

- 61–70 лет – 15 человек (22,4%);
- 71–77 лет – 6 человек (8,96%).

Выполнено 19 операций:

- варикоцелэктомия по Мармару – 8 (после снятия воспалительного процесса в придатке яичка);
- удаление кист головки придатка – 7;
- резекция головки придатка яичка по поводу кист – 2 операции с формированием эпидидимоорханастамозов;
- орхэктомия по поводу гнойного орхоэпидидимита – 2.

Средний койко-день составил 10,9 дня. Работающих – 28 человек. Неработающих – 28 человек, пенсионеров – 11 человек.

Основной курс лечения пациентов мы проводили в хирургическом отделении. Он включал в себя:

1. Строгий постельный режим до исчезновения острой фазы воспаления (3–5 суток).
2. Полноценное диетическое питание.
3. Обеспечение полного покоя воспаленному органу.
4. Внутривенная инфузионная терапия в течение 5–6 дней, включающая в себя 5%-ный раствор глюкозы, раствор Рингера, большие дозы аскорбиновой кислоты, левофлоксацин (Абифлокс 500 мг / 100 мл, Abfyl), Орнидазол 500 мг / 100 мл (Дарница), Реамберин 400 мл, Коргликон, Аспаркам. Внутримышечное введение препаратов цефалоспоринового ряда: Лораксон (Exir Pharmaceutical) или Эмсеф (Abryl)

по 1 г 2 раза в сутки в течение 10 дней. Пероральный прием Абифлокса по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, Фуцис по 50 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, гепатопротекторы, пробиотики (Нормагут, Mega Lifesciences) по 2 капс. 2 раза в день в течение 10 дней), алое по 1 амп. внутримышечно ежедневно в течение месяца. Внутривенно струйно медленно антигипоксикант Тиосульфат натрия 30% по 10 мл 1 раз в день в течение месяца. Примочки с Димексидом, разведенным в кипяченой воде (1:5) 4–5 раз в сутки 7–10 дней.

После улучшения соматического состояния пациента, уменьшения явления воспаления в яичке назначаем физпроцедуры на соответствующую половину мошонки – электрофорез с гидрокортизоном 1 раз в день ежедневно 10–12 процедур. Если у пациента формировался абсцесс мошонки, проводили его вскрытие и дренирование мошонки. При расплавлении яичка выполняли орхофуникулектомию.

Таким образом, своевременная диагностика воспалительных заболеваний органов мошонки – залог их успешного консервативного медикаментозного излечения. Учитывая, что остаточные очаги воспаления практически всегда остаются в придатке яичка в случае при повторном обострении эпидидимита или орхоэпидидимита у этих пациентов, мы выполняли им оперативное вмешательство – резекция придатка яичка или эпидидимэктомия с гистологическим исследованием оперативного материала.

## СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ПО ДАННЫМ СПЕРМОГРАММ

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, И.М. Русинко<sup>2</sup>, Г.В. Даниленко<sup>2</sup>,  
Н.М. Русинко<sup>2</sup>, Н.Ю. Полион<sup>1</sup>, Н.Н. Ратова<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «ДМА МЗ Украины»

<sup>2</sup> КНП «Городская больница №12» ДГС

<sup>3</sup> ЧП «Клиника доктора Куликовича»

Хронический простатит (ХП) встречается у мужчин от 3% до 35%. ХП является самым распространенным урологическим заболеванием, с симптоматикой которого мужчины обращаются к урологу. При неэффективном лечении у пациентов молодого возраста может развиваться эректильная дисфункция и репродуктивные расстройства. Все это заставляет искать новые методы диагностики и лечения данного заболева-

ния. Особого внимания заслуживает поиск новых диагностических методик.

Основной причиной развития осложнений в репродуктивной сфере 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 аглютинацию. Работ, освещающих состояние репродуктивной функции у молодых мужчин при ХП, и способов профилактики ее нарушений, единичны.

Настоящая работа основана на результатах исследования эякулята у пациентов с ХП и подозрением на нарушение репродуктивной функции. Исследовали эякулят, полученный методом мастурбации, после трехдневного воздержания. Оценку проводили в соответствии с критериями ВОЗ. Исследования проводились в соответствии с принципами Хельсинской декларации ВОЗ по проведению биомедицинских исследований у людей. Исследования проводились в лицензированной лаборатории клиники Куликовича (г. Днепр).

Спермограмма – это лабораторное исследование эякулята, которое позволяет оценить возможность мужской спермы оплодотворить женскую яйцеклетку. Результаты спермограммы помогают выявить бесплодие у мужчин и определить его причины. Исследуя эякулят, врач имеет возможность оценить степень мужского здоровья. Кроме того, спермограмма помогает выявить целый ряд заболеваний мочеполовой системы (простатит, заболевания, передающиеся половым путем и т.д.).

Оценивать «качество» спермы по отдельным показателям некорректно – необходимо учитывать все показатели комплексно.

Расчет показателей спермограммы сегодня ведется по нормативам ВОЗ. Они являются общепринятыми.

Изменения спермы могут носить различный характер:

- азооспермия – полное отсутствие сперматозоидов в представленном эякуляте;
- акинозооспермия – сперматозоиды в образце есть, но все они неподвижные;
- лейкоцитоспермия – выявление избыточного количества лейкоцитов в эякуляте;
- тератозооспермия – количество сперматозоидов с аномальным строением (больше 50%) в эякуляте;
- астенозооспермия – сперматозоиды обладают пониженной подвижностью;
- антиспермальные антитела – антитела, которые мужской организм вырабатывает для противодействия сперматозоидам;
- гемоспермия – наличие эритроцитов в эякуляте;
- некрозооспермия – отсутствие живых сперматозоидов в эякуляте;

– нормозооспермия – выявление любых отклонений от нормы, которое может повлиять на возможность зачатия;

– олигозооспермия – объем выделяемой спермы недостаточный (ниже 2 мл);

– полиспермия – повышенное количество сперматозоидов в эякуляте или его большой объем (более 8–10 мл);

– пиоспермия – гнойные включения в эякуляте;

– нормоспермия – все показатели в пределах нормы.

Важные показатели спермограммы:

Физико-химические исследования:

1. Количество – 2–6 мл.
2. Цвет – серовато-белый.
3. Мутность – мутная.
4. Запах – цветочный каштана.
5. Вязкость (после полного разжижения) – 0,1–0,5 см.
6. pH – слабощелочная.
7. Время разжижения – 5–30 минут.
8. Количество сперматозоидов в 1 мл. – 20–120 млн/мл.
9. Количество сперматозоидов во всем объеме – более 150 млн.
10. Количество живых сперматозоидов – 80–90%.
11. Количество мертвых сперматозоидов – 10–20%.

Морфологические исследования:

1. Клетки сперматогенеза – 0,5–2%.
2. Лейкоциты – единичные.
3. Эритроциты – единичные.
4. Лецитиновые зерна – большое количество.
5. Спермагглютинация – (–).
6. Спермагрегация – (–).
7. Макрофаги – нет.
8. Кристаллы Бетхера – нет.
9. Слизь – нет.
10. Микрофлора – нет.
11. Атипические клетки – нет.

Кирнезиограмма через 1 час:

1. Нормокинезис – 80–90%.
  2. Гипокинезис – 10–12%.
  3. Дискинезис – 0%.
  4. Акинезис – 6–10%.
- Дифференциальная спермиограмма:
1. Нормальные формы – 80–85%.
  2. Юные формы – 0%.
  3. Старые формы – 0%.
  4. Дегенеративные формы (патология) – 0–20%.

Важную роль при анализе спермограммы играет показатель плодовитости Фарриса. Это

произведение объема в мл мужской спермы, процента подвижных сперматозоидов и их числа в 1 мл спермы, разделенные на 100. При норме показатель Фарриса должен быть не менее 200.

Причинами изменений могут быть гормональные нарушения, поэтому при плохих результатах необходимо назначать анализ крови на гормоны (ФСГ, ЛГ, тестостерон и др.).

С сентября 2014 по июль 2020 года нами проведено микроскопическое исследование 585 образцов спермальной жидкости у пациентов с ХП. У всех этих пациентов одновременно произведен посев эякулята на флору.

Патогенная флора высеяна в 52% случаев, в остальных случаях флора не обнаружена. В бакпосевах эякулята были выявлены:

- Enterococcus faecalis – 30%;
- Staphylococcus aureus – 10%;
- Candida albicans – 10%;
- Echerichia coli – 8%;
- Staphylococcus gaemoliticus – 8%;
- Staphylococcus saprofiticus – 8%;
- Proteus mirabilis – 4%;
- Streptococcus epidermidis – 14%;
- Micrococcus cuteus – 4%;

- Enterobacter aurogenes – 2%;
- Klebsiella pneumoniae – 2%.

В 67,4% спермограмм выражена лейкоцитоспермия. Спермагглютинация выражена в 12 спермограммах + + + +, в 150 спермограммах – + + +, в 100 спермограммах – + +, в 95 спермограммах – +.

Спермагглютинация – это процесс склеивания сперматозоидов. Причиной такого состояния может быть нарушение работы иммунной системы или наличие воспалительного процесса в половых органах.

Показатель плодовитости Фарриса ниже нормы отмечен в 92,4%.

Полученные результаты говорят о том, что у большинства пациентов с ХП обнаружено нарушение сперматогенеза. Всем пациентам проведено комплексное медикаментозное лечение. После комплекса лечебных мероприятий на контрольных спермограммах у большинства пациентов получено улучшение качества эякулята.

В заключение хочется отметить, что все пациенты с ХП наряду с другими методами обследования нуждаются в выполнении микроскопического исследования спермальной жидкости с посевом ее на флору.

## МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПРОГНОЗІВ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*С.О. Возіанов, С.М. Шамраєв, В.Д. Васильєва, Д.М. Шамраєва, В.П. Стусь,  
М.Ю. Поліон, В.М. Краснов, М.А. Рідченко, А.П. Кондратенко*

*ДУ «Інститут урології НАМН України»*

Мета дослідження: розробка математичної моделі прогнозування результату раннього післяопераційного періоду у пацієнтів з карциномою сечового міхура.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 307 пацієнтів (з 2008 до 2018 р.), що перенесли відкриту радикальну цистектомію (ВРЦЕ). Пацієнти були розподілені на 2 групи. До 1-ї групи увійшли хворі РСМ, які мали сприятливий результат раннього післяопераційного періоду – 152 (49,5%) пацієнта. У 2-й групі представлені 155 (50,5%) пацієнтів, що мали ускладнений перебіг періопераційного періоду. До післяопераційних ускладнень були віднесені: інфікування та діастаз країв післяопераційної рани, необхідність гемотрансфузії,

гострий флеботромбоз, лімфоцеле, гематоцеле, що не могла бути розрішена консервативно, товстокишкова непрохідність та неспроможність кишкового анастомозу. Для оцінки досліджуваних параметрів використовувалась величина діагностичного коефіцієнта (ДК) із застосуванням неоднорідної послідовності процедури розпізнавання, яка базується на методиці Байєса.

Результати дослідження Спосіб застосування методу полягає у співвідношенні всіх отриманих параметрів пацієнта з відповідними діапазонами значень і відповідних їм ДК. Отримані коефіцієнти підсумовуються і при досягненні порогової суми +25 з імовірністю 95% можемо прогнозувати сприятливий перебіг раннього післяопераційного періоду, при досягненні