей популяции встречаемость приапизма низкая от 5-до 9 случаев на 100 000 человек/год У больных с серповидно-клеточной анемией, врожденным заболеванием, вызывающим хроническую гемолитическую анемию, распространенность приапизма достигает 3,6% в возрасте <18 лет[4], с увеличением показателей до 42% у больных старше 18 лет [5–7]

Согласно классификации приапизм разделяют на ишемический приапизм (вено-окклюзивный приапизм ИЛИ «низкого потока»), артериальный приапизм (неишемический «высокого потока») ИЛИ приапизм перемежающийся (рецидивирующий) приапизм, как правило являющейся разновидностью артериального. Длительность приапизма представляет собой наиболее важный прогностический фактор сохранения исходной эректильной функции.

Мат и методы. Мы распологаем материалами 7 больных с артериальным приапизмом.Средний возраст 38,=- 6,4 г( 19-46 лет). клинический пример: Больного Ч- 36 лет, Поступил с жалобами: на непрерывную эрекцию в течение 6 дней, боли в области полового члена, суьфебрильную температуру отек. По данным обследования по месту

жительства Казахстане МРТ с контрастированием – на постконтрастных По изображениях патологии не выявлено. данным селективной иллиакографии с обеих сторон –выявлена зона повыщенной васкуляризации у корня полового члена справа. Дважды выполненное проксимальное бесуспешно. спонгиокавернолзное шунтирование При настощем обследовании данным допплерографическое исследование сосудов полового члена:справа, у корня полового члена, сохраняется аневризматическое расширение до 0,3 -0,35 см в бассейне правой кавернозной артерии, с пиковой систолической скоростью до 50 см/сек. Левая кавернозная артерия, обе дорзальные артерии не изменены, с обычным спектром кровотока, глубокая дорсальная вена с обычным монофазным кровотоком. По данным компрессионной соноэластографии. Эхо структура кавернозных неоднородна, определяются гипоэхогенные участки до 2,7 мм в ср/3 правого кавернозного тела, чередующиеся с гиперэхогенными до 8,0х3,7 мм.В левом кавернозном теле подобные образования меньших размеров до 2-3 мм. В Врежиме в средней трети полового члена площадь правого кавернозного тела 1,97 см2, что на 20% превышает площадь левого кавернозного тела-1,63см2 В триплексном режиме исследования внутрикавернозный кровоток в дистальных двух третях обоих кавернозных тел не определяется. Кровоток в глубокой дорсальной вене по все длине до 8-13,6 см /с, в апикальной части в дорсальных артериях до 15,7 см/с. В области ножек полового члена и проксимальной трети кровоток определяется в кавернозных артериях до 17-19 см/с, RI=0,73. На уровне пеноскротального угла справа определяется аневризматическое расширение правой кавернозной артерии до 2,5 мм( зона фистулы).При компрессионной соноэластографии в правом\* кавернозном теле картируются синим цветом( формирующийся склероз?) Больному предложена рентгеноэндоваскулярная эмболизация артеривенозной фистулы которой воздержался.После дневной массивной от ОН двух антибактериальной подготовки больному выполнено оперативное объеме: срочное эндофаллопротезирование вмешательство

компонентным полуригидным протезом. Течение послеоперационного периода гладкое. Заживление п/о раны первичным натяжением. Имеется отек кожи полового члена в области венечной борозды. С улучшением выписался. Гистологически определяется склерози кавернохзных тел, тромбоз внутрикавернозных сосудов.

Обсуждение. Анамнез и ультразвуковая допплерограия полового члена определить тип приапизма. HA наиболее помогает ранних этапах эффективным методом лечении может являться суперселективная эмболизация кавернозных или пудендальных артерий.

Длительное течение артериального приапизма без лечения может привести к тромбозу кавернозных синусов и способствовать переходу артериального приапизма в веноокклюзивный тип с последующим склерозом кавернозных тел укорочением и деформаций полового члена.

# 3. Лучевая диагностика в ангиоурологии

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА МИНИМАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ PAD-TEST'a

# <sup>1</sup>Нечипоренко А. С., <sup>2</sup>Нечипоренко А. Н., <sup>3</sup>Михайлов А.Н.

 $^{1}$ УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,  $^{2}$ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  $^{3}$ ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

**Введение.** Стрессовое недержание мочи (СНМ) минимальных объемов у женщин вызывает наибольшие трудности в диагностике, поскольку клинически этот вид СНМ проявляется только ощущением влаги на белье. Проводимый по классической методике Pad-test не позволяет зафиксировать даже клинически значимые эпизоды непроизвольной потери мочи, его невозможно воспроизвести в случае отсутствия фиксированного объема мочи в пузыре перед началом исследования, можно не зафиксировать эпизод непроизвольно теряемой мочи в минимальном объеме.

**Материалы и методы.** Разработана модификация Pad-test'a (уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу

№a 20170205 изобретение OT 27-07-2017г.): патента на самостоятельного опорожнения мочевого пузыря пациентке внутривенно вводят 40 мл йодсодержащего контрастного препарата и 5,0 мл 0,4% раствора Взвешивают индигокармина. гигиеническую прокладку точностью до 1 грамма, пациентка укладывает ее в белье и проводится часовой Pad-test по следующей программе: в течение первых 15 минут пациентка выпивает 500 мл воды и остается в горизонтальном положении; следующие 30 минут пациентка ходит, поднимается и спускается по лестнице между этажами; следующие 15 минут пациентка должна: - сесть и встать -10 раз; - интенсивно кашлять -10 раз; - бегать 1 минуту; - поднять 5 небольших предметов с пола. По истечению 60 минут прокладку осматривают на предмет появления влажного пятна, и взвешивают для уточнения массы попавшей на прокладку жидкости. Появление на прокладке голубого или синего пятна после окончания теста, подтверждает факт непроизвольно теряемой мочи – признак СНМ. Если пятно на прокладке бесцветное В выполняют рентгенограмму прокладки. случае непроизвольного выделения содержимого мочевого пузыря и попадания его на прокладку, на рентгенограмме обнаруживают контрастную Контрастная тень на рентгенограмме прокладки является документальным подтверждением непроизвольной потери именно содержимого мочевого пузыря – признак СНМ.

Результаты. Методика применена у 21 пациентки, которые жаловались на ощущение влаги на белье в конце рабочего дня, что позволило заподозрить минимальное СНМ. Всем женщинам проведен модифицированный часовой Pad-test. По окончанию теста на прокладке у 16 женщин визуально определялось голубое пятно, а на рентгенограммах этих прокладок определялась слабо контрастная тень – результат непроизвольной потери мочи, содержащей контрастное вещество. У 3 женщин по окончанию теста на прокладке отмечено влажное бесцветное пятно, что ставило под сомнение наличие СНМ, но на рентгенограммах прокладок у этих 3-х женщин имелась слабоконтрастная тень – результат попадания на прокладку содержащей контрастное вещество. У 2 женщин, у которых на прокладке было бесцветное влажное пятно, на рентгенограмме прокладки не отмечено тени контрастного вещества. Это позволило исключить СНМ, а появление влажного пятна на прокладке объяснить выделениями из влагалища. Среди обследованных 21 женщин минимальное СНМ было документально подтверждено и зафиксировано у 19 (90%) и исключено у 2 (10%).

**Выводы.** Модифицированный часовой Pad-test' с рентгенографией использованной гигиенической прокладки, по сравнению с традиционным

Pad-test'ом имеет преимущества: визуальное подтверждение непроизвольной потери мочи по окрашиванию прокладки и документальное подтверждение минимального объема непроизвольно теряемой мочи по контрастному пятну на рентгенограмме гигиенической прокладки.

# ДИАГНОСТИКА ИМПЛАНТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

### <sup>1</sup>Нечипоренко А. С., <sup>2</sup>Нечипоренко А. Н.

<sup>1</sup>УЗ «Гродненская областная клиническая больница», <sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**Введение.** Широкое применение синтетических протезов при хирургической коррекции генитального пролапса (ГП) и стрессового недержания мочи (СНМ) повлекло за собой появление специфических осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах — имплант-ассоциированных осложнений (ИАО). Остаются открытыми вопросы диагностики и определения вида ИАО.

### Материал и методы

В клинике урологии «Гродненский государственный медицинский университет» на лечении находилось 11 женщин по поводу ИАО после хирургической коррекции ГП методом влагалищной внебрюшинной кольпопексии сетчатыми протезами по принципу Prolift и 4 женщины после уретропексии синтетической лентой по принципу TVT по поводу CHM. MPT выполнялись 14 пациенткам после заполнения мочевого пузыря (МП) 200 мл фурацилина, в 1 случае была выполнена КТ таза с контрастированием гнойного свища в зоне выведенного рукава заднего протеза Prolift.

**Результаты.** У 6 пациенток (3 после кольпопексии протезом Prolift и 3 после уретропексии лентой по принципу TVT) через 3-6 месяцев после операции появились дизурические расстройства, боли и рези при мочеиспускании. При цистоскопии был выявлен дефект слизистой на задней стенке МП, дном его являлся фрагмент сетчатого протеза. У 4-х женщин на обнаженном фрагменте протеза сформировались камни. В этих случаях МРТ таза позволила выявить развитие мощной рубцовой ткани под задней стенкой МП

и внутрипузырный компонент, созданный обнаженным фрагментом протеза и отложившимися на нем солями в 4 случаях.

MPT таза была выполнена двум пациенткам со сморщиванием и смещением протеза после установки протеза Prolift anterior. На томограмме отмечено опущение МП и деформация его шейки за счет тканевого образования.

При миграции сетчатой ленты в уретру пациентки отмечали боли в уретре на протяжении всего мочеиспускания, в анализах мочи лейкоцитурия и эритроцитурия. При МРТ признаки миграции сетчатой ленты — деформация заднего контура уретры, с наличием за ним дополнительного компонента.

Одной пациентке проведена КТ-фистулография. У нее имелось осложнение в виде нагноения в ложе протеза Prolift posterior и в канале его правого рукава, которое клинически проявлялось умеренными гнойными выделениями из ранки в параанальной области справа. КТ-исследование проведено с введением в свищевое отверстие в параанальной области йодлипола. На томограмме получено контрастирование канала правого рукава протеза и ложа самого протеза. В этом случае удалось в полном объеме оценить распространенность гнойного процесса, что определило объем оперативного пособия в виде удаления всего протеза.

При гинекологическом обследовании в раннем послеоперационном периоде у 5 женщин был выявлен инфильтрат по передней стенке влагалища, что послужило поводом для выполнения МРТ таза. В приведенных наблюдениях МРТ позволила диагностировать ретровезикальную гематому и провести адекватное лечение.

**Вывод.** МРТ в раннем и позднем послеоперационном периодах у пациенток, перенесших корригирующие статику органов малого таза или СНМ операции с использованием синтетических сетчатых протезов, является обязательным методом исследования при подозрении на послеоперационные ИАО. КТ-фистулография обладает высокими разрешающими способностями и высоким диагностическим потенциалом в выявлении нагноительных процессов. Максимально полная информация о состояния органов таза и установленных имплантов — необходимое условие для выбора адекватного метода коррекции послеоперационных осложнений.

# Динамическая компьютерная контрастная ангиография сосудов бассейна внутренней половой артерии при артериогенной эректильной дисфункции

Повелица Э.А. $^1$ , Доманцевич В.А. $^1$ , Пархоменко О.В. $^1$  , Доста Н.И. $^2$ , Шестерня А.М. $^1$ 

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» Гомель, Республика Беларусь 1

ГУО «Белорусская Медицинская Академия Последипломного Образования» Минск, Республика Беларусь<sup>2</sup>

Динамическая компьютерная контрастная ангиография (ДККА) в состоянии фармакологической тумесценции является одним из современных методов исследования, который позволяет выявить патологические изменения в сосудах бассейна внутренней половой артерии (ВПА) от уровня бифуркации общей подвздошной артерии, области формирования a.pudenda interna, a.penis и конечных её ветвей a.dorsalis penis et a.dorsalis penis profunda. ДККА позволяет оценить артериальную фазу кровоснабжения полового члена (ПЧ) в состоянии тумесценции, также сопоставить полученные данные фармакодопплерографическими результатами при одномоментном исследовании сосудов бассейна ВПА

**Результаты**. Обследовано 75 пациентов в возрасте от 38 до 83 лет с жалобами на ЭД по шкале МИЭФ-5 от 4 до 8 баллов с анализом 150 тазовых половин в реформате volume rendering и 3D mip. Методика обследования предполагала первым этапом выполнение УЗИ ПЧ в состоянии де- и тумесценции после интракавернозного введения лекарственного средства из группы простагландина Е1 5-10 мкг на ультразвуковом аппарате VOLUSON 730 фирмы «GE», ACCUVIX-W10 Samsung Medison В-режиме И В режиме В допплеровского картирования. Определяли пенильный кровоток путем оценки линейной скорости кровотока в тыльных и глубоких артериях ПЧ, глубокой тыльной вене ПЧ. Оценивали по стандартной методике размер сосудов ПЧ, их проходимость в продольном сечении, оценивали толщину белочной оболочки, эхоструктуру кавернозных тел, их продольнопоперечный размер. Оценивался прирост показателей линейной скорости кровотока после введения вазоактивного лекарственного средства в динамике. Производилось исследование ВΠА трансперинеальным доступом с оценкой ее морфометрических параметров и перфузионных характеристик. В случае выявления патологических изменений, свидетельствующих о нарушении артериальной перфузии в сосудах бассейна ВПА, следующим этапом после УЗИ в состоянии тумесценции ПЧ выполняли ДККА ПЧ. Исследование выполнялось на 64-срезовом двухэнергетическом компьютерном томографе производства фирмы «GE»

(General Electric) (США) "Discovery750" в программе pelvis, толщина среза и промежуток между срезами 0,625мм. Оценивалась визуализация и проходимость тыльных и глубоких артерий ПЧ, внутренней ВПА в тазовом и экстратазовом отделах, аорто-бедренных сегментов с двух сторон. Полученные результаты ДККА ПЧ сопоставлялись с данными допплерографического исследования артериального кровотока ПЧ. Чувствительность и специфичность ДККА в диагностике стенозоокклюзионных поражений ВПА у пациентов с ЭД в нашем исследовании составила 92% и 72% соответственно.

Заключение. Современные цифровые методики обработки и реконструкции информации при ДККА сосудов бассейна ВПА позволяют с высокой разрешающей способностью визуализировать небольшие (small vessels) по диаметру артериальные сосуды, выявить в них стенозы, окклюзии от уровня a.pudenda interna и тем самым улучшить диагностику артериогенной ЭД.

# ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНООККЛЮЗИВНОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ.

 $\partial$ .м.н. П.С. Кызласов,  $\partial$ .м.н. А.Г. Мартов, А.Н. Башков, к.м.н. Е.В. Помешкин, А.А. Кажера, Б.Г. Касымов

ИППО ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, кафедра урологии и андрологии, Москва

Эректильная дисфункция (ЭД) является серьезной клинической и социальной проблемой. По данным статистики и собственного клинического опыта, в молодом возрасте преобладает эректильная дисфункция по причине нарушения При вено-окклюзивного механизма. вено-окклюзивном механизме васкулогенной эректильной дисфункции разнообразные методы инвазивного лечения демонстрируют практически идентичную низкую результативность (40-75% негативных исходов, особенно в отдаленном периоде). Некоторые авторы даже говорят о «необратимости» рецидива ЭД при венозной недостаточности. Таким образом, после тщательного анализа собственного клинического опыта и данных литературы мы пришли к выводу, что с сугубо хирургической позиции предложить реальные решения по улучшению исходов лечения на данный момент не представляется возможным. Однако, правильно подобранная программа предоперационных исследований, позволяет сделать выбор метода

обоснованным. В арсенале методов однозначным инструментального обследование наше сфокусировалось динамической внимание которая обладает более высокой (чем УЗИ кавернозографии, или конвенциальная кавернозография), диагностической значимостью ДЛЯ дифференциальной васкулогенной ЭД, диагностики обнаружения патологической утечки, определения числа и характеристик коммуникантных вен.

**Цель:** Изучение эффективности динамической компьютерной кавернозографии на предоперационном этапе обследования пациентов с веногенной эректильной дисфункцией. Материалы и методы: Было прооперировано 92 пациента с веногенной эректильной дисфункцией, в зависимости от предоперационного планирования, пациенты были разделены на две группы. Пациентам в 1 группе – для предоперационного планирования использовалась фармакодопплерография полового члена, во 2 группе – использовались фармакодопплерография полового динамическая компьютерная кавернозография. Пациентам доказанным дистальным типом сброса крови выполнялась резекция глубокой дорсальной вены полового члена. В обеих группах эректильной функция и качество жизни пациентов оценивались по валидизированным международным шкалам. Опрос пациентов проводился до оперативного вмешательства и через 12 месяцев после хирургического лечения.

**Результаты:** После предоперационного планирования и хирургического лечения балльные оценки эректильной функции в обеих группах изменились. В обеих группах достоверно снизился удельный вес пациентов с тяжелой степенью ЭД, уровень оценки качества эрекции в группе 1 сохранился практически прежний, но у 26,0% пациентов зафиксированы максимальные 4 балла. В группе большинство пациентов (56,0%) охарактеризовали свое состояние с максимальной оценкой в 4 балла. Оценку качества жизни по шкале «ОКЖ» после хирургического лечения, пациенты охарактеризовали следующим образом: «прекрасно»: в группе 1-3.0%, в группе 2-7.0%. «хорошо»: в группе 1-34%, в 63%. «удовлетворительно»: 3 % обеих «неудовлетворительно»: в группе 1 - 50%, в группе 2 - 15%. Полученные данные подтверждают, что резекция глубокой дорсальной вены полового члена статистически достоверно (р<0,0001) повышает качество жизни пациентов с вено-окклюзивным механизмом эректильной дисфункции. Однако, во 2 группе благодаря предложенному предоперационному планированию патофизиологически обусловленному определению показаний к конкретному хирургическому вмешательству удалось достичь лучших оценок качества жизни (p = 0.0108).

Заключение: Предоперационное планирование, базирующееся на применении динамической компьютерной кавернозографии, обеспечивает достоверное (P=0,0061) улучшение результатов резекции глубокой дорсальной вены полового члена у пациентов с вено-окклюзивным механизмом эректильной дисфункции.

# 3. Детская уроандрология

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.

**Введение:** Крипторхизм – полиэтиологичное заболевание, основным из проявлений которого является неопущение яичек в мошонку. Им страдают по данным разных источников от 0,28% до 4 % доношенных и 30 - 70 % недоношенных детей.

Установлено, что для нормальной жизнедеятельности тестикулы обязательно должны находиться в мошонке. В противном случае возникают факторы, которые приводят к нарушению фертильности у пациента в будущем.

**Целью нашей работы** явилось разработка оптимального подхода к диагностике, хирургическому лечению различных форм крипторхизма с помощью стацонарзамещающих технологий в условиях специализированного уроандрологического центра.

Материалы За время работы Краевого И методы. клинического специализированного уроандрологического центра В урологическом стационаре краткосрочного пребывания с 2011 по 2017 года было пролечено пациентов с неопущением одного либо обоих яичек. Возраст оперированных составлял от 1г 8 мес до 33 лет.Односторонний крипторхизм имел место у 171 (82.6%) пациента, двусторонний у 36(17.4%) пациентов. Было пролечено 152 (73.4%) больных с ретенцией яичка, 55 ( 26.6%) пациентов с эктопией, брюшная форма была обнаружена у 38 пациентов(18.3%), паховая форма у 169 (81.7%) человек. Первично выявлено и пролечено 172 (83%) пациента. Оперированных по поводу рецидива заболевания-35(17%) пациентов. Атрофия либо гипотрофия неопущенного яичка после ранее произведенных оперативных вмешательств несвоевременном обращении за медицинской помощью наблюдалось в 41

(19.8%) случаях. Орхэктомия по поводу атрофированного яичка проведена 19(9.1%) пациентам. Оптимальными сроками лечения пациентов детского возраста с неопущенным яичком с учетом патологических изменений в нем определен возраст до 2х лет.

При обращении пациентов с синдромом неопущенного яичка первым этапом выполнялся осмотр и физикальные методы обследования. При обнаружении неопустившегося В области яичка пахового канала выполняется УЗИ с ЦДК органов мошонки, мягких тканей пахового канала, определение уровня половых гормонов. Затем пациент направлялся на плановое оперативное лечение. Операцией выбора при данной форме являлась орхопексия по Петривальскому – Шумахеру

При невыявлении яичка в паховом канале и окружающих областях лапароскопическая ревизия брюшной полости с целью определения наличия или отсутствия неопущенного яичка и его сосудов и семявыносящего протока. Только на основании результатов лапароскопической ревизии принималось окончательное решение при постановке топического диагноза. При расположении яичка не далее 2,5-3 см от глубокого пахового кольца производилась мобилизация яичка. Яичко низводилось в мошонку и там фиксировалось по Петривальскому – Шумахеру без натяжения питающей ножки. При высокой ретенции ранних этапах производилась лапароскопическая двухэтапная орхопексия по Фаулеру-Стивенсу (3 пациента). При наблюдении установлено развитие гипотрофии низведенных яичек. В последующем использовался метод поэтапного удлиннения сосудов яичка за счет максимальной мобилизации их без пересечения и последующей фиксацией в паховой области.

Вторым этапом производиласьб низведение яичка в более дистальную область. При использовании такой техники случаев гипотрофии яичка не было выявлено

При выявлении нежизнеспособного, резко гипоплазированного яичка во время ревизии производилась орхэктомия При гистологическом исследовании удаленных гонад в 100% случаев выявлен тотальный склероз ткани яичка.

**Результаты и обсуждение:** Таким образом оптимальным подходом к хирургическому лечению криптрхизма является по нашему мнению:

- 1. выбор метода хирургического лечения исходя из формы заболевания
- 2. орхопексия без излишнего натяжения семенного канатика и насильственной тракции яичка;
- 3. максимально щадящее отношение к оболочкам яичка, минимальная скелетизация семенного канатика с сохранением кремастера.
- 4. использование во время оперативного лечения микрохирургических инструментов и оптики ( 6-8 кратное увеличение).
- 5. При лечении брюшного крипторхизма выбор метода поэтапной орхопексии без пересечения основного сосудистого пучка.

**Выводы:** Описанный подход позволил во всех случаях низвести жизнеспособное яичко в мошонку при любом начальном местоположении без нарушения его трофики в один или несколько этапов, что подтверждалось ультразвуковым исследованием с цветным дуплексным картированием в послеоперационном периоде.

E-mail: andromedcentr@yandex.ru

г. Ставрополь.

Краевой клинический специализированный уро-андрологический центр.

Главный врач Краевого клинического уроандрологического центра, главный детский уро-андролог министерсва здравоохранения Ставропольского края, доцент кафедры урологии, детской урологии-андрологии ИДПО Ставропольского государственного медицинского университета, к.м.н. Панченко Игорь Андреевич .

врач детский уролог- андролог Краевого клинического уроандрологического центра Шипилов Андрей Иванович

# ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ

АЛЕКСЕЕВА Г.Н.

НМИЦ ПН им. В.П. Сербского Минздрава России

г. Москва, 8-925-5311376, alekseevagalja@yandex.ru

В исследованиях по психологии развития общепризнанным является то, что от особенностей материнско-детских отношений зависят поведенческий, когнитивный и эмоциональный аспекты созревания ребенка: внутри этой диады ребенок первоначально учится контролировать эмоции, побуждения, справляться с возникающими трудностями.

Диагностика и лечение детей с энурезом осложнены их индивидуальнопсихологическими особенностями, в том числе эмоциональными, сложно поддающимися произвольной регуляции и контролю. Когнитивная стратегия регуляции эмоций позволяет удерживать контроль над эмоциями при воздействии негативных, стрессогенных событий.

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение особенностей эмоциональной сферы и регуляции эмоций у детей с функциональным стресс-индуцированным энурезом и у здоровых детей.

В исследовании использовался клинический, анамнестический методы и психологического эксперимента, который включал проведение методик: патопсихологических проективных метод «Пиктограмма», Дембо-Рубинштейн (c исследование самооценки ПО включением «будущее», «семья»), дополнительных шкал методику рисуночной фрустрации Розенцвейга. Анализировались отношения ребенка в диаде «мать-дитя» и со значимыми близкими, играющими важную роль в психологической и физиологической адаптации ребенка.

Материал исследования включил 19 детей в возрасте от 6 до 11 лет: в группу детей с диагнозом энурез неорганической природы (вторичный) включено 10 человек (7 мальчиков и 3 девочки), в группу практически здоровых детей — 9 человек (6 мальчиков и 3 девочки). Группы сопоставимы по основным параметрам (возраст, социальный статус семьи, воспитание родителями, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний у детей и родителей и др.).

Сравнительный анализ группы детей с энурезом с группой здоровых детей выявил наличие симбиотически-невротической, амбивалентно-тревожной или избегающей привязанности и задержки сепарации в диаде «матьребенок» в большинстве случаев (70 %) в группе детей с энурезом и в одной трети случаев в контрольной группе.

В семьях детей с энурезом преобладающими стилями воспитания являются авторитарный, чрезмерно контролирующий, гиперопекающий. В этих семьях

часто (в 60%) наблюдается подавление проявлений возникающих эмоций: негативных и позитивных. Это приводит к снижению эмоциональной вовлеченности и отчужденности друг от друга.

Детям с энурезом оказались в большей степени (80 %) свойственны когнитивные стратегии регуляции эмоций, препятствующие адаптации: самообвинение и обвинение других, катастрофизация, повторяющиеся событиях травмирующих чувствах, размышления негативное «домысливание», сужение временной перспективы. В этой группе детей наблюдается преобладание В памяти И воображении негативного эмоционального опыта над позитивным.

Группе здоровых детей свойственны (70%) способствующие адаптации стратегии регуляции эмоций: принятие себя и эмоционально насыщенной ситуации, позитивное внимание (смещение фокуса), переоценка эмоционально значимой ситуации, создание временной перспективы (планирование).

В обеих группах представлены стратегия отвлечения (мысленный «выход» из ситуации) и стратегия концентрации внимания, вызывающая повышение беспокойства и тревожности.

Исследование самооценки позволяет утверждать её заниженный уровень в большинстве случаев (80%) у детей с энурезом по сравнению с группой контроля.

Результаты проведенного исследования позволяют наметить пути влияния и обучения, изменения определенных когнитивных стратегий регуляции эмоций в ходе психотерапевтической работы с детьми с энурезом с целью психологической И физиологической повышения ИХ адаптации. необходимо Одновременно осуществлять психотерапевтические стабилизацию мероприятия, направленные гармонизацию функционирования семьи в целом.

Лечение гипоспадии. Пластика головки и дистального отдела уретры без обструкции - основа профилактики образования свищей уретры.

Ю.Э.Рудин, Д.В.Марухненко, Г.В.Лагутн, Д.К.Алиев, А.Б.Вардак.

Отдел детской урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина - филиал "НМИЦ радиологии " МЗ РФ. Москва. Россия.

Лечение гипоспадии относится к сложному разделу реконструктивнопластической урологии. Далеко не всегда удается провести успешную коррекцию данного порока одной операцией, особенно при проксимальных формах гипоспадии. Наиболее частое осложнение при пластике уретры формирование Эти наблюдаются мочевого свиша. осложнения преимущественно у пациентов с малыми размерами головки полового члена. В большинстве случаев (87%) подтекание мочи возникает в области венечной борозды под головкой полового члена. Причиной тому считаем обструкции в дистальной отделе уретры наличие и недостаток пластического материала.

За период с 2012 по 2017гг оперировано 375 детей и 45 взрослых больных с гипоспадией. Условно пациенты разделены на две группы. В первую группу вошли больные (170), которым проводились стандартные варианты пластики уретры TIP(Snodgrass) при дистальной гипоспадии (125) и одномоментная пластика уретры тубуляризированным лоскутом крайней плоти при проксимальной (45). Вторую группу составили (205) больных. Пластика дистальной уретры в модификации выполнена 145 пациентам., операция дополнена пластикой головки с учетом нормальной анатомии и аугментацией дистальной уретры. Коррекция проксимальной гипоспадии (60) проходила в два этапа с использованием имплантации свободного лоскута крайней плоти и широкой мобилизацией крыльев головки (Bracka).

В первой группе число осложнений в виде свища уретры наблюдали у 14 больных (12%) при дистальной гипоспадии и 11 (24%) при проксимальной гипоспадии. Во второй группе свищи уретры выявлены у 9 детей (6.2%) с дистальной гипоспадией и у 4 (6,6%) мальчиков с проксимальной гипоспадией. Повторные операции были успешны в 89%.

Отдаленные результаты операции прослежены в сроки от 6мес. до 7 лет. Снижение потока мочи по данным урофлоуметрии отмечено у 24% больных с проксимальной гипоспадией первой группы , после одномоментной коррекции. Пациенты второй группы не имели признаков нарушения потока мочи.

**Заключение**. Формирование уретры с аугментацией дистального отдела мочеиспускательного канала с мобилизацией крыльев головки полового члена и пластикой с соответствии с нормальной анатомией позволяют предупредить возникновение обструкции в дистальной уретре и значительно снизить число осложнений.

# 5.Варикоцеле

### ВЛИЯНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ

Евдокимов В.В., Жуков О.Б., Кастрикин Ю.В.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина - филиал

ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

Варикоцеле имеет широкое распространение во многих странах мира. Патогенез варикоцеле, как принято в настоящее время, обусловлен различными факторами, совокупность которых определяет разную степень выраженности патологии. Принята и используется в клинической практике классификация варикоцеле по степени расширения яичковых венозных вен, Европейской предложенная рекомендации ассоциации Распространенность варикоцеле широко варьирует в группах взрослых и подростков. Помимо субъективных и объективных симптомов варикоцеле сопровождается внутриклеточным повреждением хроматина сперматозоидов, что влияет на фертильность эякулята. Хирургическая коррекция варикоцеле представлена различными способами, устраняющими в значительной степени патологическую симптоматику, и направлена на фертильных характеристик улучшение эякулята. Варикоцеле, обнаруживаемое у подростков, имеет особенности в плане диагностики и лечения и последующего наблюдения.

Частота встречаемости в разных регионах РФ колеблется от 2,3% до 30%. Распространённость зависит от возраста: в пубертате она составляет 7%, у взрослых мужчин – до 43%.

Чаще встречается левостороннее варикоцеле в 77-92%, правостороннее в 1-8%, двустороннее в 2,6-38% случаев. Часто варикоцеле протекает бессимптомно и только в 10-20% случаев заболевание

сопровождается болями, уменьшением размера яичка на поражённой стороне, ощущением тяжести и дискомфорта.

По данным ВОЗ и мета-анализа варикоцеле обнаруживают у 25% мужчин с выявленной патозооспермией и у 40% мужчин, состоящих в бесплодном браке.

Последние годы выделена концепция о влиянии варикоцеле на состояние ДНК и хроматина сперматозоидов. Из нескольких обзоров установлено, что при варикоцеле у пациентов обнаруживают более высокие уровни повреждения ДНК. Целостность ДНК физиологически необходима для нормального оплодотворения яйцеклетки и развития эмбриона. В случае повреждения ДНК возможно нарушение развития зародыша, раннее прерывание беременности, появление врождённых аномалий у детей.

Варикоцелэктомия повышает уровень тестостерона, улучшает основные показатели фертильности эякулята: подвижность, концентрация, морфология сперматозоидов. При этом происходит нормализация структуры хроматина и целостность ДНК.

Данные по восстановлению фертильности у оперированных взрослых мужчин после варикоцелэктомии недостаточно убедительны, что может быть обусловлено наложением дополнительных факторов, образа жизни, различных сопутствующих заболеваний, травм,

профессиональных особенностей.

По полученным данным у обследованных нами пациентов ( подростков в возрасте 16-18 лет ) в спермограммах было установлено: уровень исследованного параметра подвижности сперматозоидов (категория A и A+B) и морфологии был близок к уровням в группе взрослых пациентов. Объём эякулята и концентрация сперматозоидов были значительно выше в группе взрослых. Все параметры эякулята в возрастных группах подростков имели сниженный уровень в сравнении с нормативами ВОЗ. При сравнении усреднённых результатов, полученных у наших пациентов установлено, что особенностями эякулята у них являются недостаточный объём эякулята и концентрация сперматозоидов, относительное повышение числа клеток сперматогенеза.

Хирургическую коррекцию варикоцеле проводили с использованием нескольких видов операции: в 73% - операция по Иваниссевичу; в 22% применяли склеротерапию и в 5% использовали лапароскопическое клипирование яичковых вен.

Результаты, полученные у пациентов в отдалённые сроки после оперативного вмешательства по поводу варикоцеле через 1- 2 года,

свидетельствуют о некотором положительном влиянии на подвижность и морфологию сперматозоидов.

При этом следует подчеркнуть, что восстановление параметров эякулята проходило без медикаментозной коррекции, это обстоятельство показывает высокую степень физиологического потенциала репродуктивной функции. Ещё важно отметить, что вид применяемого нами хирургического вмешательства показывал сопоставимые результаты на восстановление сперматогенеза, что позволило объединить эти данные в возрастные группы.

Таким образом, полученные нами результаты обследования разных возрастных групп подростков и взрослых с варикоцеле свидетельствуют о том, что варикоцеле оказывает негативное влияние на сперматогенез уже на начальном этапе постпубертатного периода развития. Поэтому имеет практическое значение выявления варикоцеле в этом периоде развития, что также обязывает детского врача уролога-андролога наблюдать пациента на протяжении длительного времени и рекомендовать ежегодный контроль репродуктивной функции и, если это будет необходимо, то выработать тактику последующей хирургической коррекции заболевания.

Однако не только наличие варикоцеле влияет на уровень фертильности, но и возраст, что показывают наши результаты обследования здоровых мужчин без диагностированного варикоцеле. В группах, разделённых десятилетним интервалом, 20-30-40-50лет, обнаружена чёткая тенденция к снижению основных показателей фертильности: подвижности и морфологии сперматозоидов.

# Влияние микрохирургической субингвинальной варикоцелэктомии на качество сперматогенеза при бесплодии

Д.А.Рахимов, С.Х. Турдалиев, М.М. Сафаров, Ш.С. Бобоев, Ш.Д. Рахимов

ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗ и СЗН РТ. Отделение урологии ЦБ Б.Гафуровского района Республики Таджикистан.

Введение. По резолюции ВОЗ, бесплодным браком считается неспособность достигнуть беременности женщины при регулярной сексуальной жизни в течение 1 года. Бесплодие это не только медицинская, но и социальная мировая проблема. Приблизительно 15 % сексуально активных пар не достигают беременности в течение года и обращаются за медицинской помощью по поводу бесплодия. В последние 10–15 лет отмечается стойкая тенденция к увеличению числа бесплодных мужчин. исследование актуальных вопросов этиологии, диагностики И лечения мужского бесплодия представляет собой

приоритетное направление современной науки. Мужское бесплодие — многофакторное заболевание, которое может быть результатом различных расстройств. По данным ВОЗ, одной из самых частых причин мужского бесплодия является варикозное расширение вен семенного канатика. Распространенность варикоцеле достигает 15% среди всего мужского населения, а среди бесплодных мужчин — 40%. Хотя на сегодняшний день «золотым стандартом» лечения варикоцеле, является микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия (МСВ), в литературе остаются спорные вопросы об эффективности оперативного лечения и влиянии этого заболевания на уровень сперматогенеза.

**Цель исследования.** Оценить влияние и эффективность микрохирургического лечения варикоцеле на сперматогенез у бесплодных мужчин.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты 55 мужчин в возрасте от 20 до 38 лет, которым проводилась МСВ (операция Мармара). Средний возраст больных составил 28,3 года. Левостороннее варикоцеле отмечено у – 49 (89,1%), правостороннее у – 2 (3,6%) и двусторонее у – 3 (5,5%) больных. Операции проводились под местной анестезией.

Показаниями к оперативному лечению были:

- 1) наличие варикоцеле II или III степени выраженности
- 2) варикоцеле I степени при бесплодии больше 1 года в анамнезе
- 3) нарушения не менее чем в 2 спермограммах
- 4) постоянный болевой синдром в мошонке

Обследование больного до операции стандартное: сбор анамнеза и осмотр, общеклинические и биохимические анализы, кровь на гепатиты В и С, СПИД, RW, гормоны крови (тестостерон, пролактин, эстрадиол, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, ингибин В), серошкальное УЗИ с допплерографией почек и органов мошонки, спермограмма. Контроль спермограммы и УЗИ органов мошонки с допплером сосудов проводили через 3- 6 месяцев после операции.

Результаты. Проводился сравнительный анализ показателей концентрации сперматозоидов в эякуляте (подвижность сперматозоидов и количество патологических форм) до и через 3-6 месяца после операции. При сравнении результатов спермограм через 3 месяца после оперативного лечения, отмечается увеличение показателей концентрации, подвижности сперматозоидов и снижение доли патологических форм до 25%, а через 6 месяцев они достигли почти 10-15%. У 9 (16,4%) пациентов в течение 6 операции спонтанная беременность. месяцев после наступила Допплерографическое исследование сосудов мошонки проводили через

месяц после операции, показатели кровотока вдвое были ускоренными, размеры венозных сосудов в приделах нормы, что говорит о результативности выбранной тактики оперативного лечения.

**Выводы.** Анализ показал, что оперативное лечение варикоцеле методом Мармара является эффективным и необходимым. Эффективность заключается в нормализации гемодинамики органов мошонки, улучшению показателей спермограммы и росту частоты спонтанной беременности.

## Лечебно-диагностический алгоритм у больных с рецидивирующим варикоцеле.

- О.Б.Жуков<sup>1</sup>, Е.А Ефремов, В.А.Уколов, В.М.Сниткин<sup>1</sup>, Е.В.Бабушкина<sup>2</sup>. 1Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России; Россия, 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51, стр. 4
- 2. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения детская поликлиника N7 Департамента здравоохранения города Москвы Контакты: Олег Борисович Жуков ob.zhukov@yandex.ru

**Введение.** Рецидивирующее варикоцеле является сложной медикосоциальной проблемой урологии. Причинами рецидива варикоцеле могут являться различные сосудистые аномалии, в том числе аортомезентериальный пинцет, синдром May – Thurner и др.

Материалы и методы. С сентября 2015 по декабрь 2016г обследованы 254 больных с варикоцеле, из них рецидивирующее варикоцеле выявлено у 31 пациента, у 16 больных выявлен рецидив варикоцеле с обеих сторон, левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной сдавление артерий-синдром May-Thurner подтвержден у 8 больных. Средний возраст больных с синдром May – Thurner составил 19.2+-4.3 лет. При настоящем клинико-урологическом обследовании проводили осмотр с применением компрессионных исследование проб, уровня половых гормонов, спермограммы, ультразвуковое допплеровское исследование органов мошонки с оценкой тестикулярного объема яичек, УЗДГА подвздошных аорто-мезентериального сегмента, предстательной сосудов, определением характера кровообращения в венах перипростатического венозного сплетения Была использована безконтрастная МР флебография нижней полой вены, прямая флебоиллиакография, флеботонометрия.

Результаты. У всех больных с синдромом May – Thurner при триплексном ультразвуковом исследовании подвздошных сосудов выявлено престенотическое расширение левой общей подвздошной вены до 2-2,5 см, в месте компрессии ее правой общей подвздошной артерией. Далее отиечалось о ее сужение до 2,3-4,5 мм с усилением кровотока до 20-24 см/с, по сравнению с правой общей подвздошной веной, которая лоцировалась нормальных размеров до 0.9-1.2 см скоростью кровотока до 10-11 см/с. По венам гроздевидного сплетения определялся выраженный патологический ретроградный кровоток до 3-8 см/с, отсутствующий в покое. При исследовании тестикулярного объема объем левого яичко был снижен до 11,3+ 3,6 см3 по сравнению с правой стороной, где объем составил 14,1+-2,4 см3.Следующим этапом проводилась МРТ флебография системы нижней полой вены для пространственной реконструкции магистральны сосудов таза.По данным MP – флебографии диагноз синдром May – Thurner был подтвержден у всех пациентов с УЗ признаками сужения левой общей подвздошной вены. По данным проведения флеботонометрии у 4 больных градиент давление в левой общей подвздошной вены не превышал 5 мм рт ст, 6-8мм рт ст, у 2-x он составил 8-10 мм рт ст., что у 4 больных соответствовало легкой и умеренной степени флебогипертензии и коррелировало с данными триплексного исследования подзвдошных вен.

Выводы Рационального этапом диагностического алгоритма больных с рецидивирущим варикоцеле является проведение ультразвукового допплеровского исследования мошонки и подвздошных вен таза. В случае выявления в общих подвздошных венах ассиметрии кровотока следующим этапом является подтверждение степени флебогипертензии, в зависимости от результатов которой принимается решение о необходимости стентирования общей левой подвздошной вены или консервативного лечения венотониками.

## РЕНТГЕНХИРУГИЧЕСКАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ЯИЧКОВЫХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ. НАШ ОПЫТ.

#### М.Е. Новиков, А.А. Поляков.

ГБУЗ ВО «Центральная городская больница г.Коврова» Владимирская обл.

**Введение.** Варикоцеле - варикозное (узловое) расширение вен семенного канатика- самая частая, после идиопатического, причина мужского бесплодия, тянущих болей в мошонке и частого рецидивирования

хронического простатита. На долю его приходится от 15% до 35% всех случаев первичной мужской инфертильности. В 1978 году S.S. Lima впервые предложил флебографию внутренней и наружных семенных вен, и их коллекторов с последующей эмболизацией варикозно измененных сосудов. Этот метод оперативного лечения имеет ряд преимуществ. Он практически бесценен при рецидиве варикоцеле.

**Целью** данной работы явилась оценка эффективности рентгенохирургического лечения варикоцеле у 35 пациентов путем спиральной окклюзии тестикулярных вен в условиях вновь открывшегося отделения рентгенохирургии ГБУЗ ВО ЦГБ г.Коврова.

Материалы и методы. Рентгенохирургическому лечению варикоцеле подверглись 35 пациентов в возрасте от 14 до 37 лет, оперированных в отделении РХМДиЛ ГБУЗ ВО ЦГБ г.Коврова с 2016 по июль 2018гг. Все операции в 2016- 2017гг проводились при личном участии или под контролем опытного рентгенохирурга профессора Васильева А.Э. Пациенты подразделялись следующим образом: с варикоцеле слева 31 больной, с двусторонним варикоцеле - 4. Рентгенохирургическая эмболизация яичковых вен всем пациентам выполнялась под местной анестезией. Выбор точки доступа к центральной вене зависел от вида варикоцеле (левостороннее, двустороннее) и от анатомических особенностей кубитальных вен. В нашем случае было 27 катетеризации через правую бедренную вену, 9 через правую кубитальную вену, 1 через правую подключичную. При проведении флебографии почечных вен оценивалось смещение их в каудальном направлении при введении контраста и одновременном натуживании пациентов (проведении пробы Вальсальвы). При катетеризации гонадных вен выполнялась ее ретроградная флебография, на которой определялись их размеры, наличие анастомозов и дополнительных стволов. В качестве эмболизирующего материала использовали спирали Джантурко флебосклерозирующие препараты. У 2 пациентов при двустороннем варикоцеле операция проводилась в 2 этапа по техническим причинам. После операции больные находились на круглосуточном стационаре в течение 1 суток под наблюдением. На следующий день проводился контрольный осмотр, пальпация вен лозовидного сплетения мошонки, УЗДГ контрольное исследование тестикулярных вен с пробой Вальсальвы для исключения ретроградного кровотока. Из осложнений отмечалось: 2 флебита правой плечевой вены. У большинства пациентов контрольные спермограммы и ультразвуковое исследование органов мошонки с доплером проводили через 3- 6 месяцев после операции по месту жительства. Рецидив заболевания выявлен у 1 пациента.

**Результаты.** Приведенные показатели нашей работы говорят о хороших результатах операций, малом количестве осложнений при использовании данной методики, высоких темпах освоения ею при условии наличия опытного наставника. На ускорение процесса овладения данным оперативным пособием положительно влияет проведение подобных вмешательств при оварикоцеле у женщин, что и делалось нами в ГБУЗ ВО ЦГБ г.Коврова.

**Выводы.** Данное исследование продемонстрировало результаты лечения варикоцеле у 35 пациентов путем рентгенохирургической спиральной окклюзии тестикулярных вен. Такая методика оперативного лечения варикоцеле является эффективной, имеет удовлетворительные темпы обучаемости. Процент рецидива заболевания при использовании ее в умелых руках - минимальный. Скорость освоения данной методикой зависит от наставничества.

## РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

# Жуков О.Б, Жуков А.А., Уколов В.А. ФГБУ "НИИ урологии" Минздрава России"

Введение. Показанием для операции у этой категории больных являются патоспермия сосудистого генеза и исключение других гормональных, аутоиммунных, обтурационных и прочих факторов, приводящих к нарушению фертильности эякулята. Прогностическими факторами при этом являются клинически значимое варикоцеле, концентрация сперматозоидов выше 5 млн в 1,0, нормальный уровень ФСГ, суммарный объем яичек более 30 см3

**Материалы и методы.** В 2012 году оперированы 54 больных с варикоцеле и патоспермией в виде астено и олигозооспермии. Из них в браке состояло 39 больных. С субклинической стадией варикоцеле оперировано -3 больных, с 1-й стадией-18больных,с 2-й стадией-35. Возраст оперированных больных составил 18-41 год(34,1±7,2лет). больным проведена эндоваскулярная склеротерапия тестикулярной вены этоксисклеролом 3%-2,0,из них 3-м больным проведена с двух сторон. Аномалия развития левой почечной вены в виде кольцевидной обнаружена у 7 больных(12,9%), аномалия впадения левой тестикулярной вены в внутреннюю подвздошную у 1 больного. Средневзвешенная продолжительность операции 27,4±15,3минут

Контроль качества эякулята проходил через 6 мес. Наличие спонтанно наступившей беременности оценивался в течении первого года после операции.

Результаты. Через 6 месяцев группе больных перенесших склеротерапию тестикулярных эндоваскулярную вен концентрации сперматозоидов 65 % увеличилась на ПО сравнению исходной. Подвижность улучшилась на 67%. Наступление спонтанной беременности отмечено у 9 партнерш оперированных больных (18,2%), в сроки наступления беременности от 4-12 месяцев после операции. У одной обнаружена левосторонняя трубная внематочная беременность через 1 месяц после потребовавшая оперативного вмешательства, лапороскопической тубэктомии.

Выводы. Восстановление сперматогенеза у больных с варикоцеле после операции происходит в сроки от 4-12 месяцев. В данной операции не предусмотрено повреждающего действия паравазальные ткани, следовательно, риска развития гидроцеле. Осложнений виде тромбофлебита, экстравазации, острых и отсроченных реакций на контраст не выявлено.С учетом малой инвазивности и хорошей переносимости можно рекомендовать данный метод оперативного лечения варикоцеле в качестве приоритетного в крупных специализированных медицинских учреждениях.

#### 6. Онкоурология

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПСА.

Гиясов Ш.И., Тухтамишев М.Х, Рустамов А.Р., Жалилова З.Ш.

«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии», (РСНПМЦУ г.Ташкент, Узбекистан).

Кафедра урологии Ташкентской медицинской академии.

**Актуальность.** По данным Европейских авторов, исходя из анализа материала 2012г., к 2030 г. в Европе прогнозируется увеличение числа новых случаев РПЖ с 436000 до 590000, а смертность возрастет с 101000 до 142500. В настоящее время, по разным источникам, смертность от рака предстательной железы среди онкологических заболеваний занимает второе место после рака легкого. В успехе лечения пациентов огромное значение имеет своевременная диагностика локализованного рака

простаты. В этом вопросе ключевую роль играет биопсия простаты. Данную диагностическую процедуру в разных центрах выполняют двумя разными доступами - трансректально и трансперинеально. Но, вне зависимости от вида доступа, процент ложно отрицательных результатов пока остается высоким.

**Цель исследовании**: Анализировать результаты первичной трансректальной биопсии простаты в зависимости от уровня общего ПСА.

Материал. Проведен ретроспективный анализ результатов 203 первичных корэ биопсий простаты, выполненных по медицинским показаниям, по обращаемости в РСНПМЦУ в период 2016-2017 г.г.. Средний возраст пациентов составил 68,94±0,54 (лет), объем предстательной железы (железа+аденома) составил 72,69±2,13 (куб.см), при этом средний уровень общего ПСА в сыворотке крови составил 29,27±0,08 (ng/ml).

Показанием для выполнения биопсии простаты были увеличение общего ПСА, наличие подозрительного участка по данным трансректального пальцевого исследования предстательной железы или же, в некоторых случаях, в сочетании с наличием зоны гипоэхогенности по данным ТРУЗИ простаты.

Подготовка пациентов на биопсию включала: прекращение приема антиагрегантов за 7 суток, очистительная клизма и начало профилактического приема ципрофлоксацина 500 мг х 2 раза в сутки накануне процедуры.

Материал для исследования был взят трансректальным доступом, под контролем ТРУЗИ, на фоне местной анестезии, с использованием катеджеля. Забор материала производили с помощью пистолета BIP-high speed multi, 18-20 g x 20 cm. из 10 участков предстательной железы, с охватом периферической и апикальной зон.

**Результаты.** Всего из 203 биопсий у 145 (71,4%) пациентов верифицирована была аденокарцинома, у которых объем железы составил  $74,08\pm2,12$  (куб.см.), у 58 (28,6%) — ДГП аденоматозный вариант, объемом  $68,73\pm2,14$  (куб.см.). Анализ результатов морфологического исследования биоптатов простаты в зависимости от уровня общего ПСА показал следующую картину, (см.табл.1.)

Таблица 1. Результаты первичной биопсии простаты в зависимости от уровня общего ПСА

Уровень	Абс.кол- в	с Кол-во	Сол-во	Кол-во
---------	------------	----------	--------	--------

CA, (ng/ml)	больных, п	аденокарцино	5ольных с G1- 2 (% от	G3-4 (% от
		M (%)	выявленных)	выявленных)
0-4	-	-	-	-
5-10	17	2 (11,2)	-	2 (100)
11-20	52	30 (57,7)	13 (43,3)	17
		, , ,	, , ,	6,7)
21-30	47	36 (76,6)	7 (19,4)	29
				30,6)
31-40	41	37 (90,2)	7 (18,9)	30
				. ,
41-50	25	22 (88,0)	2 (9,1)	20 (0,1)
				. ,
51-60	11	9 (81,8)	1 (11,1)	8 (88,9)
61-100	10	9 (90,0)	-	9 (100)

**Выводы.** Таким образом, после первичной трансректальной биопсии простаты среди больных с уровнем общего ПСА до10 нг/мл аденокарционома была выявлена у 2 (11,8%), с уровнем ПСА выше 11 нг/мл - у 143 (76,9%).

Из 145 пациентов, у которых была верифицирована простатическая аденокарцинома, пациенты были в возрасте 61- 70 лет, из них у 30 (20,7%) диагностирована G1-2, у 115 (79,3%) - G3-4.

Исследования в этой области необходимо продолжать как в направлении повышения качества диагностики, так и для улучшения качества жизни пациентов во время инвазивной процедуры.

## Данные об авторах.

**Гиясов Шухрат Искандарович**, д.м.н., консультант в Республиканском специализированном научно-практическом центре урологии, доцент кафедры урологии Ташкентской медицинской академии (TMA). E-mail: dr.sh.giyasov@gmail.com

Тухтамишев М.Х. ассистент кафедры урологии ТМА.

Тел.: (97) 7660070, E-Mail: muzaffaruro@gmail.com

Рустамов А.Р. магистр 2 курса кафедры урологии ТМА.

Жалилова З.Ш., магистр 2 курса кафедры урологии ТМА

Вид участия: публикация

Органосохраняющий метод операции при опухоли почки

Землянский В.В., Тен И.Э., Табынбаев Н.Б., Жумагазин Ж.Д., Козыбаева Ж.А., Сарсекеева А.Т., Жумадилов А.Ш., Жуков О.Б.

Корпоративный фонд «University Medical Center», Национальный научный центр

онкологии и трансплантологии, Астана, Казахстан

Радиочастотная абляция (РЧА) - эффективный метод, позволивший улучшить результаты локорегионарного лечения пациентов с опухолями паренхиматозных органов, в настоящее время заняла место среди методов хирургического лечения в онкологии.

**Цель:** Показать возможности и опыт применения малоинвазивного вмешательства- РЧА в лечении почек.

Материалы и методы: За период с ноября 2015 по ноябрь 2018 гг. в Национальном научном центре онкологии и трансплантологии» проведено лечение с использованием РЧА 5 больным с опухолью почки.. С использованием компьютерной навигации 2 случая, ультразвуковой навигацией – 3. Средний возраст больных составил 58±7,3 г. Диаметр новообразований варьировал от 2,0 до 3,7 см. Все новообразования верифицированы после пункционной биопсии с УЗИ навигацией. Биопсии производили в один сеанс обезболивания, наряду с РЧА. Воздействия выполняли в условиях операционной под местной анестезие. Для проведения РЧА применяли технику с одиночным или кластерным игольчатым электродом «Cool-Tip» длиной 15-25 см с рабочей частью 1,0 - 3,0 см либо комбинацию из нескольких электродов. Длительность процедуры определяли индивидуально. Критерием для завершения процедуры являлось образование изменений, гиперэхогенной зоны индуцированных сопоставимой размерами опухоли по данным интраоперационного УЗИ. При размерах опухоли превышающих длину рабочей части электрода производили

воздействие нескольких последовательное ИЗ точек ПО методике «перекрывающихся сфер». Продолжительность процедуры РЧА составила от 10 до 30 мин  $(15\pm 2,2$  мин). Чрескожный доступ под контролем УЗИ применен 4 пациентам. Однократно производилась РЧА из лапаротомного доступа на открытой почке. При размерах опухоли более 30 мм выполняли РЧА нескольких точек воздействия, при ЭТОМ первоначально пунктировали наиболее удаленный полюс образования, с последующим извлечением электрода в поверхностную часть опухоли. завершали коагуляцией пункционного канала с целью предотвращения имплантационного метастазирования и достижения гемостаза. Чтобы избежать риска повреждения соседних органов, в 2 случаях перед РЧА печени создавали в зоне контакта жидкостную прослойку («подушку безопасности») пункционным введением раствора 0,5% глюкозы под контролем УЗИ. Оценку локального эффекта производили при помощи различных методик контроля: УЗИ, спиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием (СКТ), МРТ, пункционной биопсии опухоли под контролем УЗИ.

#### Результаты

В ранние сроки после операции наблюдались стандартные побочные эффекты, связанные с доступом: боли в месте пункции или операционной раны, субфебрилитет. Послеоперационной летальности не отмечено. При УЗИ в ранние сроки после операции определялись образования различной несколько большего диаметра, чем первичный очаг, что эхогенности соответствовало размерам зоны деструкции. В дальнейшем эти образования незначительно уменьшались. В ряде случаев небольшие подвергнутые РЧА, не визуализировались при повторных УЗИ. КТ выявляла однородные образования в зоне деструкции опухоли, не накапливающие контрастный препарат при опухолях почек. Наличие перфузии контраста после РЧА паренхиматозных органов позволяло заподозрить неполную деструкцию опухоли.

#### Выводы

РЧА менее травматична по сравнению с лапаротомной и лапароскопической резекцией органа и может дополнить любое паллиативное и циторедуктивное вмешательство. Наилучший локальный эффект достигается при деструкции небольших опухолей, диаметром до 30 мм. При проведении РЧА образований диаметром более 40 мм вероятность полной деструкции опухоли значительно снижается, при этом риск осложнений, связанных с процедурой возрастает. В такой ситуации возможно повторное РЧ-воздействие. Использование метода радиочастотной термоабляции может

расширить возможности радикального паллиативного лечения И доброкачественных злокачественных новообразований. значительных Технология малоинвазивная, требует финансовых затрат. Наблюдения показывают, низкую частоту И выраженность осложнений, по сравнению с открытыми операциями; сокращение времени пребывания в стационаре до и после процедуры.

Комплексная лучевой диагностики при мультифокальном раке почки.

О.Б Жуков, С.Н Щербинин, А.А. Качмазов, Е.В Токарева, Л.А. Митина, Нестеров Д.В.

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

**Введение.** Важной составляющей лучевой диагностики рака почки начальной стадии является выявление всех очагов поражения и их топографо-анатомические взаимоотношения. Целесообразность применения рационального алгоритма лучевой диагностики возрастает, особенно при мультифокальном рост, раннем рецидиве заболевания.

Материалы и методы. В качестве иллюстрации мы приводим клинический пример больного Д.-27 лет с диагнозом Рак правой почки pT1aN0M0, G1, I Состояние после хирургического лечения (декабрь стадия. Мультифокальный рост опухоли. Считает себя больным с мая 2014г., когда обследовании по поводу язвенной болезни желудка выявлено образование правой почки. По данным КТ – в передней губе правой почки определяется объемное образование, с мультицентричным ростом 3,5х2,6х2,0 накапливающее контрастное вещество, ПО данным УЗИ почекгиперваскулярное образование аналогичных размеров.  $17.12.2014\Gamma$ . выполнена ретроперитонеоскопическая резекция правой почки. исследование-высокодифференцированный Гистологическое почечноклеточный, светлоклеточный рак без инвазии за пределы капсулы почки. В крае резекции элементов опухолевого роста не обнаружено. При контрольном обследовании через 2 месяца по данным МСКТ от 12.03.2015 с в/в болюсным контрастным усилением в верхнем сегменте правой почки интрапаренхиматозно определяется образование 1,3x1,2активно

накапливающее контрастное вещество до 100 HU и прилежащее к верхней группе чашечек. При УЗИ в верхнем полюсе по медиальной поверхности определяется округлой формы объемное образование, размером 1,4 - 1,5 см, контуры его неровные, структура неоднородная, эхогенность несколько ниже почечной паренхимы, эхогенности отмечается патологическая васкуляризация образования. Учитывая возраст и вышеуказанные изменения больной обсужден на утренней конференции амбулаторное дообследование в объеме секвенирование рекомендовано экзонов генов VHL, сканирование костей скелета. При дообследовании ПЦР экзонов 1-3 гена VHL - мутация не выявлена. Сцинтиграфических признаков очагового поражения костной системы не выявлено.

Для исключения дополнительных очагов и получения информации о плотности ткани в области мультифокального роста больному проведена ультразвуковая соноэластография почек с применением ультразвукового контраста Соновью на ультразвуковом приборе Эпик компании «Филлипс». По данным этого обследования образование имело сравнимую с паренхимой плотность 5,3 кПА (плотность паренхимы 4,7-5,0 кПА). При введении ультразвукового контраста «Соновью» в артериальную фазу было раннее накопление УЗ контраста в данном новообразовании, в венозную фазу ранняя его эвакуация по сравнению с почечной паренхимой. Других новообразований в паренхиматозных органах и почках не выявлено.

31.03.2015г. выполнена операция — резекция правой почки. Интраоперационно медиальнее на 2 см основного очага выявлено меньших размеров аналогичное образование 0,6х0,8 см. Проведена резекция обоих образований в пределах здоровых тканей без почечной ишемии. Заживление раны первичным натяжением. Гистологическое исследование №21401-08/15: светлоклеточный почечноклеточный рак почки (1 степени ядерной анаплазии по Фурману), не прорастающий капсулу почки. Больной выписан с рекомендацией конрольного обследования через 3 месяца.

Обсуждение. Нам представляется очень важным вопрос выявлении всех очагов рака почки, особенно в случае дооперационном мультифокального ее роста и небольших размерах опухоли менее 1 см. Для дообследование и достаточный опыт этого целесообразно тщательное врачей лучевой диагностики. Особенно полезным в данной ситуации является применением МРТ с контрастированием, что облегчит выявление мультифокальных новообразований малого размера. Возможный эффект может принести фьюжн- технологии, в том числе с использованием УЗ контраста. Однако решающим моментом, определяющим своевременность и этим больным высокоспециализированной радикальность оказания

медицинской помощи, является создание протокола ведения их с ранним мониторированием в послеоперационном периоде и разработка биохимических и генетических критериев онко прогноза заболевания.

**Выводы:** Применение современного алгоритма лучевой диагностики при мультифокальной формы роста рака почки малых размеров предусматривает рациональное использование методов лучевой визуализации с использованием контрастной МРТ.

## 7.Преждевременная эякуляция

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ПАРАЦЕНТРАЛЬНЫХ ДОЛЕК

В.А. Шахраманян, к.м.н., доцент, врач-сексопатолог

Кафедра и клиника сексопатологии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци, Армения, г. Ереван

E-mail: v.shahramanyan@gmail.com

**Введение.** Синдром парацентральных долек (ПЦД) представляет собой первичное поражение корковых центров регуляции урогенитальных автоматизмов в результате действия патогенных факторов (опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки, семяизвержение).

Этиологические факторы в основном невыяснены, предположительно – антенатальная травма, родовая травма, реже после травм соответствующей локализации у взрослых.

Патогенетическими факторами синдрома ПЦД являются — понижение порогов спинальных автоматизмов эякуляции и мочеиспускания вследствие ослабления стержневых влияний кортикальных центров; в единичных случаях — активная стимуляция со стороны парацентральных долек (по типу эпилепсических эквивалентов).

физиологические особенности иннервации урогенитального Некоторые переплетение аппарата (тесное произвольных непроизвольных импульсаций) высвобождению предрасполагают К соответствующих специальных автоматических функций (в частности эякуляция и выведение мочи) из под контроля высших регуляторных центров коры головного мозга, обеспечивающих целостность и адекватность этих сложнокоординированных поведенческих актов.

Неврологические симптомы свидетельствуют о локализации патологии в ПЦД: признаки вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в виде инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россолимо, избирательное снижение подошвенных рефлексов, анизокория, симптомы орального автоматизма (симптом Маринеско, губной рефлекс и др.)

Диагностические критерия синдрома ПЦД: первые эякуляции нередко опережают по времени пробуждение либидо у подростка, возникая в неадекватной обстановке (при испуге, сильном эмоциональном напряжении); поллюций, особенно наличие дневных неадекватных, T.e. неспровоцированных действием эротизирующих стимулов; частые ночные поллюции и поллюции после 40 лет; может наблюдаться психическая мастурбация, когда эякуляция происходит только за счёт эротических фантазий без механической стимуляции; ускоренная эякуляция с самого начала половой жизни; эякуляция может произойти уже при поверхностных ласках или при попытке интроитуса; наблюдается феномен эякуляторной атаксии, который проявляется в том, что при повторных половых актах их продолжительность практически не увеличивается, а затем резко возникает анэякуляция – когда во время очередного коитуса семяизвержение вообще не наступает; в анамнезе нередко наблюдается энурез, поскольку корковые мочеиспускания И эякуляции расположены центры рядом парацентральных дольках; слабый пролонгирующий эффект или его полное отсутствие при употреблении алкоголя или использовании анестезирующих мазей.

**Методы и материалы.** В исследование были вовлечены 48 пациентов, возрастная группа которых варьировалась в пределах 25-48 гг. (средний возраст — 35 лет), из 85% имели высшее образование. Из 48 обследуемых пациентов 15% имели сильный тип половой конституции, 64 % - средний, 21% - слабый. Более 60% больных не имели достаточной информации в

области психогигиены половой жизни. Все пациенты состояли в браке, или имели постоянную партнершу.

Исходя из данных анамнеза и клинико-лабораторных данных, все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 32 пациента (66,7%), у которых отмечалась ПЭ с начала половой жизни, энурез до 10 лет, полакиурия, при неврологическом исследовании отмечается инверсия рефлексогенный зон, воспалительных заболеваний в органах малого таза не отмечается. У 18% пациентов в анамнезе отмечается родовая травма или черепно-мозговая травма.

<u>Во вторую группу</u> были вовлечены 16 больных, что составило (33.3%) больных. Во вторую группу включались больные, у которых ПЭ развилась вторично на фоне различных воспалительных заболеваний органов малого таза (простатит, балонопостит, уретрит и т. д.). У пациентов данной группы отклонений от неврологического статуса не наблюдалось.

Методы исследования. Всем больным проводились специфические сексологические исследования, изучение соматического, психоневротического статуса, а также структурный анализ сексуальных расстройств. Был определен тип половой конституции, инструментальные и клинико-лабораторные исследования. Сонография мочеполовой системы, ТРУЗИ, PSA крови, микроскопическое исследование секрета предстательной железы, пальцевое ректальное исследование; также ПЦР-Из неврологических обследований спермограмма. проверены: кавернозный рефлекс, кремастерный рефлекс, ахилиовые рефлексы нервов, черепно-мозговые, рефлексы, каленный рефлекс.

Всем больным были проведены хлорэтиловые блокады в области ромба Михаелиса. Блокады проводились через день, курс составил 10 дней. Также была выделена группа пациентов, которым вместе с хлорэтиловыми блокадами назначались антидепрессанты. Длительность терапии составила 1 месяц.

**Результаты.** После 10-дневной терапии на фоне блокады антидепресантов у 14 больных наблюдалась относительное удлинение полового акта. После месячного курса терапии антидепрессантами наблюдалась удлинение полового акта у 21 пациента (10,08%).

В первой группе, где проводилась только хлорэтиловая блокада (27 пациентов), отмечалось удлинение полового акта только у 17 пациентов. У

10 пациентов не отмечалась существенных изменений, касающихся продолжительности полового акта.

Пациенты второй группы, у которых были выявлены воспалительные заболевания мочеполовой системы, ДО начала специфического сексологического была лечения провидена комплексная антибиотикотерапия. Также следует отметить, что у этой группы пациентов после санации воспалительного очага, существенных сдвигов, касающихся продолжительности полового акта не наблюдалось, что, вероятней всего, было c вторичной патогенетической титуляризацией связано парацентральных долек.

Обсуждение результатов. Проведенные исследования показали, что после воспалительного очага y пациентов c воспалительными заболеваниями мочеполовой системы без специфического сексологического лечения положительная динамика в продолжительности полового акта Это объясняется наблюдалось редко. вторичной патологической титуляризацией парацентральных долек.

Те пациенты, которые получали хлорэтиловые блокады и антидепрессанты для лечения ПЭ, эффективность терапии составляло примерно 72%, чем в тех случаях, где лечение проводилось только хлорэтиловыми блокадами. Важно отметить, что при комплексной терапия хлорэтиловых блокад и антидепрессантов эффективность лечения была стойкой, отдаленные результаты (повторное посещение больных после 6 месяцев лечения) тоже были положительными.

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что с клинической зрения необходимо проводить дифференцировку пациентов в зависимости от процесса вовлечения парацентральных долек в патогенез Такой преждевременной эякуляции. дифференцированный подход обусловливает эффективность проводимой терапии. Комплексное применение ингибиторов обратного захвата серотонина и хлорэтиловых блокад существенно повышает эффективность и стойкость полученных положительных результатов. Мы также предаем важное значение в процессе коррекции преждевременной эякуляции применению таких общепринятых методов, какими являются парная терапия, «стоп-старт» терапия, местные анестетики. Нужно также отметить, что лечение и контроль эффективности преждевременной эякуляции нужно обязательно проводить при наличии регулярной половой жизни.

# **Терапевтическая тактика при преждевременной эякуляции Кибрик Н.Д., Прокопенко Ю.П.**

МНИИ психиатрии филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Therapeutic tactics for premature ejaculation

Kibrik N.D., Prokopenko Y.P.

Преждевременная эякуляция (ПЭ) — мультиэтиологическое заболевание, точное определение которого пока не принято. Для диагностики ПЭ используют как показатели и самооценку самого мужчины, так и оценку со стороны его партнёрши, несмотря на то, что эта оценка субъективна. ПЭ не отражается на физическом здоровье мужчины, но может приводить к развитию невротических реакций. Кроме того, ПЭ считается социально значимым, и потому подлежащим определённой терапии.

Лечение ПЭ зависит от этиопатогенетических факторов, что проявляется в подходе к терапии: медикаментозный, психотерапевтический, комплексный. Учитывая, что ПЭ, как проявление соматических расстройств (хронический простатит, уретрит и др.) часто приводит к развитию аффективных расстройств, можно утверждать, что чисто патофизиологических вариантов ПЭ не существует.

Было проведено исследование эффективности терапии ПЭ в виде медикаментозной терапии и при включении в комплекс психотерапии и немедикаментозных способов лечения (физиотерапия и др.).

Группа пациентов включала 25 мужчин в возрасте 23-54 года (средний возраст 38,6 лет), предъявляющих жалобы на эякуляцию в пределах 15-100 секунд от момента имиссии, в течение не менее 3 месяцев (в среднем 2,7 лет).

В ходе клинико-параклинического сексологического обследования пациенты были разделены на три группы, в соответствии с основными этиопатогенетическими факторами.

1 группа — 13 мужчин, страдающих психогенной формой ПЭ. В том числе, с аффективными расстройствами 6 человек; с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи — 4 мужчин; с шизотипическими расстройствами — 3.

2 группа — 8 мужчин, страдающие соматогенными формами ПЭ: острый/подострый простатит — 5 пациентов; негонорейный уретрит -3 человека.

3 группа – 9 человек с ПЭ смешанного генеза: хронический простатит и неврастения – 5 мужчин; хронический простатит и аффективные расстройства депрессивного круга – 4 человека.

Каждую группу разделили на две равные подгруппы. В первой подгруппе каждой группы вначале проводили только противовоспалительное лечение (кроме пациентов 1 группы), а через 2 недели присоединяли психотерапевтическое сопровождение; во второй подгруппе с самого начала курс терапии сопровождался психотерапевтическим воздействием в виде ободряющей, стимулирующей, рациональной психотерапии; в 4 случаях – кратковременной гипнотерапией. Кроме того, пациентам с шизотипическими расстройствами проводили (продолжали) психотропную терапию по поводу основного заболевания.

Общая эффективность лечения во всех группах составила 60-65 %. Однако, в первой подгруппе всех групп средняя длительность терапии составила  $68\pm11$  дней, а во всех вторых подгруппах  $47\pm7$  дней. Причем, во второй подгруппе первой группы (аффективные расстройства и синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи) срок лечения был ещё меньше -  $28\pm9$  дней.

Таким образом, комплексная терапия ПЭ различного генеза в виде психотропной, противовоспалительной терапии в сочетании с психотерапевтическим сопровождением даёт более быстрые результаты по сравнению с общепринятым традиционным подходом - медикаментозным лечением по показаниям.

Преждевременная эякуляция - современные аспекты диагностики и лечения. Междицсиплинарный урологический консилиум.

# Жуков О.Б., (1-2) Кибрик Н. Д.(3), Астафьева Л.И.(4) Васильев А.Э.(5)

(1)ФГАОУ ВО РУДН, (2)ЕМС, (3)Московский НИИ психиатрии МЗ РФ, (4)ФГАУ "Национальный медицинский исследовательский центр нейрохиру

## ргии имени академика Н.Н. Бурденко" Минздрава России ,(5) ФГБУ НМИМЦ Гематологии Минздрава России

Введение. К основным видами сексуальных расстройств у мужчин можно отнести снижение или отсутствие либидо (влечения), эректильная дисфункция (ЭД) и нарушения эякуляции (семяизвержения). В своей клинической практике мы можем столкнуться с анэякуляцией. С такими больными мы сталкивались на этапе реабилитации после локальной травмы головного мозга, у них же возможна аноргазмия, после проведения Тур шейки и простаты возникает ретроградная эякуляция .При периферических расстройствах иннервации мы можем столкнуться c затрудненной требуется эякуляцией, когда мужчине слишком долгая сексуальная стимуляция для семяизвержения, либо болезненная эякуляция. Однако чаще всего врач клиницист сталкивается с преждевременной эякуляций – ПЭ, которая возникает (возникает при минимальной сексуальной стимуляции до, во время или через короткий промежуток времени после интроекции В настоящее время ПЭ является наиболее распространенным сексуальным нарушением, возникающим у 30–40% сексуально активных мужчин. У 75% мужчин в определенные моменты жизни наблюдаются подобные нарушения полового акта, которое носит эпизодический или единоразовый характер. В отличие от ЭД, эпидемиология которой прогрессирует с возрастом, ПЭ часто страдают мужчины молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом коррекции ПЭ у 12 больных с различным механизмом происхождения заболевания. Средний возраст больных 36 +-7.1 лет) .Из обследованных больных 4 пациентов были с первичным генезом ПЭ, 8 Больных с вторичным происхождением ПЭ. При нейрофизиологическом обследовании у больных с первичной формой ПЭ отмечалось уменьшение латентности ( времени прохождения импульса) с головки полового члена по сравнению с ладонями при кожном симпатическом потенциале на 0.2-0,3 м/с( норма до 0,1 м/с), что могло свидетельствовать о латентной нейропатии. При болезни Пейрони в

некоторых случаях регистрировался градиент амплитуды в виде ее падения в области головки, что дало основание диагносцировать гибель части вегетативных волокон, иннервирующих дистальные отделы полового члена.

Результаты. У всех больных время интравагинального семяизверженипя составляло менее 1 минуты в среднем 52,3 +- 7 сек. На этапе обследования назначен дапоксетин 30 мг. За 1,5 часа до предполагаемого полового акта. Признаки диспепсии в виде тошноты возникли у 2- х больных, что не заставило их оставить принимать препарат с целью коррекции ПЭ. Интравагинальное время выросло в среднем до 3,7 минуты +- 1,5 минуты. Эти начальные данные позволяют нам - отечественным врачами-урологами надеяться на успешную коррекцию в медикаментозном лечении пациентов страдающих обеими формами преждевременного семяизвержения.

Обсуждение. Мы рассматривая ПЭ, как мультиэтиологическое заболевание различного генеза. Основным элементом которого является значительное снижение времени интравагинальной экспозиции полового члена, ведущее к обеспокоенностью мужчины состоянием своей эякуляторной функции, сексуальной неудовлетворенностью партнерши и межличностными конфликтами паре. Современные клинические рекомендации, сформированные Европейским Обществом Урологов, гласят, диагностику пациентов ПЭ что c следует начинать выявления анатомических особенностей, которые могут являться причиной заболевания

Избыточная и не всегда патогенетически обоснованная активность врачей может зачастую приводить к необоснованным лечебным девиациям. Наиболее часто ошибки и необоснованные рекомендации связаны с неправильным назначением лечебных мероприятий: необоснованное назначение анестезирующих средств (спреи, крема), наносимые на головку полового члена, которое может привести к расстройству эрекции; операция по денервации (иссечение ветвей полового нерва) полового члена, которая,

возможно, стала осложнением в виде расстройства эрекции; введение гиалуроновой кислоты в область уздечки полового члена у мужчин с ускоренным семяизвержением. Данная методика может применяться при неэффективности других терапевтических мероприятий, так может сопровождаться различными осложнениями; назначение половых гормонов — при отсутствии гормональных нарушений; протезирование полового члена. Кроме того, ошибочна терапия расстройства оргазмических дисфункций и ускоренного семяизвержения без учета основного заболевания и при отсутствии патогенетической терапии. Также не следует забывать о необходимости наличии доброжелательных партнерских которые позволят во многих случаях улучшить сексуальную функцию в паре улучшения коммуникации. Наиболее перспективным методом коррекции ПЭ является способ применения селективным ингибитором обратного захвата серотонина, предназначенным для лечения всех форм преждевременной эякуляции и позволяющим увеличить ВИЗС до 3-3,5 раза, -дапоксетин. Уже в 50 странах мира препарат одобрен для лечения пациентов с преждевременным семяизвержением.

Ha официальный Выводы. сегодняшний день, единственный доступный препарат, содержащий дапоксетин, представленный Примаксетин<sup>®</sup> Появление первого российском фармацевтическом рынке, официального лекарственного препарата доступного для назначения в клинической практике отечественными врачами-урологами открывают широкие перспективы в медикаментозном лечении пациентов страдающих обеими формами преждевременного семяизвержения.

.

## Отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им.В.П.Сербского» МЗРФ.

Введение. Преждевременная эякуляция — одна из наиболее частых сексуальных проблем мужчин. По различным данным, примерно 30% мужчин страдают этим расстройством. До настоящего времени остается спорным, какая продолжительность полового акта является нормой, а какая патологией и как его оценивать. В связи с этим не существует общепринятого определения преждевременной эякуляции. исследователей в качестве критерия оценки принимают фактическую временную длительность полового акта (Ло Пикоколо, 1978 и др.), а другие связывают с достижением оргазма у женщин (У. Мастерс, В. Джонсон и др.). Существует и такое мнение, что преждевременное семяизвержение надо считать все те случаи, когда отсутствует контроль над эякуляторным рефлексом (Х.Каплан, 1987). В отечественной сексологии выделяется абсолютное и относительное ускоренное семяизвержение. Абсолютным ускоренным семяизвержением считается продолжительность полового акта менее 1,5 минут, а относительным, когда длительность полового акта более 1,5 минут, но этой продолжительности недостаточно для получения оргастической разрядки партнерши. Абсолютное ускоренное семяизвержение оценивается как патологическое состояние, а относительное - как вариант сексуальной дисгармонии. Но временной фактор не является единственным критерием для оценки состояния. При абсолютном преждевременном семяизвержении выявляются патологические состояния. что И обуславливают данное расстройство.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 200 пациентов, обратившихся к нам с жалобой на преждевременное семяизвержение. Для было использовано оценки состояния комплексное сексологическое обследование, предусматривающее обязательную оценку состояния урогенитальной сферы, эндокринного обеспечения, психоневрологических, личностных особенностей и характер партнерской ситуации. Для выяснения органической патологией головного мозга применялись электроэнфалографическое исследование (ЭЭГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты и выводы. В ходе комплексного обследования v 50% было продиагностировано абсолютное пациентов ускоренное обусловленное резидуально-органической патологией семяизвержение, головного мозга (синдрома парацентральных долек). В клинической картине помимо ускоренного семяизвержения наблюдалась ЭТИХ больных

церебрастеническая симптоматика. Выявление патологических неврологических рефлексов (инверсии рефлексогенных зон ахилловых рефлексов и др.), ночного энуреза в анамнезе и данные ЭЭГ подтверждали органический генез сексуального расстройства. Ускоренное семяизвержение, у этих больных, возникало преимущественно с самого начала половой жизни. У лиц со слабой половой конституцией (30%) наблюдался феномен «эякуляторной атаксии», проявляющийся тем, что при регулярной половой жизни продолжительность полового акта не увеличивался, а при повторных половых актах семяизвержение могло не наступить.

20% У пациентов преждевременная ЭЯКУЛЯЦИЯ была обусловлена невротическими состояниями с преобладанием страха и тревоги и у 10% неврастенией. Напряженная подготовка к половому акту приводило к тому, что прикосновения к женщине оказывались достаточными для наступления эякуляции. Формированию коитофобии способствовала нарастающая от неудачи к неудаче фиксация на ускоренной эякуляции. Нередко мысли о возможном преждевременном семяизвержении в начале полового акта приводили сразу же к его наступлению. У больных астеническими легкой степени расстройствами выраженности преждевременное семяизвержение вначале было единственной сексуальной патологией, а при присоединении тревожных опасений возникали и нарушения эрекции.

У 20% пациентов состояние диагностировалось как относительным преждевременным семяизвержением. Причиной их обращения была имеющаяся сексуальная дисгармония и не удовлетворенностью интимными отношениями партнерши.

Тактика лечебно-реабилитационных мероприятий больных с ускоренным семяизвержением строится с учетом определяющей роли выявленных в ходе обследования факторов, участвующих в их формировании. У больных резидуально-органической головного мозга использовалась фармакотерапия (препараты нейрометаболического действия, антидепрессанты), физио- и рефлексотерапия. У больных с невротическими расстройствами применялась психофармакотерапия. Пациентам с психотерапия И относительным ускоренным семяизвержением проводилась психотерапия в паре. Помимо этого, пациентам всех групп, рекомендовались секстерапевтические техники Эффективность терапии была высокой у («стоп-старт», «сжатие» и др.). пациентов с абсолютным ускоренным семяизвержением (90%), у пациентов с относительным ускоренным семяизвержением была ниже (70%) по причине невозможности в некоторых случаях привлечения партнерши, а также ригидных установок в случаях их привлечения.

# ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АНЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ И РЕТРОГРАДНОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ Прокопенко Ю.П.

МНИИ психиатрии филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

## Reasons for Anaejaculation and retrograde Ejaculation Prokopenko Y.P.

Причины анэякуляции (АЭ) и ретроградной эякуляции (РЭ) можно подразделить на органические, психогенные, рефлекторные, а также непатогенные – физиологические (ситуационные).

К последним можно отнести случаи, когда вследствие анатомических или физиологических особенностей партнёров нет достаточно плотного контакта между гениталиями во время фрикций (расслабленное влагалище, слабая эрекция).

Рефлекторные случаи АЭ или РЭ являются следствием дезадаптивной мастурбации, на фоне которой у юноши-подростка образуются стойкие условно-рефлекторные связи, не позволяющие ощущать партнёрский половой контакт как возбуждающий и могущий привести к оргазму. При некоторых формах дезадаптивной мастурбации (имитирующей саксонское сношение) РЭ может развиваться достаточно быстро (в течение нескольких месяцев).

Психогенные причины практически всегда являются следствием воспитания и/или личного сексуального опыта. Возбуждение блокируется с самого начала близости или при приближении эякуляции, которая является неприемлемой по моральным или бытовым причинам. Огромную роль играют межличностные связи: нежелательность партнёрши, особенности её поведения или внешности, сомнения в безопасности контакта и др. Отдельно можно рассматривать религиозное влияние, а также развитие гиперконтроля

над эякуляцией в рамках особенностей характера или психического расстройства.

Среди психических причин АЭ и РЭ преобладают обсессивнокомпульсивные расстройства, в рамках которых возбуждение нарастает медленно и не достигает уровня, достаточного для эякуляции.

Возможные органические причины АЭ и РЭ включают в себя биогенные факторы (воспалительные процессы в гениталиях, сахарный диабет), а также лекарственное воздействие. Например, при терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы альфа-1-адреноблокаторами частота АЭ и РЭ достигает 30 %, применение нейролептиков и антидепрессантов — до 40 %, фенотиазинов — до 25 %, антигипертензивных средств — 15-25 %. Употребление алкоголя и наркотических средств также может приводить к АЭ и РЭ.

Нейрогенная АЭ или РЭ обусловлена повреждением спинного мозга, периферических нервов гениталий, вегетативной нейропатией, нарушениями в центральной нервной системе, болезнью Паркинсона и рассеянным склерозом.

На фоне АЭ и РЭ нередко возникают психологические расстройства как у мужчин, так и у их партнёрш, которые ощущают себя нежеланными, а также не могут выстроить тактику поведения в постели, поскольку неясно, насколько эффективны действия женщины: отсутствие семяизвержения не позволяет оценивать возбуждение и удовлетворение мужчины. Возможно ухудшение отношений, урежение половой жизни, межличностные конфликты, семейно-сексуальная дисгармония. Более 60 % мужчин, обратившихся за помощью по поводу АЭ и РЭ, уступили требованиям постоянной партнёрши.

Таким образом, любые формы анэякуляторных расстройств и ретроградной эякуляции требуют внимательного сочетанного рассмотрения и

комплексной терапии, включающей в себя физические и психологические методы воздействия, а также супружескую секс-терапию.

Состояние изученности вопроса преждевременной эякуляции в информационном пространстве PubMed.

Махмудов А. $T^{1,2}$ , Шавахабов Ш. $H^{1}$ , Абдурахманов  $\Phi.\Phi^{1}$ .

ГП «Республиканский Специализированный Научно-практический медецинский Центр Урологии». Ташкентская медецинска академия.

город Ташкент, Узбекистан.

faren2003@inbox.ru makhmudov@gmail.com

**Введение.** Преждевременная эякуляция остается одним из сложных состояний для пациентов, их партнеров и врачей. Так как показатели и распространенности составляют 20-40% (Kalejaiye O et all), установка диагноза преждевременной эякуляции затруднена, поскольку определение остается как субъективным, так и неопределенным в клиническом контексте

**Цель.** Учитывая растущий интерес к этой проблеме в работе проведен ретроспективный анализ данных по выявлению ПЭ путем применения метода прогнозирования временных рядов.

#### Материалы и методы.

Изучены материалы научных исследований опубликованных за период 1949-2018г в электронном базе данных PubMed.

Ключевые слова: premature ejaculation, diagnosis of premature ejaculation and treatment of premature ejaculation.

Проведенное исследование носило характер метаанализа всех полученных данных во времени и по количеству опубликованных статей.

**Результаты.** Первые еденичные публикации появились начиная с1945г. Начиная с 1949 по 2018 гг было опубликовано 1541 статей, касающихся проблемы ПЭ. Во избежание погрешности и также для распределения на декадные группы нами были отсортированы статьи за последние 70 лет. Установлено что с 2002 года до настоящего времени картина становится

радикально иной. Число публикации с 2002 по 2018 гг достигает 1236. Пик числа опубликованных статей по проблеме распростронености ПЭ приходится 2014 г: 126 публикаций по этой проблеме и далее информационный фон продолжает оставаться, на достаточно высоком уровне (рис 1)



Метод прогнозирования временных рядов был использован с целью предсказания возможного числа публикаций в последующие годы. Тренд модели прогнозирования временных рядов достигла 55%, точность прогноза  $(R^2=0.55, F(1)=82,86, p=0,0001)$ . Учитывая временные факторы, модель прогнозируем по проблеме ПЭ будушей декаде 746 ожидаемых публикации.

**Заключение.** Проведенный анализ показал, что в 2019-2028 годах ожидается продолжения углубленного изучения проблемы ПЭ. Основное количество статей по видемому будет посвящано диагностике и лечению ПЭ, Как социально значимой проблеме для мужчин, в XXI веке.

## 8. Сексуальные дисфункции

Партнерский аспект в терапии оргазмических дисфункций.

В.И Шигапова, М.И. Ягубов МНИИП-филиал ФГБУ « НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ Г. Москва 8(495)963-12-90; 8(495)963-09-05

## vi-shig1@yandex.ru; yaguobov@mail.ru

**Цель.** Изучение особенностей партнеров мужчин с определением роли партнеров в формировании и течении оргазмических дисфункций у женщин и оптимизация терапевтических подходов.

**Методы.** Нами обследованы 70 мужчин — партнеров пациенток, обратившиеся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского НИИ психиатрии с жалобами на расстройство оргазма (F 52.3 Оргазмическая дисфункция). Для оценки состояния было использовано комплексное сексологическое обследование, предусматривающее обязательную оценку состояния урогенитальной сферы, эндокринного обеспечения, психоневрологических, личностных особенностей и характер партнерской ситуации.

и обсуждения. У 30% обследуемых Результаты было ускоренное семяизвержение, у 20% – эректильная дисфункция, у 20% снижение полового влечения. 40% мужчин на момент обращения в анамнезе имели хронический простатит. Они считали, что одним из возникновения И сохранения воспалительного процесса являются нерегулярные интимные отношения в связи с частыми отказами их женщин от сексуальных контактов. Основная часть мужчин - 60% систематически употребляли алкоголь и периодически психоактивные вещества, что негативно сказывалось на партнерских отношениях и вызывало отвращение к сексуальным контактам у этих женщин. У 30% пациенток были медаборты в анамнезе, инициатором которых выступали их партнеры. 20% перенесли ИППП, венерические заболевания, в которых также считали виновными мужчин. Указанные негативные последствия половой жизни в анамнезе, являясь психотравмирующим фактором для этих женщин, вызывали чувство незащищенности недоверия, что препятствовало их расслаблению возможности достижения оргастической разрядки.

При изучении основных мотивов обращения пациенток за помощью было установлено, что в 30% случаев инициатором обращения были мужчины, которые отличались преобладанием истерических черт в структуре их личности. Характерные для них особенности в виде эгоцентричности, демонстративности и постоянное стремление к признанию и самоутверждению определяло их отношение к сексуальной сфере и партнерше в целом. Они были безразличны к их чувствам, переживаниям и к особенностям сексуального сценария. Остальные 70% мужчин имели

психастенические (20%), сензитивные (30%) и ананкастные (20%) черты личности. Их объединяло практическое отсутствие или небольшой добрачный сексуальный опыт (не более 1-2 партнерш), относительно ранний возраст вступления в брак: 19-23 года. Именно эти мужчины чаще соглашались на предложенную парную терапию.

Психотерапевтические мероприятия способствовали переходу от взаимных упреков и претензий между партнерами к конструктивному диалогу, обсуждению желаний и предпочтений друг друга. В ходе беседы уточнялись ожидания партнеров и обсуждались предполагаемые подходы и этапы лечения. Была проведена, в том числе, терапия сексуальных дисфункций партнеров.

В ходе терапии удалось сформировать адекватное отношение к запросам и сексуальному поведению друг друга, устранить факторы, препятствующие регулярной половой жизни, изменить стереотипы сексуального поведения, что привело к устранению дисгармоничных отношений, учащению сексуальных контактов и частоты оргастических разрядок.

## Роль тревожно-депрессивного расстройства в генезе бесплодия у женщин.

Отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункция МНИИП - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Айриянц И.Р., Кибрик Н.Д.

Современные методы лечения бесплодия безусловно открывают возможность иметь собственного ребенка людям, которые до эры ЭКО и суррогатного материнства могли надеяться лишь на «чудо».

Однако владение широким арсеналом вспомогательных репродуктивных технологий и методов диагностики и лечения различных видов патологии, приводящих к бесплодию, накладывает на врача — репродуктолога новую, особую ответственность перед пациентом. Не секрет, что коммерциализация медицины негативно сказывается на качестве услуг, приводя к необоснованным финансовым затратам, не отвечающим интересам пациента.

В последнее десятилетие появился новый контингент пациентов, которые в течение 1-3х лет безуспешно пытаются обзавестись потомством, они обращаются с жалобами на снижение сексуального влечения, нарушения оргазма. При клинико-психопатологическом обследовании у них выявляются признаки тревоги, депрессии, астенизации, ипохондрических переживаний,

При изучении выписок из центров, занимающихся проблемой бесплодия, обнаруживается, что пациенткам после 3-6 месяцев дорогостоящего обследования, рекомендуется прибегнуть к процедурам ЭКО или ИКСИ (особенно это касается случаев, когда женщине более 35 лет). Нередко мужчине выставляется диагноз «бесплодие» на основании всего лишь 1 спермограммы и назначается дорогостоящее и длительное лечение. В подобных центрах, равно, как и в женских консультациях, к сожалению, не всегда есть штатная единица сексолога, который на наш взгляд, просто необходим для поддерживающей терапии при решении проблемы бесплодия (оптимизации половой активности, установки положительной перспективы для пациентов).

Краткие, директивные и подчас противоречивые ответы специалистов оказывают ятрогенное действие на наших пациентов, которые отвечают психогенной реакцией в виде тревожного и/или депрессивного расстройства, фасадом которого может являться сексуальные нарушения.

У женщин они могут проявляться в виде вторичных гипо-и адибидемии, гипо- и аноргазмии, коитофобии, диспареунии. Мужчины также часто страдают от нарушений сексуального влечения, потери эмоционального компонента либидо, сексуальную ангедонию, ретардацию эякуляции и эректильную дисфункцию.

Необходимость снижения масштабов переживания больных, переключения их внимания и «перезагрузки» функций всего организма и психики отсылает нас к опыту преодоления проблем бесплодия в прошлом, когда супругов отправляли длительное «послушание», поклонение на религиозным святыням или на отдых «на водах», «грязях». Основным исцеляющим компонентом выступали безусловно переоценка ситуации, создание комфортной среды.

Работа специалистов - репродуктологов при длительном лечении бесплодия любого генеза, на наш взгляд может быть эффективна только в тандеме с поддерживающей психотерапией и коррекцией дисгамий и психических расстройств, вызванных дистрессом, которому подвержены в той или иной степени все пациенты, проходящие подобную терапию.

**Дебютантные формы сексуальных расстройств у мужчин с хроническими дерматозами.** 

#### Кибрик Н.Д., Добаева Н.В.

# Отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункция МНИИП - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России.

г. Москва, тел: 8 (495) 963-12-90, e-mail: dona19@mail.ru

Введение. Сложность коморбидных связей хронических дерматозов и психических расстройств представляется очевидной. Различные косметические дефекты кожного покрова могут способствовать снижению самооценки и приводить к развитию стойких психосоматических расстройств и оказывать негативное влияние на сексуальные проявления.

Материалы и методы. Было проведено исследование 30 мужчин, страдающих псориазом и нейродермитом ( средний возраст 28,9±1,12), обратившихся с жалобами на расстройство эрекции и ослабление либидо . Клиническая картина дерматозов была представлена обильно зудящими, лихеноидными папулами, множественными расчесами, участками гиперемии, инфильтрации, распространенными по всему телу. Методы исследования: клинико-психопатологический, психологический, сексологический (с помощью карт сексологического обследования).

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов часто попадали в атмосферу насмешек, обид, буллинга, из-за «дискриминации» со стороны сверстников со здоровой кожей вследствие чего, уже с раннего возраста возникали трудности в общении с лицами противоположного пола. Состояние социальной депривации, сознание собственной неполноценности приводило к формированию невротических реакций, ипохондричности, сложностей сексуального общения: редкие, кратковременные нерегулярные половые контакты, отсутствовавала мастурбация полового созревания, отмечалась задержка психосексуального развития. Средний возраст первой сексуальной попытки 22,9±1,23 лет. Неуверенность в своих силах, тревожные опасения перед неудачей полового акта, стойкие навязчивые опасения половой слабости, страх перед близостью приводили к невроза ожидания сексуальной неудачи. возникновению попытки к сближению, заранее сомневаясь предпринимали сексуальных возможностях. Этому также способствовали отдельные неудачи в половой жизни, связанные с ситуационным ослаблением адекватных эрекций, незнанием техники полового акта, превратным представлением о норме половой активности и сомнения в отношении размера полового психотравматизацией органа, иногда И со стороны подчеркивающего наличие косметического дефекта кожи. Нарушение

эрекции одновременно не позволяло достичь сексуального удовлетворения мужчине во время совершения полового акта. Страх перед оценкой партнершей контакта мог быть столь выраженными, что оргазм, мужчиной, переживаемый давал ему ЛИШЬ ощущение физического расслабления, а не эмоционального удовлетворения. Стоит обратить внимание, что чем значимее отношения с данной женщиной, тем более выражены переживания по поводу ее реакции на проявления его сексуальной активности так и личности в целом, что приводило к ухудшению эрекции и аффективных способствовало формированию стойких переживаний, сопровождающихся антивитальными мыслями.

Выводы. Наличие кожного заболевания, задержка психосексуального развития, личностные особенности, перенесенный негативный сексуальный опыт способствуют возникновению стойких сексуальных дисфункций. При дебютантных формах сексуальных расстройств у мужчин страдающих хроническими дерматозами необходимо учитывать имевшуюся у пациентов в преморбиде и /или развившуюся на фоне кожного заболевания психические расстройства для ликвидации которых необходимо комплексное проведение психотерапии, психофармакотерапии и дерматологического лечения.

# Клинические особенности хронической тазовой боли в сексологической практике: психосоматические аспекты.

## И.Ю.Кан, М.И.Ягубов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

г.Москва, +74959631290, v.iuwanow@yandex.ru

Введение. Одной из частых причин обращения пациентов с сексуальными дисфункциями являются своеобразные жалобы на тягостные ощущения, локализующиеся в тазовой области, которые в соответствии с критериями Международной классификации болезней (10-й пересмотр) следует отнести к соматоформным расстройствам. Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью, диагностическими сложностями, способствующими отсутствию своевременного адекватного лечения, что

может приводить к затяжному течению соматоформных расстройств с преобладанием сексуальных нарушений.

**Цель исследования.** Изучение клинических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин с преобладанием тягостных ощущений в тазовой области при соматоформных психических расстройствах и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

Материалы и методы. Проанализированы материалы обследования 75 пациентов мужского пола в возрасте в среднем 35,2 + 12,2 лет, обратившихся отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии. Признаком, по которому пациенты включались в изучаемую группу, являлось наличие у них множественных, часто видоизменяющихся ощущений в тазовой области, исчезающих и повторно возникающих, усиливающихся на фоне сексуальной активности, имевших место на протяжении ряда диагностированного соматического заболевания. В работе применялся клинико-сексологический и клинико-динамический метод, использовались результаты лабораторно-инструментальных методов обследования.

Результаты и обсуждение. Проведенный обобщенный анализ включал оценку клинической динамики психических и сексуальных расстройств у пациентов, характера партнерской ситуации, конституциональных личностных особенностей больных. Телесные сенсации, локализовавшиеся в тазовой области и являвшиеся одним из основных проявлений клинической оценивались признакам: особенностям картины, ПО следующим возникновения, характеру, способу их распространения. Они были сходны с симптомами соматической патологии и могли выступать в рамках моносимптома - алгии (психалгии), либо сочетаться с истероконверсионными расстройствами, такими как спазмы в горле, удушье, озноб, тремор конечностей истероалгии. Более многочисленную группу из 50 (66,7 %) человек составили больные с соматизированным расстройством. В группу больных с дисфункциями, обусловленными сексуальными ипохондрическим расстройством, вошли 25 (33,3%) мужчин.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что дисфункций возникновение сексуальных У мужчин с преобладанием тягостных ощущений в тазовой области при соматоформных психических расстройствах И специфика клинической картины определялись психопатологической структурой. При дальнейшей разработке терапевтических мероприятий необходимо, чтобы они были направлены не только на нормализацию сексуальной функции, но и на редукцию психопатологической симптоматики, обуславливающей наличие хронической тазовой боли.

## 1. ЗППП и воспалительные заболевания

# ГЕРПЕСВИРУСЫ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Стоянов В.Б., Фоминых С.Ю., Семенова Т.Б.

Герпетический Центр, Москва

Достаточно длительное время проблема герпесвирусов (ГВ) в развитии патологического состояния у человека остается на периферии внимания клиницистов-андрологов, в отличие от гинекологов, у которых приоритетность и значимость проблем, связанных с ГВ не вызывает сомнений. В последние годы ГВ стали предметом научной полемики не только в фундаментальной вирусологии и теоретической медицине, но также среди практикующих андрологов и врачей-репродуктологов.

В андрологии заметен очевидный недостаток информации об обнаружении и частоте встречаемости ГВ 1-8 типа в эякуляте и об их связи с мужским репродуктивным здоровьем. При этом у 15,7-30% здоровых мужчин выявляется бессимптомная экскреция вирусов в эякулят. Практически не изучено влияние герпесвирусной инфекции на сперматогенез, морфологию и функцию инфицированных вирусами мужских половых клеток, риски вертикальной передачи с гаметами. Как показала статистика неудач ЭКО, некоторые из ГВ могут привести к невынашиваемости беременности и нарушению ранних стадий внутриэмбрионального развития плода, как при естественном зачатии, так и при применении методов ВРТ – в случае отбора некачественных сперматозоидов.

Исследованиями последних лет подтверждается патогенетическая роль ВПГ 1,2 типа в ухудшении качества спермы и формировании мужского бесплодия. Присутствие ВПГ в сперме может ассоциировать с нарушением сперматогенеза и стать одной из причин уменьшения пролиферативной активности сперматогониев, увеличения апоптоза половых клеток; иметь внутригаметную локализацию; также ВПГ обладает способностью вызывать гиперпродукцию АФК с последующей фрагментацией ДНК сперматозоидов. По нашим данным, которые подтверждаются исследованием других авторов,

при инфицировании эякулята ВПГ с одинаковой частотой встречается олигоастено и тератозооспермия.

Этиологическая роль ГВЧ 5 типа (ЦМВ) в развитии мужской инфертильности дискутируется, и все еще остается неясной, возможно из-за различия в чувствительности и специфичности методов, существующих детекций, а также из-за малого количества репрезентативных популяционных групп и особенностях контингента обследуемых мужчин. Следует, также учитывать климатические сезонные колебания от чего во многом зависит частота выявления ГВ.

ЦМВ, как и ВПГ, реплицируется в эпителиальных клетках мужских репродуктивных органов (эпидидимидис, предстательная железа, везикулы) и могут оказывать негативное влияние на показатели качества спермы и фертильность, способны стимулировать активность фагоцитов, что отражается на количестве и качестве сперматозоидов и влиять на оплодотворение как прямым воздействием на гаметы, так опосредованно через иммунные механизмы. Внеклеточная фракция эякулята служит резервуаром накопления ЦМВ и ВПГ.

Среди ГВ в мужском эякуляте ВПГ и ЦМВ встречаются значительно чаще, чем ВЭБ и ГВЧ-6. Установлена возможность вертикальной передачи с мужскими гаметами не только ВПГ и ЦМВ, но также и ГВЧ 6 типа.

О влияние других патогенов ГВ (помимо ВПГ и ЦМВ) в литературе имеются лишь единичные сообщения, не подтверждающие и не опровергающие роль ВЭБ и ГВЧ-6 в формировании мужского бесплодия. Ряд исследователей свидетельствуют об отсутствии связи между ВЭБ с воспалением и мужским бесплодием; другие авторы указывают, что ГВЧ 6 типа могут вызывать воспаление, но не бесплодие.

ВЫВОДЫ: Роль ГВ в этиопатогенезе мужского бесплодия изучена недостаточно. Необходимы дальнейшие и более углубленные исследования по данной теме. Требует особого внимания изучение ВЭБ и ГВЧ 6 типа.

При мужской инфертильности и перед планированием в паре беременности помимо общепринятого стандарта андрологического обследования рекомендовано изучение вирусных патогенов (ВПГ и ЦМВ) в эякуляте, в т.ч. вирусологическое исследование донорской спермы для программ ВРТ — даже при отсутствии у мужчин клинических проявлений инфекций.

В случаях диагностирования бессимптомной вирусоспермии рекомендовано своевременно приступить к противовирусной терапии и при необходимости сочетать с неспецифической стимуляцией сперматогенеза.

С учетом пожизненной персистенции ГВ в организме и невозможности достичь полной элиминации вирусных патогенов целью противовирусного лечения является обеспечение максимально долгосрочного вирусостатического эффекта (воспрепятствование реактивации вирусов и их экскрецию в эякулят) и предотвращение риска вертикальной передачи ГВ с мужскими гаметами.

Герпетический Центр, Москва Контактный телефон Стоянов Виктор Борисович 8-910-414-37-71 E-mail herpesclinic@mail.ru

# КРИТЕРИИ SIRS И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.

# Р.А. Ачмиз<sup>1</sup>, М.В. Фаниев<sup>2</sup>, З.А. Кадыров<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МБУЗ КГК БСМП, урологическое отделение; Краснодар, ул. 40-летия Победы 14; 
<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». Кафедра эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников; Россия, 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21, корп. 3.

**Цель.** Проследить взаимосвязь между основными показателями системного воспалительного ответа (SIRS) и маркером острой фазы — Среактивным протеином $^1$ , для более корректного определения тяжести патологического процесса и решения вопроса о тактике ведения пациенток.

Материалы и методы. Проанализировано 382 беременные на разных сроках гестации, при этом 223 из них – с острым гестационным пиелонефритом, сопровождающимся нарушением уродинамики. Возникновение данной патологии в основном приходилось на II-III триместры беременности (после 22 недели гестации)2, что обусловлено превалирующим воздействием механического фактора патогенеза<sup>3</sup>. Мы сравнили основные критерии SIRS (температурную реакцию, лейкоцитоз, данные  $(\Im K\Gamma)^4$ , с основным маркером развития воспалительного процесса – Cреактивным протеином<sup>5</sup>, с учетом его высокой специфичности к воспалительному процессу<sup>6</sup> и быстрым ответом как при прогрессии воспаления<sup>7</sup>, так и в период реконвалесценции<sup>8</sup>. Все пациентки были разделены на две группы: І группу составили 55 беременных с выполненным дренированием мочевых путей, где уровень СРБ составил в среднем 108,7±9,3 мг/л. ІІ группу составили 168 пациенток, лечение которых проводилось консервативно и средний уровень СРБ составлял 19,3±1,8 мг/л. Всем пациенткам уровень СРБ оценивался в 1, 3 и 5 сутки, кроме того в эти же сроки оценивался лейкоцитоз, температурная реакция и данные ЭКГ.

Результаты. Динамика уровня СРБ в І группе имела стабильную тенденцию к снижению на фоне дренирования мочевых путей и составила на 3 сутки  $31,3\pm5,4$  мг/л, на 5 сутки  $6,2\pm0,6$  мг/л. Во II группе динамика СРБ составила на 3 сутки  $7.97\pm1.0$  мг/л, на 5 сутки  $4.95\pm0.24$  мг/л. При этом показатели лейкоцитов крови, температурной реакции и данные ЭКГмониторинга в 68,7% случаев коррелировали с уровнем СРБ. Из II группы выделено 23 пациентки (контрольная группа) уровень СРБ у которых превышал 40 мг/л, при этом у 9 беременных ин колебался в диапазоне 40 - 70мг/л, а у 14 пациенток превышал 70 мг/л, при этом в динамике первых суток уровень СРБ превысил 70 мг/л еще у трех пациенток. Лечение данных беременных, по различным причинам, на начальном этапе проводилось консервативно. Динамика уровня СРБ в контрольной группе составила на 3 сутки  $57,6\pm4,3$  мг/л, на 5 сутки  $39,3\pm3,5$  мг/л. При этом показатели SIRS в контрольной группе не имели прямой корреляции с уровнем СРБ: уровень лейкоцитов крови составил в 1 сутки  $13,6\pm3,7x10^9/1$ , на 3 и 5 сутки  $8.5\pm1.1\times10^9$ /1; температурная реакция в 1 сутки составила  $37.8\pm0.7^0$ С, на 3 и 5 сутки  $37,3\pm0,8^{\circ}$ С; частота сердечных сокращений по данным ЭКГ в среднем в 1, 3 и 5 сутки составляло  $91,3\pm14,8$  ударов в минуту. Лечение этих пациенток сопровождалось увеличением койко-дня в среднем на 2,7 суток, и смены более одной группы антибактериальных препаратов в 60,9% случаев. В дальнейшем, 7 пациенткам, уровень СРБ которых находился в диапазоне более 70 мг/л, при повторной госпитализации выполнено дренирование мочевых путей.

**Выводы.** Таким образом, СРБ с учетом его высокой специфичности к воспалительному процессу и быстрым ответом как на прогрессию воспаления, так и в период реконвалесценции у пациенток с ОГП, сопровождающимся нарушением уродинамики, не только отражает тяжесть воспалительного процесса, но может определить тактику ведения пациентки с гестационным пиелонефритом и оценить динамику результатов лечения.

**Ключевые слова:** гестационный пиелонефрит, сроки гестации, воспалительные маркеры, синдром системного воспалительного ответа, Среактивный протеин.

# ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА С ПОЗИЦИИ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ И ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ.

## Р.А. Ачмиз<sup>1</sup>, М.В. Фаниев<sup>2</sup>, З.А. Кадыров<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МБУЗ КГК БСМП, урологическое отделение; Краснодар, ул. 40-летия Победы 14; 
<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». Кафедра эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников; Россия, 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21, корп. 3.

**Цель.** Проследить динамику изменения уровня белков острой фазы и лейкоцитарного индекса интоксикации на фоне острого гестационного пиелонефрита, для более корректного определения тяжести патологического процесса и решения вопроса о тактике ведения пациенток.

Материалы и методы. Проанализировано 382 беременные на разных сроках гестации, при этом 223 из них – с острым гестационным пиелонефритом, сопровождающимся нарушением уродинамики. Возникновение данной патологии в основном приходилось на II-III триместры беременности (после 22 недели гестации)<sup>1</sup>, что обусловлено превалирующим воздействием механического фактора патогенеза<sup>2</sup>. Мы сравнили динамику изменений уровня С-реактивного белка, как основного маркера острой фазы $^3$ , имеющего высокую специфичность $^4$  и быстрый ответ как на прогрессию воспаления<sup>5</sup>, так и в период реконвалесцеции<sup>5</sup>, с лейкоцитарным индексом (ЛИИ), максимально отражающим степень эндогенной интоксикации<sup>7</sup> и другими основными представителями белков острой фазы<sup>8</sup>: фибриногеном и альбумином. Все пациентки были разделены на две группы: І группу составили 55 беременных с выполненным дренированием мочевых путей, где уровень СРБ составил в среднем  $108,7\pm9,3$  мг/л, уровень фибриногена  $6,03\pm0,2$  г/л, альбумина  $36,4\pm3,4$  г/л, а ЛИИ  $2,6\pm1,1$  у.е. II группу составили 168 пациенток, лечение которых проводилось консервативно и средний уровень СРБ составлял 19,3±1,8 мг/л,

фибриногена  $5,23\pm0,8$  г/л, альбумина  $38,1\pm2,3$  г/л, ЛИИ  $2,4\pm1,01$ . Всем пациенткам уровень белков острой фазы и ЛИИ оценивались в 1,3 и 5 сутки.

Результаты. В динамике уровень СРБ имел стабильную тенденцию к снижению, на фоне дренирования мочевых путей и составил на 3 сутки  $31,3\pm5,4$  мг/л, на 5 сутки  $6,2\pm0,6$  мг/л. В это же время, уровень фибриногена на 3 и 5 сутки составлял в среднем  $4,92\pm0,4$  г/л, а альбумина  $37,5\pm3,2$  г/л, а ЛИИ  $1,8\pm0,3$  у.е. Во II группе динамика СРБ составила на 3 сутки  $7,97\pm1,0$ мг/л, на 5 сутки  $4.95\pm0.24$  мг/л, а уровень фибриногена  $4.74\pm0.5$  г/л, альбумина  $39,2\pm2,2$  г/л, ЛИИ  $1,9\pm0,6$  у.е. При этом лишь показатели ЛИИ в 81,7% случаев коррелировали с уровнем СРБ. Из II группы выделено 23 пациентки (контрольная группа) уровень СРБ у которых превышал 40 мг/л, при этом у 9 беременных он колебался в диапазоне 40 - 70 мг/л, а у 14 пациенток превышал 70 мг/л, при этом в динамике первых суток уровень СРБ превысил 70 мг/л еще у трех пациенток. Лечение данных беременных, по различным причинам, на начальном этапе проводилось консервативно. Динамика уровня СРБ в контрольной группе составила на 3 сутки 57,6±4,3 мг/л, на 5 сутки  $39,3\pm3,5$  мг/л. При этом другие показатели в контрольной группе не имели прямой корреляции с уровнем СРБ: уровень фибриногена составил в 1 сутки  $5,39\pm0,7$  г/л, на 3 и 5 сутки  $5,01\pm0,8$  г/л; альбумина в 1 сутки составила  $37,3\pm4,1$  г/л, на 3 и 5 сутки  $38,1\pm3,8$  г/л; лейкоцитарный индекс интоксикации в 1 сутки  $2,6\pm0,9$  у.е., на 3 и 5 сутки  $2,3\pm0,8$  у.е. Лечение этих пациенток сопровождалось увеличением койко-дня в среднем на 2,7 суток, и смены более одной группы антибактериальных препаратов в 60,9% случаев. В дальнейшем, 7 пациенткам, уровень СРБ которых находился в диапазоне более 70 мг/л, при повторной госпитализации выполнено дренирование мочевых путей.

**Выводы.** Таким образом, СРБ с учетом его высокой специфичности и быстрым ответом как на прогрессию воспаления, так и в период реконвалесценции у пациенток с ОГП, сопровождающимся нарушением уродинамики, не только отражает тяжесть воспалительного процесса, но может определить тактику ведения пациентки и оценить динамику лечения.

**Ключевые слова:** гестационный пиелонефрит, сроки гестации, белки острой фазы, лейкоцитарный индекс интоксикации, С-реактивный протеин

Применение иммуномодуляторов при рецидивирующих бактериальных и вирусных инфекциях в урологии.

Жуков  $O.Б^{1,3,4}$ , Мезенцева  $M.B.^2$ , Евдокимов  $B.B.^{1,4}$ , Стоянов  $B.Б.^5$ , Жуматаев  $M.Б.^{3,4}$ 

1.НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал «НМИЦ Радиологии» МЗ РФ, Москва, Россия, 2. Центр по интерферонам и цитокинам при НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, Москва, Россия, 3. Кафедра эндоурологии ФПК медицинских работников РУДН, Москва, Россия, 4. Ассоциации сосудистых урологов и репродуктологов, Москва, Россия, 5. Герпетический центр, Москва, Россия.

Введение. Сочетание рецидивирующих инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и хронического бактериального простатита (ХБП) сложно поддается лечению в связи с низкой эффективностью антибактериальной и противовирусной терапии и частыми обострениями. Механизмом, способствующим персистированию инфекционных агентов в урогенитальном тракте мужчины, а также поддержания хронического воспаления может являться иммунодефицит. При рецидивирующих ИППП и ХБП обнаружены нарушения как клеточного, так и гуморального иммунитета на фоне подавления фагоцитоза и продукции эндогенных интерферонов. Активизация иммунного ответа достигается назначением иммуномодуляторов. Отечественный препарат Галавит (аминодигидрофталазиндион натрия) обладает комплексным иммунотропным, противоспалительным, антиоксидантным и регенераторным действием.

Материалы и методы. В 2016-2017 году в НИИ урологии проведено самостоятельное исследование, целью которого являлось изучение эффективности применения препарата аминодигидрофталазиндион натрия в комплексном лечении рецидивирующих инфекций передаваемых половым путем, сопровождаемых антибиотикорезистентной формой хронического бактериального простатита. Исследование носило характер клинического рандомизированного. На основании выявленной сопутствующей патологии больные основной группы были распределены на 3 подгруппы: 1 подгруппа – 4 больных ХБП без наличия ИППП, (средний возраст 49,6±4,1 лет); 2 подгруппа – 8 больных с сочетанием ХБП и РИППП (микоуреоплазменной, хламидийной, гарднереллезной, смешанной инфекцией), средний возраст - 30,6 ±3,2 лет; 3 подгруппа – 7 больных с сочетанием урогенитальных вирусных инфекций с хроническим бактериальным простатитом (средний

возраст 33,2 ±4,6 лет). В контрольную группу исследования включены 10 больных с рецидивирующим ХБП. Галавит применялся через день в виде суппозитория по 100 мг течение 10 дней в сочетании с антибактериальной или противовирусной терапией. С 11-го по 31 день через два дня, каждый третий день. Всего на курс 10-15 суппозиториев. В контрольной группе антибактериальная терапия проводилась в течение 20 дней, противовирусная в течение 10 дней.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования оценивались по критериям: показатели по шкалам МИЭФ и оценки симптомов ХП (NIH-CSPI), результаты лабораторных анализов, показатели трансабдоминального УЗИ предстательной железы в различных режимах, показатели иммунного и интерферонового статуса. Средние показатели шкалы оценки симптомов ХП в исследуемых подгруппах представлены в таблице:

No	Суммарный		Результат	% изменений
подгруппы	показатель симптомов XП, баллов			
	до лечения	после лечения		
1.	29,5±4,8	20,1±3,9	Улучшение	31%
2.	22,3±2,4	17,9±4,4	Улучшение	19,7%
3.	25,7±3,5	15,4±2,2	Улучшение	40,1%

Средние показатели МИЭФ у больных основной группы до и после лечения представлены в таблице:

№ подгруппы	Сумма баллов до лечения	Сумма баллов после лечения	Результат	% изменений
1.	15,2±1,4	16,1±2,1	улучшение	+5,9±2,3
2.	19,3±2,3	20,2±3,1	улучшение	+4,6±3,4

3.	17,8±3,2	17,8±1,1	без изменений	без
				изменений

При трансабдоминальном УЗИ простаты в основной группе объем предстательной железы уменьшился у 11 мужчин. Среднее значение уменьшение объема простаты составило 2,34 см $^3$  (22,15 - 19,81см $^3$ ). В контрольной группе уменьшение объема простаты составило 2,74 см<sup>3</sup> (24,31 -21,57см<sup>3</sup>). В режиме соноэластографии и УЗ контрастирования отмечалась тенденция к уменьшению объема гиперэхогенных и эхо-плотных очагов в контрольной группе, также отмечалось увеличение количества функционирующей и хорошо кровоснабжаемой паренхимы за счет возможного воздействия препарата на неоангиогенез.

Во всех подгруппах отмечено клиническое выздоровление на фоне комплексного лечения в сочетании Аминодигидрофталазиндионом натрия.

У 2 пациентов при наличии вирусной ассоциации герпеса и применялись цитомегаловируса. препарат прямого противовирусного (валтрекс 0.5 - 1.0течение 10 действия дней) И Аминодигидрофталазиндионом натрия. Повторное исследование ИФА на наличие антител к вирусу ВПГ 2 и ЦМВ после окончания курса комбинированной терапии было отрицательным у всех пациентов.

У больных основной группы во второй и третьей подгруппах выявлено снижение не только общего количества Т-лимфоцитов, но и субпопуляций Тхелперов и Т-супрессоров в периферической крови, снижено соотношение хелперно-индукторных соотношений Т-лимфоцитов, ЧТО определяло активности клеточного звена снижение функциональной иммунитета. Характер апоптотической активности клеток Т ряда определялся нами как прогностический фактор возможного исхода лечения. В случае снижения его исходных значений (СD95 от 15% до 40% или абсолютных значений СD95 от 280 до 400) прогноз выздоровления более благоприятный, чем при нормальных и высоких его значениях (CD95 > 40% или CD95 абс. > 1300).

Характер апоптотической активности клеток, определяемый нами по значениям CD95 предлагается нами как прогностический фактор возможного исхода лечения. В случае снижения его исходных значений (CD 95 от 15% до 40%) прогноз лечения более благоприятный, чем при нормальных и высоких его значениях. При исследовании интерферонового статуса пациентов

основной группы до начала лечения отмечено снижение способности к продукции альфа и гамма интерферонов, особенно у пациентов с латентно протекающими вирусными инфекциями. На фоне терапии с применением Галавитом показатели интерферонового статуса нормализовались.

Комбинированная терапия сочетанных рецидивирующих ИППП и ХБП назначением Галавита повышает эффективность антибактериальных препаратов, значительно снижает частоту рецидивов, улучшает качество жизни пациентов. В основной группе пациентов, получавших Галавит отмечена активизация иммунного ответа и усиление продукции интерферона. Иммунологический статус больного до и после лечения может служить прогностическим фактором эффективности лечения в данной категории больных. В перспективе Галавит может назначаться при урологических заболеваних, таких как мужское бесплодие, ДГПЖ, болезнь Пейрони и васкулогенная эректильная дисфункция.

#### 10. Нейроэндокринология

Расстройства половой функции при гипер-пролактинемическом синдроме.

Газимагомедов Г.А., Курбанова З.В., Камалов К.Г., Гамзатов А.Г.Азизов А.П., Нажмудинова Д.К. Алибеков М.

ДГМУ «кафедра урологии», Махачкала

Состояние вопроса. Гиперпролактинемия выявляется в среднем 0,4-11% и более случаев у мужчин с наличием сексуальной дисфункции (СД). При этом в 45-80% случаев отмечается снижение или отсутствие libido и эректильная дисфункция, в 2-23% — уменьшение выраженности вторичных половых признаков, в 4-17% —бесплодие, в 5-22% гинекомастия, поэтому исследование уровня пролактина в крови является важным этапом диагностики.

**Цель** - изучить степень влияния гипер-пролактинемии на сексуальную дисфункцию у мужчин.

Материалы и методы. Группа пациентов с жалобами на снижение

качества эрекции, libido (половой акт менее 1 раза в месяц), снижение качества эрекции: снижение регидности полового члена при сексуальных сношениях, так и резким снижением частоты спонтанных утренних эрекций составила 117 человек. Возраст пациентов колебался от 17 лет до 83 лет. Всем пациентам проведено комплексное трехкомпонентное обследование: оценка жалоб, сбор анамнеза, физикальное исследование, анкетирование  $(\Phi \in VM)$ лабораторная диагностика (определение концентрации пролактина, общего и свободного тестостерона плазмы крови) и инструментальное обследование (УЗИ органов мошонки, компьютерная турецкого томография области седла Пациентам выявленной гиперпролактинемией назначали бромокриптином по 1,25 мг 2-3 раза в сутки с постепенным увеличением дозы до 5-10 мг/сутки на протяжении 2 месяцев.

Результаты. Гиперпролактинемия была выявлена среди пациентов общей группы у 11 больных (10.6%). Снижение или отсутствие либидо выявлялось у 8 (79%) больных, гинекомастия - у 2 (19%), галакторея - у (19%)Очаговая пациентов. церебральная симптоматика двух присутствовала у 3 (28,3%), головная боль у 2 (19%), ограничение полей зрения у 4 (38%). Объём яичек был в норме у всех пациентов.. Снижение остроты зрения отмечено у 3 (28%) пациентов. Уровень пролактина сыворотке крови был в пределах от 700 до 7500 мЕд/л. У 5 (46%) пациентов с высоким пролактином при помощи компьютерной томографии была выявлена макроаденома гипофиза(от 3мм. до 10 мм.), у 3 (29%) микроаденома (размерами 1-3мм.)..

В нашем исследовании гиперпролактинемия выявлена в 10.6% случаев, клинически она проявлялась как нейро-вегетативными так и сексуальными расстройствами.

**Выводы.** Исследование концентрации пролактина в крови является важным этапом в диагностике причин ЭД и должно быть выполняться у всех пациентов.

# БЕЛКОВЫЙ МЕТАБОЛИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРАКИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.

Бердичевский Б.А., Казеко Н.И.,

Барашин Д.А., Чибулаева Е.В., Павлова И.В., Романова А.В.

Клиника урологии ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ»

Метод позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ/КТ), является одной из прорывных технологий 21 века позволяющих видеть то, что раньше считалось невозможным и делает это в режиме реального времени. Для изучения белкового метаболизма клеток применяют изотопы метионина. Суть метода в том, что вовлеченный в воспаление цитотелий активно встраивает С11метионин в свою структуру и это фиксируется визуально на серии томограмм. Чувствительность метода 90-98%. Однако существует и второй способ анализа тропности тканей к метаболитам- это сравнительный расчет фиксации изотопа относительно поданной общей дозы (SUV) в виде таблиц. Его используют для анализа функционально ассоциированной потребности меченых метаболитов в зонах интереса различных органов, в том числе и головного мозга. Достоверно известно, что дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, как нейрогенного болевого синдрома, причина сопровождается белкового обмена не только в позвоночнике, но и на всех уровнях организма больного, что приводит к дефициту одного из аминокислотных компонентов клеточного цитотелия - метинину. В рамках настоящей работы проведено изучение особенностей белкового метаболизма головного мозга по тропности к изотопу аминокислоты 11С-матионину у 30 мужчин 35-45 лет с проявлениями гиперактивности мочевого пузыря на фоне дегенеративно-дистрофической болезнью позвоночника с болевым синдромом. При этом установлено, что, что метаболизм изотопа 11С-метионина на уровне головного мозга довольно высоким, несмотря на то, что в норме его поглощение не типично для нейронов головного мозга. Выявлено преимущественно локальное повышение тропности метионина к проекции поясной извилины и таламуса, что могло быть, одним из проявлений общего системного белкового дефицита в организме этой группы пациентов, а также локальной повышенной востребованности его проекции зон интереса контролирующих восприятие боли и функционального состояния мочевого пузыря.

## 11. Мужское бесплодие

Особенности ультраструктуры базальной мембраны семенных канальцев, мейоза и сперматогенеза у пациентов с азооспермией.

Брагина Е.Е.<sup>1,2</sup>, Кашинцова А.А.<sup>3</sup>, Лелекова М.А.<sup>3</sup>, Спангенберг В.Е.<sup>3</sup> Коломиец О.Л.<sup>3</sup>

1- НИИ физико-химической биологии им.А.Н.Белозерского МГУ

- 2-ФГБНУ Медико-генетический научный центр
- 3-ФГБУН Институт общей генетики им.Н.И.Вавилова

Проведено электронно-микроскопическое исследование структуры базальной мембраны тестикулярных канальцев 31 пациента с азооспермией и тяжелыми формами олиготератозооспермии с нормальным мужским кариотипом (46,XY)? у которых не было выявлено ни микроделеций Y хромосомы, ни структурных нарушений хромосом.

По уровню нарушения сперматогенеза пациенты разделены на 2 группы. **Группа** 1. 18 пациентов, с сохранным сперматогенезом, включающем дифференцировку герминальных клеток до зрелых сперматид). **Группа** 2. 13 пациентов, у которых выявляются либо клетки Сертоли и сперматогонии, либо только клетки Сертоли..

Описаны шесть основных типов ультраструктурных нарушений структуры базальной мембраны (БМ). Наиболее выраженными нарушениями структуры БМ были инвагинации БМ в виде завитков, которые обнаруживали у 8 из 13 пациентов 2 группы. У пациентов 1 группы единичные завитки выявлены у 2 из 18 пациентов.

Параллельно проведено иммуноцитохимическое исследование распластанных ядер сперматоцитов I порядка 14 пациентов. У пациентов 2 группы сперматоциты обнаружить не удалось. У 10 пациентов 1 группы выявлен арест мейоза на стадиях зиготены = пахитены в 18-50% сперматоцитов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушение структуры базальной мембраны семенных канальцев сопряжено с нарушением мейоза и сперматогенеза в целом.

Работа поддержана грантом РФФИ № 16-04-01447.

ВИРУС ЭПШТЕЙН-БАРР КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР МУЖСКОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ

Стоянов ВА.Б., Фоминых С.Ю., Семенова Т.Б.

Герпетический Центра, Москва

ВВЕДЕНИЕ. Вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ) - герпесвирус человека (ГВЧ) 4 типа – один из 8 патогенных для человека представителей семейства герпесвирусов. Патология, инициируемая ВЭБ одной из является актуальнейших и недостаточно изученных проблем в инфектологии. ВЭБ отличается убиквитарным распространением, многообразием вызываемых им заболеваний, хроническим рецидивирующим течением и всеми возможными путями передачи. В клетках тропных тканей вирусы способны циклично или непрерывно реплицировать, индуцируют преимущественно клеточного звена иммунитета, нарушают готовность к апоптозу инфицированных клеток И формируют хроническое течение процесса. По данным большинства исследователей примерно 80-90% населения планеты инфицированы ВЭБ. Заболевание может протекать как в острой (инфекционный мононуклеоз, менингит, гепатит, васкулит и др.), так и хронической форме, клинические проявления которой до настоящего времени остаются дискуссионными. Различают опорные клинические синдромы при хроническом течение ВЭБ-инфекции - интоксикационный, инфекционно-воспалительный, астено-вегетативный, кардиальный артрологический. Участи больных ВЭБ-инфекция может ассоциироваться и с целым рядом онкологических, преимущественно лимфопролиферативных и заболеваний. аутоиммунных Вместе с тем, в литературе крайне недостаточно информации о влиянии ВЭБ на мужскую репродуктивную сферу, о связи ВЭБ с мужской инфертильностью. Хотя изучение ВЭБ не входит в алгоритм диагностики мужского бесплодия, рядомисследователей ГВЧ сообщается о более частом выявлении маркеров у мужчин с идиопатическим бесплодием по сравнению со здоровыми мужчинами. Другие источники также указывают о выявлении ДНК ВЭБ у инфертильных как в цельном эякуляте, так и во фракции подвижных сперматозоидов, которые в их выборках составляли от 7,1 до 39,1% от общего числа пациентов с бесплодием. Вместе с тем, разные авторы дают противоречивые данные - от отрицания влияния вирусов на качество спермы, до подтверждения негативного воздействия ВЭБ на мужскую фертильность.

Верификация диагноза основывается на детекции ДНК ВЭБ методом ПЦР (кровь, слюна, сперма), а также на определении антител ко всем антигенным детерминантам ВЭБ (EBV): IgG к раннему (EBV-EA) и ядерным антигенам(EBV-NA), антитела класса IgM — к капсидному антигену вируса(EBV-VCA).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ - изучение влияния ВЭБ на качественные параметры эякулята у мужчин с идиопатическим бесплодием.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Наблюдали 5 мужчин (средний возраст 31,4 года) с симптомами хронической усталости и планирующих в семье беременность. При первичном обращении больные предъявляли жалобы на беспричинную усталость, снижение работоспособности, нарушение сна. Большинство больных ранее самостоятельно получали симптоматическое лечение, включая иммунокоррегирующие препараты. Отсутствие зачатия в парах при регулярной половой жизни составляло от 1,5 до 2 лет. Ранее ни один из мужчин по поводу бесплодия к андрологам не обращался. В анамнезе у 3-х из 5 больных был выявлен микоплазмоз, уреаплазмоз и хронический простатит, ассоцированный с хламидийной инфекцией.

Всем 5 мужчинам герпесвирусные инфекции в эякуляте (в т.ч. ВЭБ) определяли методом ПЦР с детекцией в режиме «реального времени». Всем им также выполнено иммуноферментное исследование для определения иммуноглобулинов различных классов к различным антигенным детерминантам ВЭБ(ЕВV-EA,EBV-NA,EBV-VCA).

Одновременно пациентам проведено стандартное андрологическое обследование, при котором были исключены инфекционно-воспалительные заболевания в органах репродукции, а также гормональные, генетические и иммунные факторы бесплодия.

Спермиологические исследования до лечения проводили дважды с интервалом в 2 недели, а контрольные спермограммы - через 3 месяца от начала лечения .Анализ эякулята оценивали согласно рекомендациям ВОЗ 5-го издания: объем, концентрация, число сперматозоидов, характеристика их подвижности, морфологические критерии. У всех 5 больных изучали также уровень фрагментации ДНК сперматозоидов.

РЕЗУЛЬТАТЫ: При вирусологическом исследовании эякулята ВЭБ-инфекция выявлена у всех 5 пациентов. При обследовании методом ИФА у всех этих больных выявлены антитела ко всем антигенам ВЭБ: EBV-EA-IgG(+), EBV-NA-IgG(+)и EBV-VCA-IgM(+), что свидетельствует о реактивации вирусной инфекции.

При этом: у 1 больного установлена олигоастенотератозооспермия, а у 4-х других - астенотератозооспермия. Увеличение уровня фрагментации ДНК сперматозоидов (15%) выявлено у 2-х мужчин.

На основании клинической картины и полученных лабораторных данных всем больным установлен диагноз «Бесплодный брак. Мужской фактор. Астенотератозооспермия. Обострение хронической ВЭБ-инфекции. Вирусоспермия, ассоциированная с ВЭБ-инфекцией».

Следует отметить, что протоколов для лечения больных с хронической персистирующей ВЭБ-инфекции не существует. Всем наблюдаемым больным в течение 3 месяцев была проведена антиоксидативная и вирусосупрессивная терапия аналогом нуклеоизидов валацикловиром в сочетании с ректальными суппозиториями Виферон.

После проведенного лечения общее самочувствие больных значительно улучшилось, проявления астении практически не беспокоили. Повторное серологическое исследование и вирусологическое исследование спермы, выполненное через 3 месяца от начала лечение показало: ИФА –EBV-VCA-IgM(-), EBV-EAIgG(+), EBNA –IgG(-), что свидетельствовало об отсутствии репликации вируса и переходу заболевания от фазы обострения к хроническому течению инфекции. Кроме того, ни у одного из 5-ти больных после лечения в эякуляте ВЭБ обнаружен не был.

Контрольные спермограммы: у пациента с первоначальной олигоастенотератозооспермией кроме увеличения активной подвижности сперматозоидов нормализации других показателей спермы не отмечено; у одного пациента с астенотератозооспермией показатель подвижности сперматозоидов достиг нормы, но сохранялась тератозооспермия, а у 3-х других больных с астенотератозооспермией показатели спермограмм после лечения оказалась в пределах нормальных референсных значений. У 2-х больных с ранее повышенным уровнем фрагментации ДНК сперматозоидов этот показатель после лечения не превышал более 15%.

#### ВЫВОДЫ:

- 1. В практической андрологии выявление маркеров ГВЧ в эякуляте в подавляющем числе случаев не проводится.
- 2. У части больных с идиопатическим бесплодием в эякуляте может обнаруживаться ВЭБ, наличие которого можно расценивать как одну из причин патоспермии.
- 3. О реактивации инфекции свидетельствует как детекция ДНК ВЭБ в эякуляте методом ПЦР, так и обнаружение антител ко всем антигенам вируса (VCA-IgM +, EA-IgG+, EBNA+ IgG+) методом ИФА.

4. Проведенная противовирусная терапия позволила в ряде случаев улучшить качественные параметры спермы, что также может служить подтверждением негативного воздействии ВЭБ на мужскую фертильность.

Герпетический Центр, Москва Контактный телефон Стоянов Виктор Борисович 8-910-414-37-71 E-mail herpesclinic@mail.ru

# Исследование влияния экстрактов мицелия вешенки на параметры фертильности эякулята

Жуков О.Б., Евдокимов В.В., Герасименя В.П., Захаров С.В., Бабушкина Е.В. ФГБУ НИИ урологии им. Н.А.Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, ООО «ИНБИОФАРМ»

**Введение.** Высокая доля невыясненных причин бесплодия (до 30-50% случаев – идиопатическая форма) 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. Предполагается, что выявленная полифункциональность экстрактов связана с их активностью, направленной на стимуляцию иммунной системы.

Материалом для исследования служил эякулят. Материалы и методы. Получение и изучение параметров материала осуществлялось ПО ВОЗ 5-го издания. рекомендациям Эксперименты проводили при 20 -22° С), полученный объём эякулята после комнатной температуре ( разжижения разливали по 1 мл в пробирки и вносили препарат в определённой концентрации. Препарат ревитацел использовали в 4-х концентрациях.

**Результаты.** Выявлено значительное повышение 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.

**Выводы.** Доказана высокая эффективность препарата ревитацел при меньшей концентрации ( 0,5 мг/мл ), даже в сравнении с концентрацией оводорина Д в 10 мг/мл, как более эффективной, т.е. активность ревитацела в 20 превосходит активность оводорина Д.

# СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЯХ.

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

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

**Введение.** Изменение параметров эякулята у мужчин с возрастом является дискуссионной темой репродуктивной андрологии. В отличии от женской менопаузы фертильность мужчины сохраняется достаточно долго и не носит фатального характера. Цель исследования - выявить общие тенденции изменения показателей эякулята у мужчин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Нами обследованы за период 2013 – 2015 год более 700 мужчин, прошедших обследование в НИИ урологии, категории от 20 лет до 60 лет из них включены в исследование 256 человек. Средний возраст 38+8,4 лет. Критериями включения в исследование были мужское бесплодие без острых воспалительных процессов, жалобы на секреторное бесплодие. В процессе исследования были варикоцеле 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 г. Были исследованы следующие параметры эякулята: концентрация, жизнеспособность, активная подвижность, общая объём, морфологические критерии, лейкоцитов, подвижность, количество лецитиновые зёрна.

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. В возрастной категории 31-40 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 выявлены нарушения активной подвижности в среднем на 40%, общей подвижности на 28%, изменение морфологии на 21%, снижение концентрации на 33%, снижение объёма эякулята 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 в возрасте 40-50 лет активной подвижности сперматозоидов, которая 40% от исходного. Для совместного использования снижается на полученных данных и проведение комплексной профилактики нарушения фертильности мужчин в старших возрастных категориях предлагаем исследований проведение многоцентровых ЭЯКУЛЯТОВ различных возрастных группах в других крупных Федеральных центрах.

Сравнительная динамика клинико - лабораторных показателей у больных с патозооспермией при различных путях доставки цинкаргининового комплекса.

### О.Б.Жуков-1, В.В. Евдокимов-2, Е.Е Брагина-3

1.ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов" кафедра эндоскопической урологии Факультета непрерывного медицинского образования

2Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России;

3. НИИ физикохимической биологии им. А. Н. Белозерского МГУ, ФГБУ Медико-генетического научного центра.НИИ физико-химической биологии Контакты: Олег Борисович Жуков ob.zhukov@yandex.ru

Введение.В настояшее время развивающийся динамично фармакологический рынок для лечения бесплодия лишь ненамного уступает противоопухолевому кластеру препаратов. Постоянно возникает ажиотаж вокруг вновь появившегося чудо-снадобья. Он ввергает в пучину «нового курса терапии» больных, страдающих бесплодием. Подобная практика затягивает сроки лечения и снижает репродуктивный потенциал пары. Зачастую средства для лечения нарушений мужской фертильности, не относятся к лекарственным препаратам, их профиль безопасности изучен недостаточно основательно, а дозировки и длительность применения не всегда отвечают принципам доказательной медицины и good medical practice. В рамках открытого сравнительное проспективное исследование эффективности, безопасности и переносимости комплекса «Аргинин & Цинк», капсулы для перорального приема («Витамакс», США) и препарата «Простатилен® АЦ» суппозитории ректальные (ЗАО «МБНПК «Цитомед», Россия) у больных с патоспермией на фоне хронического абактериального простатита (ХАП) и у больных с патоспермией на фоне варикоцеле после оперативного лечения проводится данное исседование. Простатилен® АЦ состоит 30 мг экстракта простаты-Простатилен® и 180 мг цинка аргинилглицината. Аргинин Цинк компании Витамакс состоит из Аргинина 500 мг Цинк -2мг

Материалы И методы. Представляем предварительные данные диагностики и лечения 12 больных включенных в исследование. Возраст 30-45 лет( средний возраст 36,4±4,8 лет). Критерии включения пациентов в исследование были мужской фактор бесплодия в браке более 6 месяцев секреторного генеза, либо вследствие варикоцеле после оперативного лечения. Кроме традиционной клинико-лабораторной и гормональной диагностики алгоритм обследования включено исследование спермограммы (параметры, определенные BO3 критериями (WHO, 2010г.), определение антиспермальных антител (MAR-тест); определение ДНК сперматозоидов (ФДНКС),ROS степени фрагментации оксидативного стресса сперматозоидов); электронное микроскопическое исследование эякулята (ЭМИС);тест на криотолерантность. Исследование проводились до и через 5-7 дней после завершения терапии. Больные распределены на 2 группы.1группа ХАП распределены на 2 подгруппы

группа П и группа А в них больные принимали препарат соответственно «Простатилен® АЦ», суппозитории ректальные по 1 суппозиторию — 1раз в сутки в течении 20 дней. «Аргинин & Цинк» 850 мг по 1 капсуле- 2раза в день в течении 20 дней.2 группа больные с варикоцеле -в них больные распределены на 2 подгруппы группа П1 и группа А1 в данных подгруппах больные принимали препарат соответственно «Простатилен® АЦ», суппозитории ректальные по 1 суппозиторию — 1раз в сутки в течении 20 дней. «Аргинин & Цинк» 850 мг по 1 капсуле- 2раза в день в течении 20 дней

Результаты. В 1-й группе, состоящей из 6 больных по 3 человека в каждой подгруппе(П и А) преобладали нарушения сперматогенеза по типу тератозооспермии, MAP тест отрицательный MAR IgG 4-12%, MAR IgA<7% По данным ЭМИС и N.A.S.U.M. (Native Assessment of Sperm Ultra Morphology) чаще всего встречались следующие нарушения: в 66% головок сперматозоидов выявлены дефекты строения организации хроматина;95% головок имеют дефектную организацию хромоцентра; 64% головок сперматозоидов имеют мембранные вакуоли;12% сперматозоидов имеют цитоплазматические капли; 63% сперматозоидов имеют дефектное строение акросомы. Тест на криотолерентность был положительный в 3-х случаях, в остальных отрицательный. Тест на фрагментацию ДНК был нормальных у больных 10-15%. Определении продукции ΑФК всех эякуляте соответствовало 88,420-0,6685 RLU/секх10х6

Во второй группе преобладали нарушения сперматогенеза по астенозооспемии. МАР тест был отрицательный, по данным ЭМИС чаще всего наблюдались содержание интактных головок нормальной формы с акросомы 4-3% строением хроматина и (нормативные нормальным показатели - 4%). Выявлено повышенное содержание сперматозоидов с конденсированным «незрелым» хроматином -35недостаточно более 30%) (нормативные показатели не И сперматозоидов прореагировавшей акросомой – 31% (нормативные показатели – не более 20%). Содержание сперматозоидов с аномалиями морфологии аксонемы жгутика –14– 17% (нормативные показатели – не более 30%).Среди сперматозоидов с нормальной формой головки выявлена прореагировавшая акросома (2/11), аномальная морфология акросомы и «незрелый» хроматин (5/11), «незрелый» хроматин (2/11). Тест на криотолерентность был отрицательный в 4-х случаях, тест на фрагментацию ДНК был нормальных у всех больных 7-15%, при определении продукции АФК в эякуляте 170,420-21,7RLU/секх10х6. После лечения в группе больных с ХАП при использовании Простатилен® АЦ было более явное улучшение показателей шкалы IPSS с 11,2 3,1 до  $6.5\pm 1.3$  и качества жизни с L-3,7 $\pm 0.9$  до L-1,3 $\pm 0.5$ позволило убедительно подтвердить его улучшение в первой группе. В подобные изменения были выражены менее группе с варикоцеле существенно с IPSS=  $12,1\pm2,46$ , L- $3,1\pm0,7$  до лечения и после  $10,1\pm3,2$  и качества жизни с L-3,2 $\pm$ 1,3(p<0,005) после лечения. По данных спермограмм в обеих группах выявлено, что объем эякулята после лечения увеличился на 61,4 %, в 1 группе и на 21,1в второй группе. Главные изменения касались концентрации, подвижности И увеличения морфологически нормальных форм. В подгруппах где больные принимали Аргинин –цинк происходили менее значимые показатели роста подвижности, особенно у больных с варикоцеле. Быстрая подвижность сперматозоидов (А) выросла в первой группе на 84%, а во второй на 32%, медленное поступательное движение сперматозоидов уменьшилось в первой группе на 34%, во второй на 18% (р<0,05). Динамика количества сперматозоидов с недостаточно конденсированным незрелым хроматином в группах достигала 63,4±12,72 % в первой до лечения и после лечения представлена была 44,13±6,52, в второй  $48,4\pm6,52$  после лечения  $34,13\pm2,72$ . Эти изменения в касалось больных, используемых для терапии Простатилен® АЦ

**Выводы**. Таким образом, можно сделать предварительный вывод о значимом положительном влиянии терапии **Простатилен® АЦ** по сравнению с препаратом Аргинин–цинк в группах, где проводилась коррекция путем трансректальной доставки цинк–аргининового комплекса(особенно в группах с ХАП). на число сперматозоидов с недостаточно конденсированным незрелым хроматином.

Также улучшилось показатели теста на криотолерантность сперматозоидов в 1,2 группе, подгруппа  $\Pi$  за счет увеличения прогрессивной подвижность сперматозоидов. Он стал положительный у больных 1 группы в 5 случаях в 2-й группе у 4 больных. По данным сравнительного анализа спермограмм есть тенденция к возрастанию морфологически зрелых сперматозоидов в подгруппах, использующие для терапии нарушения фертильности Простатилен АС. Исследования продолжается и основные его положения будут представлены в октябре 2019 года.

АСУР-Ассоциация сосудистых урологов И репродуктологов объединившая врачей некоммерческая организация, различных изучения сосудистых специальностей ДЛЯ углубленного заболеваний урологических И репродуктивных органах c целью оказания высокоэффективной медицинской помощи профильным больным. В составе Ассоциации созданы Международный Медицинский и Попечительский Советы для продвижения научно обоснованных высокотехнологичных методов профилактики, диагностики и лечения васкулогенных заболеваний в урологической андрологии.

В 2018 году Ассоциация провела 2-й конгресс АСУР, серию мастер-классов и научно-практических школ «Междисциплинарный консилиум в урологии» в ведущих лечебных учреждениях крупных административных центров России и странах СНГ:

2-й конгресс АСУР 20-21 декабря



Международный Менторский образовательный курс «сохранение фертильности мужчин» 1-5 октября. Г.Астана, Республика Казахстан.



Международная Школа «Междисциплинарный консилиум в урологии» Санкт-Питербург 20-21 сентября



Ялта. Инновационный Воркшоп Мрия 17-18 комплекс мая. Частная практика И инвестиционная привлекательность медицинского И фармакологического бизнеса В сосудистой урологии И андрологии.



Международная школа 12 апреля.

Ставропольская краевая клиническая больница «Междисциплинарный консилиум в урологии»



Международная школа «Междисциплинарный консилиум в урологии» 30-31 марта г. Астана республика Казахстан

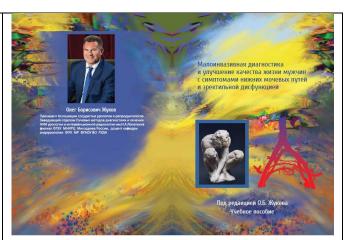


#### выпустили монографии и методические руководства

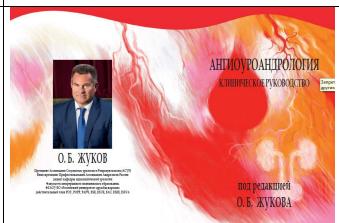
«Сохрнение фертильности Мужчин». Москва. Специальное издательство медицинских книг. Москва. 2017



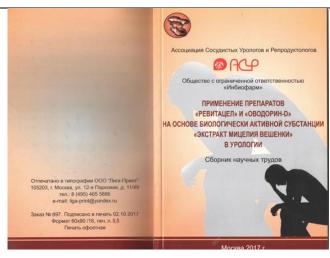
«Малоинвазивная диагностика и улучшение качества жизни больных с эректильной дисфункцией и симптомами нижних мочевых путей» Москва 2017. Издательство Арсентадизайн.



Ангиоуроандрология. клиническое руководство. Москва 2018 издательство Арсента-дизайн.



Применение препаратов «ревитацел» и «оводорин-Д» на основе биологически активной субстанции «экстракт мицелия вешенки в урологии. Москва. 2017. ООО Лига-Принт



Природные антиоксиданты Ревитацел и Оводорин в терапии больных с СНМП. Москва.2018. ООО Лига-Принт



#### Получили патент на изобретение № 2634384 от 26 октября 2017

Применение препарата "Экстракта мицелия вешенки "Ревитацел" на основе штаммов гриба Pleeurotus ostrectus ПКПН F-819, влияющего на мужскую репродуктивную функцию»



# Будем проводить наши новые Научно-практические мероприятия и 2019 году

«Междисциплинарное мнение в сосудистой урологии и репродуктологии» 16-17 мая 2019 года «Городская Больница №1 имени Н.И Пирогова» ГБОУЗ города-героя Севастополя

3-й конгресс АСУР Центральный дом ученых Российской Академии наук 17-18 октября 2019 года



17-18 октября.

Центральный дом ученых.

Москва.

Научное партнерство АСУР: Российское общества урологов (РОУ),Профессиональная ассоциация андрологов России (ПААР), Российского общества рентгенологов и радиологов (РОРР), Российского научного общества интервенционных кардиологов (РНОИК), Европейского общества гибридной медицинской визуализации (ЕЅНІ), Международного общества изучения сосудистых аномалий ISSVA.

«Мы открыты для всех врачей. Участие коллег в наших мероприятиях всегда останется бесплатным. Вступайте в АСУР!» Более подробная информация о нас : <a href="http://avur.international,http://uroworkshop.com">http://uroworkshop.com</a>,e-mail: ob.zhukov@gmail.com, tel: +7-929-630-95-44,в социальных сетях ; <a href="https://vk.com/id459222461">https://vk.com/id459222461</a>

https://www.instagram.com/avurinternational/,https://www.facebook.com/profile.p
hp?id=100023173697078