

3 лет. До лечения у всех пациентов исключены: уретрит, ИППП и другая условно-патогенная флора. В секрете ПЖ, эякуляте отмечено нормальное содержание лейкоцитов с уменьшением числа лецитиновых зерен. Уровень гонадотропных гормонов у всех больных находился в пределах нормы, а уровень тестостерона у половины обследуемых пациентов был на нижней границе нормы (12 нмоль/л), что свидетельствовало об инфицировании ранее гонад ИППП. Показатель ПСА у всех пациентов был ниже 2 нг/мл. Изменение состояния больных оценивали в динамике: до лечения, через 4 недели и через 12 недель после лечения. Пациенты были разделены на две группы. В первую (основную) группу вошел 41 пациент, у которого при обследовании половых гормонов уровень тестостерона находился на нижней границе нормы (12 нмоль/л), они получали комбинированную терапию спермстронг по 1 таблетке 2 раза в день и тестогенон по 1 таблетке 1 раз в день в течение 12 недель. Вторую группу сравнения составили 22 пациента, которые получали только

спермстронг в такой же дозе и с такой же продолжительностью при нормальных значениях тестостерона.

Результаты. В основной группе у 85,4 % больных, получавших комбинированную терапию, отмечен более выраженный положительный клинический эффект через 12 недель после прекращения лечения — увеличение концентрации и подвижности сперматозоидов до нормозооспермии, повышение уровня тестостерона до нормальных значений, повышение качества эрекции. В контрольной группе больных, получавших монотерапию, эффект достигнут у 40,9 % пациентов. У 7 жен пациентов основной группы и 2 жен больных контрольной группы наступила беременность.

Заключение. Комбинированная терапия эффективна, безопасна, не имеет побочных эффектов и может применяться при умеренном андрогенодефиците в комплексном лечении репродуктивных нарушений у мужчин, перенесших ИППП. Она увеличит вероятность успешного зачатия и нормального течения беременности у жен пролеченных пациентов.

СОСТОЯНИЕ МОЧЕПОЛОВОГО ВЕНОЗНОГО СПЛЕТЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ

© А.А. Капто, И.В. Виноградов

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ (г. Москва)

Введение. Большинство урологов считают, что наличие варикоцеле связано только с гипотрофией яичка и нарушением сперматогенеза. Вместе с тем последние научные данные свидетельствуют о том, что венозные системы полового члена, предстательной железы (ПЖ), семенных пузырьков, яичек, семенных канатиков, мошонки, нижних мочевых путей объединены в единую венозную систему мочеполовых органов. В настоящей работе сделана попытка оценить состояние мочеполового венозного сплетения у больных с варикоцеле.

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2017 год было обследовано 216 пациентов с варикоцеле. Обследование пациентов включало в себя опрос, физикальный осмотр, выполнение пробы Иванисевича,

анализ эякулята, проведение ультразвукового исследования органов мошонки и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) ПЖ, цветное доплеровское ТРУЗИ ПЖ в покое и при пробе Вальсальвы.

Результаты исследования. Возраст больных был от 18 до 83 лет и в среднем составлял 35,4 года. Диагноз варикоцеле был верифицирован по данным скротальной доплерографии. Варикоцеле было левосторонним у 131 (60,6 %), двусторонним у 81 (37,5 %) и правосторонним у 4 (1,9 %) пациентов. При анализе эякулята патоспермия была обнаружена у 129 пациентов (59,7 %), а повышенное содержание лейкоцитов (более 1 млн в 1 мл) — у 152 пациентов (70,4 % случаев). У 98 пациентов (45,4 % случаев) отмечались

выраженные локальные изменения в ПЖ в виде фокусов фиброза и кальциноза. У 24 пациентов (11,1 % случаев) по данным ТРУЗИ были выявлены кисты ПЖ. Во всех случаях отмечалось расширение вен парапростатического сплетения на стороне выявленного варикоцеле. Во всех случаях диаметр вен простатического венозного сплетения положительно коррелировал с диаметром вен правого и левого гроздевидного сплетения. Средний диаметр, пик и скорость антеградного кровотока в простатическом венозном сплетении были выше у мужчин с двусторонним варикоцеле и ниже у больных с односторонним варикоцеле. При максимальном диаметре вен от 1 до 4 мм (видимый варикоз) скорость кровотока в них составляла 1–3 см/с, а при пробе Вальсальвы — до 5 см/с. При максимальном диаметре вен от 5 до 10 мм (значимый варикоз) скорость кровотока в них составляла 3–5 см/с, а при пробе Вальсальвы — 5–15 см/с. При максимальном диаметре вен более 10 мм (выраженный варикоз) скорость кровотока в них составляла более 5 см/с, а при пробе Вальсальвы — более 15 см/с.

Обсуждение. Связь варикоцеле с венозным полнокровием ПЖ ранее была изучена в работах Н. Sakamoto и Y. Ogawa (2008), Y. Gat et al. (2008), А.И. Неймарка и др. (2013). Однако в практической работе врача-уролога оценка состояния вен предстательной железы как маркера состояния мочевого венозного сплетения у пациентов с варикоцеле в подавляющем большинстве случаев не проводится.

Заключение. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что выявление расширенных вен парапростатического сплетения как маркера состояния мочевого венозного сплетения по данным ТРУЗИ указывает на наличие варикоцеле и связанного с ним венозного полнокровия простаты. При этом варикоз простаты всегда выявляется на стороне варикоцеле и является ипсилатеральным при одностороннем варикоцеле и билатеральным — при двустороннем. Это позволяет определить варикоцеле как причину не только гипотрофии яичка и патоспермии, но и как причину тазовых нарушений у мужчины, связанных с венозным полнокровием.

К ПАТОГЕНЕЗУ РЕЦИДИВНОГО ВАРИКОЦЕЛЕ

© А.А. Капто, И.В. Виноградов

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки РФ (г. Москва)

Введение. Большинство урологов считают, что случаи рецидивов варикоцеле связаны с плохой хирургической техникой. Однако развитие рецидивного левостороннего, правостороннего и двустороннего варикоцеле после левосторонней варикоцелэктомии этим обстоятельством объяснить нельзя. В настоящей работе сделана попытка уточнить патогенез рецидивного варикоцеле.

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2017 год было обследовано 216 пациентов с варикоцеле. Обследование пациентов включало в себя опрос, физикальный осмотр, выполнение пробы Иванисевича, анализ эякулята, проведение ультразвукового исследования органов мошонки и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ)

ПЖ, цветное доплеровское ТРУЗИ ПЖ в покое и при пробе Вальсальвы. Оперативное лечение осуществляли трансскротальным доступом по линии Веслинга. Контрольное обследование проводили через 3 и 6 месяцев после операции. В случаях рецидивного варикоцеле проводили магнитно-резонансное исследование нижней полой вены и сосудов малого таза, ретроградную флебографию почечных и подвздошных сосудов с флеботонометрией.

Результаты исследования. Возраст больных был от 18 до 83 лет и в среднем составлял 35,4 года. Диагноз варикоцеле был верифицирован по данным скротальной доплерографии. Варикоцеле было левосторонним у 131 (60,6 %), двусторонним у 81 (37,5 %)