

ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Том 22,
№ 3, 2018
(86) 1997 р.

Видається з січня 1997 року
Періодичність – 4 рази на рік



НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
УРОЛОГІВ, АНДРОЛОГІВ ТА НЕФРОЛОГІВ

Дніпро
2018



РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор

С.О. Возіанов

Заступник головного редактора

В.П. Стусь

Відповідальний секретар

М.Ю. Поліон

Члени редколегії:

**С.І. Баранник, І.І. Горпинченко,
Ф.І. Костєв, В.М. Лісовий,
О.О. Люлько, С.П. Пасєчніков,
В.Ф. Петербургський,
Л.А. Пиріг, А.М. Романенко,
Н.О. Сайдакова**

Редакційна рада:

**О.І. Аполіхін (Москва, Росія)
В.І. Бачурін (Запоріжжя)
Анджей Боровка (Варшава, Польща)
О.В. Говоров (Москва, Росія)
В.М. Григоренко (Київ)
Ю.М. Гурженко (Київ)
В.С. Дзюрак (Київ)
В.І. Зайцев (Чернівці)
М.О. Колесник (Київ)
Марек Ліпінські (Лодзь, Польща)
Є.А. Литвинець (Івано-Франківськ)
О.Г. Резніков (Київ)
В.С. Сакало (Київ)
Л.П. Саричев (Полтава)
Е.О. Стаховський (Київ)
Ф. Тартари (Тирана, Албанія)
М.І. Ухаль (Одеса)
Петр Хлоста (Краків, Польща)
В.В. Черненко (Київ)
О.В. Шуляк (Київ)**

**Адреса редакції:
вул. Вернадського, 9, к. 52
м. Дніпро, 49044**

**Тел./факс секретаріату:
+38 (0562) 46-30-93
+38 (056) 756-95-26**

**urology.dma.dp.ua
e-mail: urologyjournal@yahoo.com
polion@bigmir.net**

Засновники:

ДУ «Інститут урології
Національної академії медичних наук України»,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Реєстраційне свідоцтво:
серія КВ № 2374 від 15.01.1997 року

Постановою президії ВАК України
№ 528 від 12.05.2015 журнал «Урологія»
включено до переліку видань,
в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних
наукометричних базах даних:
РІНЦ (Russian Science Citation Index),
«Джерело» та Google Scholar

Наклад 500 прим.
Затверджено на засіданні Вченої ради
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»
20.09.2018 р. (протокол № 1)
Підписано до друку: 27.09.2018 р.

Журнал розповсюджується за передплатою

Передплатний індекс 48350

*Передруковувати матеріали
із журналу «Урологія»
можна лише з дозволу редакції*

*Віддруковано в ТОВ «Роял Принт»
вул. Артільна, 9, м. Дніпро, 49081
тел. (056) 794-61-04(05)
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4121 від 27.07.2011*

ISSN 2307-5279



© Редакція журналу «Урологія», 2018

на оперативным путем у уролога. С целью раннего выявления парауретральных кист у пациентов с дизурическими расстройствами и дру-

гими жалобами, характерными для патологии органов малого таза, показан осмотр на кресле у гинеколога и уролога 2 раза в год.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЯ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ МУЖЧИН

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, В.В. Коштура⁴,
В.Н. Корягин⁵, Н.Ю. Полион¹, Е.П. Украинец⁶*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДООС»

⁵ КУ «Днепровская ГП № 4»

⁶ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Варикоцеле расценивается как причина мужской инфертильности, которая поддается оперативной коррекции. Так, по оценке различных исследователей, нарушение сперматогенеза наблюдается у 20–90% мужчин с варикоцеле. Однако высказываемые предложения по лечению и профилактике сперматогенных нарушений при этом состоянии разнообразны. В частности, ставится под сомнение необходимость оперативной коррекции варикоцеле у подростков.

Впервые об улучшении спермограммы после хирургического лечения варикоцеле сообщили D. Mascomb и M. Sanders. Детальное исследование взаимосвязи варикоцеле с бесплодием провел W.S. Tulloch (1952–1955 гг.). Он доказал возможность восстановления сперматогенеза после перевязки яичковой вены.

Спорным вопросом остается тактика лечения. Одни исследователи указывают, что пациентов с варикоцеле необходимо оперировать в подростковом возрасте, поскольку патологическое состояние отрицательно влияет на морфологию яичка и репродуктивный прогноз в дальнейшем. Другие исследователи не обнаруживают значимого эффекта профилактики сперматогенной недостаточности от варикоцелэктомии и ставят под сомнение вопрос о правомочности профилактического оперирования репродуктивно сохраненных пациентов в подростковом возрасте. Возможно, столь диаметрально противоположные оценки эффективности лечения объясняются отсутствием критериев отбора и наблюдения пациентов. Улучшение сперматогенеза после оперативного лечения отмечается в среднем через 2–3 мес. после операции. Несмотря

на то, что положительные изменения в сперме наблюдаются у 50–80% больных, зачатие имеет место только у 20–40% пар.

Варикоцеле в течение длительного времени остается темой жарких споров и дискуссий в урологическом обществе. Этому вопросу было посвящено несколько докладов на съезде урологов в г.Трускавце и на конгрессе урологов Украины, посвященному 50-летию со дня основания Института Урологии.

Варикоцеле в подростковом возрасте сопряжено с высоким риском развития нарушения сперматогенеза с последующим исходом в нарушение фертильности.

Основной причиной развития осложнений в репродуктивной сфере при наличии варикоцеле называют нарушение гемодинамики в яичках. Однако качество эякулята зависит не только от состояния яичек, но и от функции предстательной железы. Секрет предстательной железы как составная часть спермальной жидкости выполняет трофическую и защитную функции для сперматозоидов, определяет их подвижность и предотвращает агглютинацию. Работ, освещающих состояние предстательной железы у подростков и молодых мужчин при варикоцеле и способы профилактики нарушений ее функций единичны. Имеются отдельные сообщения по лечению застойной простатопатии у подростков и молодых мужчин при варикоцеле.

Цель нашей работы – определение целесообразности проведения простатотропной терапии для улучшения функциональных результатов после оперативного лечения варикоцеле у подростков и молодых мужчин. Настоящая ра-

бота основана на результатах исследования эякулята у пациентов с варикоцеле, полученных до и после оперативного устранения варикоцеле с соблюдением всех условий получения эякулята у этих пациентов с обязательным согласием родителей у пациентов до 18 лет. Исследовали эякулят, полученный методом мастурбации после трехдневного воздержания. Оценку проводили в соответствии с критериями ВОЗ. Учитывали объем порции, концентрацию сперматозоидов в 1 мл, их жизнеспособность и активность. Изучали их морфологию с учетом нормы и патологических изменений в области головки, шейки и хвоста сперматозоидов. Проводили микроскопический анализ секрета предстательной железы с целью подтверждения или исключения в ней воспалительного процесса. Работа проводилась в соответствии с принципами Хельсинской декларации ВОЗ по проведению биомедицинских исследований на людях. Исследования проводились в клинике Куликовича (г. Днепр).

Исследования выполнены у 46 юношей и молодых мужчин в возрасте 16–22 лет, страдавших левосторонним варикоцеле II–III степеней и имеющих опыт половой жизни. Пациентам выполнено оперативное лечение варикоцеле по Мармару, Иванисевичу, и лапароскопическое клипирование левой внутренней семенной вены. Помимо спермограммы в дооперационном периоде и через 3 месяца в послеоперационном периоде всем пациентам выполнена доплерография сосудов мошонки и малого таза, исследования гормонов: ЛГ, ФСГ, тестостерона, эстрадиола и пролактина.

Конгестивными расстройствами предстательной железы по данным УЗИ считали изменения эхогенности и неоднородность структуры железы, а также наличие на доплерографии расширенных вен перипростатического сплетения более 3,5–4 мм в диаметре с положительной пробой Вальсальвы (Е.А. Квятковский). При этом у пациентов с варикоцеле в сочетании с тазовой конгестией частота патоспермии составляла 49%.

Всем пациентам проводилась медикаментозная терапия, включающая в себя венотоники, рыбоксин, аэвит, а также ректальные суппозитории Простекс (Voifarma) с целью простатотропной терапии по 1 свече 2 р. в сутки ректально в течение месяца до операции и в течение 1 месяца после оперативного вмешательства как послеоперационная реабилитация.

На протяжении последних 10 лет опубликовано около 10 научных работ сотрудниками отдела сексологии и андрологии Института уро-

логии НАМН Украины под руководством профессора И.И. Горпинченко, где освещено положительное влияние *Tribulus terrestris* на организм мужчины с сексуальными нарушениями. Загадочный Трибулус известен с древних времен как «Вино молодости» и является естественным клеточным биостимулятором. Этим пациентам назначали препарат Трибекс (Базкид Фарм Групп, Украина).

Активные компоненты препарата Трибекс:

- Фуростаноловые сапонины – преимущественно протодиосцин;
- Спиростаноловые сапонины – диосгенин, тигогенин, руспогенин – регулируют уровень липидов крови, нормализует функцию эндокринных желез;
- Флавоноиды – кемпферол, кверцетин, рутин – снижают уровень липидов, оказывают мягкий мочегонный эффект;
- Алкалоиды – оказывают вазодилатирующее действие, активизируют кровообращение в половых органах;
- Ненасыщенные жирные кислоты, витамины, танины.

Протодиосцин – это фитомолекула фуростанолового сапонины со стероидной структурой. Основным механизмом действия связан с повышением выработки андрогенных и гестагеновых гормонов и влияние на половую функцию. Дополнительный эффект – способствует увеличению высвобождения оксида азота (NO) – сосудорасширяющий эффект и, как следствие, улучшение эректильной функции, профилактика Протодиосцин влияет на половую функцию сердечно-сосудистых событий (инфарктов, инсультов).

Протодиосцин влияет на половую функцию:

- повышает уровень лютеинизирующего ЛГ и ФСГ ФСГ гормона (вырабатываемых гипофизом и регулируют естественный синтез половых гормонов):
- в клетках Лейдига повышает синтез тестостерона и других андрогенов (дигидротестостерон, дегидроэпиандростерон);
- потенцирует сперматогенез и активность сперматозоидов;
- стимулирует синтез прогестерона и андрогенов в желтом теле;
- вызывает Эстрогензависимую индукцию овуляции;
- метаболизируется в организме до дегидроэпиандростерона (ДГЭА);
- повышает проницаемость клеточных мембран;
- улучшает эректильную функцию;

— влияет на метаболизм холестерина (холестерин является исходным веществом для синтеза всех стероидов — мужских и женских).

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* при олигозооспермии улучшает подвижность, количество сперматозоидов, улучшает их морфологию, увеличивает уровень тестостерона крови и ЛГ при уменьшении ФСГ, улучшает сексуальную функцию.

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* (по 450 мг 2 р/д 3 мес.) улучшает эрекцию, эякуляцию и качество сексуальной жизни у пациентов с умеренной эректильной дисфункцией, в том числе и с умеренной артериальной эректильной дисфункцией.

Терапия экстрактом *Tribulus terrestris* (по 400 мг 2 р/д 2 мес.) доказано повышает либидо, улучшает сексуальную функцию у мужчин пожилого возраста.

Основными критериями эффективности проводимой терапии были качественные показатели эякулята и состояния предстательной железы.

В отсутствие трофической поддержки замедляется восстановление структуры и функ-

ции простаты, что проявляется малой подвижностью сперматозоидов, отсутствием увеличения фракции живых клеток и в конечном итоге является негативным фактором прогноза фертильности.

У всех пациентов с тазовой конгестией, имевших патоспермию и высокую степень риска субфертильности до начала лечения, после комплекса лечебных мероприятий наблюдалось улучшение состояния сперматогенеза и качества спермы, что демонстрирует необходимость проведения данного курса терапии у этих пациентов в до- и послеоперационном периоде. При недиагностированном сочетанном варикозном процессе в мошонке и малом тазу повышается риск репродуктивных нарушений в будущем вследствие развития дистрофических процессов в предстательной железе. В связи с этим диагностический алгоритм у пациентов с варикоцеле обязательно должен предусматривать проведение УЗИ почек, надпочечников, мочевыводящих путей, органов мошонки и предстательной железы, совместно с доплерографией вен гроздевидного и простатического сплетений, результаты которых будут определять дальнейшую лечебную тактику.

РОЛЬ ФИТОПРЕПАРАТОВ ПРОСТАПЛАНТА ФОРТЕ И ПРОСТАМЕДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ВЫРАЖЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ДИЗУРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

*В.П. Стусь¹, И.М. Русинко², Е.А. Квятковский³, Н.Ю. Полион¹,
В.В. Коштура⁴, В.Н. Корягин⁵, Е.П. Украинец⁶*

¹ ГУ «ДМА МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская ГБ № 12»

³ КУ «Днепропетровская 9 ГКБ»

⁴ КУ «Днепропетровская 6 ГКБ»

⁵ КУ «Днепропетровская ГП № 4»

⁶ КУ «Днепропетровская ОКБ им. И.И. Мечникова»

Хронический простатит (ХП) поражает мужчин преимущественно молодого и среднего возраста, то есть наиболее сексуально активных, и нередко осложняется нарушением копулятивной и генеративной функций.

В настоящее время ХП рассматривается большинством специалистов, как воспалительное заболевание инфекционного генеза с возможным присоединением аутоиммунных нару-

шений, характеризующееся поражением как паренхиматозной, так и интерстициальной ткани предстательной железы.

По данным различных авторов от 10 до 80% мужчин старше 18–20 лет страдает этим заболеванием.

Современная медицина не располагает углубленными и достоверными сведениями относительно причинных факторов и механизмов