

УРОЛОГИЯ, АНДРОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ – 2016: Материалы научно-практической конференции / Под ред. В.Н.Лесового, И.М.Антоняна и др. – Харьков, 2016. - 339 с.

В сборнике всесторонне освещены вопросы наиболее распространенных заболеваний мочевыделительной и половой системы. В тематических разделах представлены статьи и тезисы, посвященные наиболее актуальным проблемам онкологической, гериатрической и педиатрической урологии; представлены достижения визуальной и лабораторной диагностики, опыт хирургов-урологов и врачей-репродуктологов. Особое внимание уделено актуальным проблемам нефрологи, трансплантации и диализа.

Материалы представляют научный и практический интерес для урологов, андрологов, гинекологов, нефрологов, трансплантологов, хирургов, сексопатологов, семейных врачей и врачей-интернов.

Редакционная коллегия: В.Н. Лесовой, И.М. Антонян, Н.М.Андоньева, Д.В.Щукин, И.А.Гарагатый, А.В.Аркатов, В.И. Савенков, Г.Г.Хареба, И.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.А.Торак

Редакция не несет ответственности за содержание статей, представленных авторами.

УДК 616-01/09
ISBN 978-617-578-157-9

ЕФЕКТИВНІСТЬ СЕЛЕКТИВНОЇ ТРАНСАЗАЛЬНО-ТРАНСФЕНОЇДАЛЬНОЇ КРІОДЕСТРУКЦІЇ АДЕНОПОФІЗУ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ <i>О.В. Циганков, Л.В. Деримедвідь, К.О. Циганкова, N.Baker</i> м. Харків	100
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРЦИАЛЬНЫХ НЕФРЭКТОМИЙ ИЗ ОТКРЫТОГО ЛЮМБАЛЬНОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПОВ <i>С. Н. Шамраев, С.А. Возианов, Д. Н. Шамраева, В. Д. Васильева, И.О. Генбач</i> г.Киев, г. Красный Лиман	101
СЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК: ПОЛНОСТЬЮ ИНТРАРЕНАЛЬНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ <i>Д.В. Щукин, И.А. Гарагатый, И.М. Антонян, Г.Г. Хареба, Н.Н. Поляков, П.В. Мозжаков, В.А. Лийченко</i> г. Харьков	104
МАРКЕРИ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ЯК ІНДИКАТОРИ ДИНАМІКИ СТАНУ У ОНКОУРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ <i>П.Г. Яковлев, Д.А. Ключин, В.С. Сакало</i> м.Київ	105
KIDNEY PROBLEMS OF THE LUNG CANCER <i>Yu.V. Dumansky, O.Yu. Stolyarova, V.A Stepko., O.V. Syniachenko, Yu.O. Potapov</i> Lyman	107
РЕПРОДУКТИВНОЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ	
ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА РАЗВИТИЕ ПАТОСПЕРМИИ <i>И.М. Антонян, Т.В. Березная, А.В. Чепенко</i> г. Харьков	109
УРОГЕНІТАЛЬНА ІНФЕКЦІЯ І СТАН РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЧОЛОВІКІВ <i>С.І. Баранник, Є.П. Українець, К.С. Бараннік</i> м. Дніпропетровськ	109
К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ <i>Г.В. Бачурин, Б.Е. Барковский, В.И. Бачурин, Е.Г. Нордио</i> г. Запорожье	111
КОРЕКЦІЯ ПОКАЗНИКІВ РЕПРОДУКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІДІОПАТИЧНИМ БЕЗПЛІДДІЯМ. <i>М.І. Бойко</i> м. Київ	114
ПРИМЕНЕНИЕ РЕКТАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЕВ ПРОСТЕКС В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА. <i>А.И. Гарагатый</i> г. Харьков	115
ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РЕКТАЛЬНИХ ФОРМ САМПРОСТУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПРОСТАТИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ АСТЕНОСПЕРМІЄЮ <i>І.І. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко</i> м. Київ	117
СОВРЕМЕННАЯ ФИТОТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ <i>И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко</i> г. Киев	125
РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко</i> г. Киев	132
ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С МУЖСКИМ ГИПОГОНАДИЗМОМ <i>Джафарова Земфира Ибрагим кызы</i> г. Баку, Азербайджан	136
ЧИ Є МІСЦЕ ФІТОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ДГПЗ/СНСШ? <i>В.І. Зайцев</i> м. Чернівці	137
КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ У ПОЄДНАННІ З ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ <i>О.В. Кнігавко</i> м. Харків	139

плідності Фарриса складав 47 ± 9 , що значно менше за норму (>200). У 27 первинних аналізах сперми визначали збудника *Ureaplasma urealyticus*, *Chlamydia trachomatis*, *T. vaginalis*.

Всім пацієнтам проводили комплексне лікування згідно із видом визначеної інфекції та стандартними протоколами. Лікування проводили одночасно обох партнерів, яким забороняли статеві стосунки до повного одужання. Під час лікування пацієнти суворо дотримувалися гігієнічного та дієтичного режиму. Тривалість антибактеріальної терапії складала 10-14 діб, що відповідає тривалості 3-х життєвих циклів хламідій. Контроль вилікованості урогенітальної інфекції проводили через 7-10 діб після закінчення лікування та через 2-3 місяці. Контрольний аналіз спермограми проводили через 3 місяці після закінчення комплексної антибактеріальної терапії та отримання позитивних результатів (вилікованості) лікування.

Проведене комплексне лікування урогенітальної інфекції у пацієнтів, що страждають на безплідність, через 3 місяці після закінчення лікування призвело до покращення показників спермограми. Так, збільшилася кількість пацієнтів із нормозооспермією до 15 (35,7%) і зменшилася кількість пацієнтів до 25 (59,5%), у яких була олігозооспермія різного ступеня. Олігозооспермія I ступеню була у 16 (38,1%) пацієнтів, II ступеня – 7 (16,6%) пацієнтів, III ступеня – 2 (4,8%) пацієнтів. У 2 (4,8%) пацієнтів залишилася азооспермія, причиною якої були інші фактори. Майже у тричі зменшилася кількість пацієнтів до 11 (26,2%), у яких спостерігали тератоспермію. Крім того, серед сперматозоонів значно збільшилася кількість малорухомих форм до $25 \pm 4\%$ (проти $53 \pm 8\%$ до лікування) і нерухомих форм до $15 \pm 2\%$ (проти $28 \pm 5\%$ до лікування). Серед них неживі форми складали $16 \pm 3\%$ (проти $35 \pm 3\%$ до лікування).

Стосовно інших показників спермограми слід відзначити, що на фоні значного збільшення його об'єму до $6,0 \pm 0,7$ мл (проти $2,0 \pm 0,8$ мл до лікування) отримали поліпшення його якісних показників. Так, отримали збільшення цього в'язкості майже до норми. В полі зору визначали зменшення кількості клітин епітелію (багато), лейкоцитів до 3-8 (8-12 до лікування), еритроцитів до 0-1 (3-5 до лікування). Зерна ліпідів визначалися у великій кількості. Показник плідності Фарриса складав 120 ± 16 (до лікування – 47 ± 9), що було менше за норму (>200) проте отримано його достатнє зростання. Тільки у 2-х випадках первинних аналізів сперми визначали збудника *Chlamydia trachomatis*.

Висновки. Урогенітальна інфекція у чоловіків не тільки обумовлює морфологічні і функціональні зміни з боку статевих органів, але й може стати причиною розвитку порушень копулятивної функції і розвитку чоловічої безплідності. Своєчасно проведене комплексне лікування ППСШ покращує кількісні і якісні показники спермограми, проте в жодному випадку не було отримане повне відновлювання всіх показників, що свідчить не тільки про шкідливу дію самих збудників на морфологію статевих органів, але й негативний вплив самих антибактеріальних препаратів.

Література:

1. Адамова Г.М. Планування сім'ї / Г.М. Адамова, А.М. Кенней, Р.В. Баріло та ін. Навчальний посібник - Київ, 2006. - 236 с.
2. Горпинченко И.И. Мужское бесплодие / И.И. Горпинченко // Репродуктивное здоровье (Doctor). – 2001. – 5 (9). – С. 36-39.
3. Яковлев С.В. Современные подходы к антибактериальной терапии инфекций мочевыводящих путей / С.В. Яковлев // Consilium-medicum. – 2001. - №3. - С. 300–306.
4. Яковлев С.В., Деревянко И.И. Какие антибиотики действительно нужны для лечения урогенитальных инфекций? / С.В. Яковлев, И.И. Деревянко // Consilium-medicum. – 2004. №6. - С. 40–45.
5. Antinori S. Fertilization with testicular human spermatids: four successful pregnancies / S. Antinori, C. Versaci, G. Dani et al. // Hum Reprod. - 1997. - N12. – P.286–291.

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Г.В. Бачурин, Б.Е. Барковский, В.И. Бачурин, Е.Г. Нордио

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Введение. Хронический простатит практически занимает одно из первых мест среди патологии предстательной железы. Он может быть как результат перенесенного острого простатита, так как и первично самостоятельное заболевание. Особенность этого заболевания заключается в том, что оно поражает в основном мужчин молодого и среднего возраста. Проблема его лечения очень важная, но одновременно и очень тяжелая. В настоящее время большое внимание уделяется абактериальному простатиту, в то время, как бактериальный простатит встречается значительно чаще, и результаты его лечения нас не удовлетворяют.

Цель исследования. Проанализировать собственные результаты лечения больных хроническим простатитом, определив источник инфицирования простаты путем выявления

микрофлоры в моче и простатическом соке, и выявить ее чувствительность к имеющимся антибиотикам.

Материал исследования. В течение 2015 года в нашей урологической клинике пролечено 258 мужчин с простатитом. Из них 169 человек были с хроническими воспалительными процессами предстательной железы. Возраст больных колебался от 28 до 52 лет. Продолжительность заболевания хроническим простатитом варьировала от 2 лет (31 человек) до 5 лет и больше (138 человек).

Результаты исследования. Следует отметить, что данный контингент больных предварительно проходил всевозможные методы лечения в амбулаторных условиях или других лечебных учреждениях. В связи с отсутствием эффекта от лечения (ноющие боли в промежности, внизу живота, чувство не полного опорожнения мочевого пузыря и т.д.) они были госпитализированы в нашу урологическую клинику. При комплексном обследовании гомеостаза у больных в первую очередь определяли наличие инфекции в мочевых путях методом бакпосевов мочи и простатического сока. При этом инфекция в разных комбинациях в моче была выявлена у 122 больных (83,6%), и только у 23 больных рост инфекции не выявлено (16,4%). При этом моно инфекция определена у 76 человек (62,3%) в то время как микст-инфекция определена у 46 больных (37,7%) (Табл.1.)

Таблица 1

Характер инфекции у больных хроническим простатитом выявленной в моче

Моно инфекция		Микст-инфекция	
Наименование	Кол-во боль- ных	Наименование	Кол-во боль- ных
Enterococcus faecalis	23	Enterococcus faecalis Staphylococcus epidermidis	12
Staphylococcus epidermidis	17	Escherichia coli Staphylococcus epidermidis Staphylococcus pneumoniae	5
Staphylococcus haemolyticus	10	Staphylococcus epidermidis Streptococcus pyogenes Cor. cutitidis	5
Streptococcus pneumoniae	7	Staphylococcus haemolyticus Staphylococcus epidermidis	4
Escherichia coli	6	Escherichia coli Staphylococcus haemolyticus Cor. неопределенной группы	3
St. aureus	5	Staphylococcus pneumoniae Staphylococcus haemolyticus	3
Streptococcus pyogenes	3	Enterococcus faecalis Staphylococcus haemolyticus	3
Str. agalactiae	2	Str. mitis Staphylococcus epidermidis	3
Str. mitis	1	Staphylococcus pneumoniae St. Aureus Cor. minutissimum	3
Kl. pneumoniae	1	Staphylococcus epidermidis Streptococcus pyogenes	3
Ps. aerogenosae	1	Enterococcus faecalis Streptococcus pneumoniae	2
Всего	76		46

Как видим из данных таблицы особенностью этой группы больных является то, что моно инфекция, как основная причина хронического простатита значительно превышает количество больных с микст-инфекцией. В группе больных моно инфекцией ведущими микробактериями в этом процессе были Staphylococcus (epidermidis, haemolyticus, aureus) – 32 человека, Enterococcus faecalis (23 человека), Streptococcus (pneumoniae et pyogenes) - 10 человек. У остальных 11 человек микроорганизмы распределены между Escherichia coli (6 человек), Str. agalactiae et mitis (3 человека) и Kl. pneumoniae et Ps. aerogenosae соответственно по 1 человеку.

Основной причиной среди больных с микст-инфекцией были стафилококки, которые входили в различные сочетания с другими микроорганизмами у 44 больных из 46. Следует отметить, что у 25 больных составной частью смешанной инфекции была также кишечная палочка (46 больных).

Учитывая результаты полученные в бактериологической лаборатории при лечении больных хроническим простатитом количество «полезных» антибиотиков которые бы успешно влияли на микроорганизмы значительно уменьшается. Например, линезолид с успехом был применен только у 15 больных, ванкомицин – у 13 больных, гатифлоксацин - у 12 больных, линкомицин – у 11 больных.

Одновременно с определением микрофлоры в моче параллельно проводили и бактериологическое исследование простатического сока (Табл. 2).

Таблица 2.

**Характеристика инфекции у больных хроническим простатитом
выявленной в простатическом соке**

Моно инфекция		Микст-инфекция	
Наименование	Кол-во боль- ных	Наименование	Кол-во боль- ных
Enterococcus faecalis	2	Staphylococcus epidermidis Streptococcus pneumoniae	1
Escherichia coli	2	Enterococcus faecalis Staphylococcus haemolyticus Streptococcus pyogenes	1
Staphylococcus haemolyticus	3	Staphylococcus haemolyticus Streptococcus pneumoniae Enterococcus faecalis	1
Staphylococcus epidermidis	2	Staphylococcus haemolyticus Cand. albicans	1
Acin baumannii	1	Enterococcus faecalis St. aureus	1
Streptococcus pyogenes	1	Staphylococcus epidermidis Enterococcus faecalis	1
Str. agalactiae	1	Streptococcus pneumoniae Staphylococcus epidermidis	1
		Staphylococcus haemolyticus Staphylococcus epidermidis	1
		Str. mitis Staphylococcus epidermidis	1
		Streptococcus pneumoniae Staphylococcus haemolyticus	1
		Kl. pneumoniae Enterococcus faecalis	1
		Streptococcus pyogenes Streptococcus pneumoniae Ser.cereus Staphylococcus haemolyticus	1
Всего	12		12

Как видно из таблицы 2 моно инфекция фактически равновелика количеству микст-инфекции. У больных с моно инфекцией превалировал стафилококк (5 человек), кишечная палочка (4 человека), а в одном случае стрептококк. У 12 человек была определена микс-инфекция.

Не менее тяжелая и малоэффективная клиническая картина наблюдалась у больных хроническим простатитом в простатическом соке, у которых высеяна различная микрофлора. Из представленных возможных антибиотиков и нитрофуранов только семь могли быть полезными. Сюда относятся: линезолид (7), ванкомицин (6), линкомицин (6), левофлоксацин (6), моксифлоксацин (5), гатифлоксацин (5), рифампицин (5). При моно инфекции Staphylococcus epidermidis(2) и

Staphylococcus haemolyticus (3), а в их сочетании довольно успешно применяли ванкомицин, линезолид, линкомицин, рифампицин. Несколько менее эффективны были клиндамицин (4 человека) и амоксилав.

Выводы. Таким образом, даже небольшое количество наблюдений позволяет судить о пользе, целесообразности и необходимости назначать не антибиотики широкого спектра действия, а именно целенаправленного действия с положительным эффектом, но только под контролем лабораторного наблюдения. Тем более, что микрофлора в моче и простатическом соке имеют определенные различия.

КОРЕКЦІЯ ПОКАЗНИКІВ РЕПРОДУКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІДІПАТИЧНИМ БЕЗПЛІДДЯМ.

М.І.Бойко

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

ДУС Кафедра Урології НМУ імені О.О.Богомольця

Успішне лікування чоловічої неплідності є надзвичайно важливим як в соціальному плані так і для щасливого існування конкретної сім'ї, оскільки роль чоловічого фактору в безплідді не менш ніж 50%. Попри інтенсивний розвиток андрології та репродуктології біля 30, а за деякими даними 75% серед чоловічих чинників безплідності не вдається виявити. Звичайно ж ідіопатичні форми – це форми неплідності з поки що не виясненим етіопатогенезом. Ідіопатичну форму безпліддя діагностують у разі відсутності запліднення впродовж року та змін в спермограмі при відсутності виявленої причини. Одними з можливих факторів таких змін є наявність оксидативного стресу та недостатнє надходження організм при харчуванні необхідних для дозрівання сперматозоїдів поживних речовин (вітамінів, амінокислот, мікроелементів).

До сьогоднішнього дня мало робіт, демонструючих ефективне лікування пацієнтів з ідіопатичними формами неплідності.

Метою даного дослідження було вивчення ефективності та переносимості комплексного препарату Новофертил у хворих, у яких не виявлено певної причини неплідності.

Матеріали та методи: У дослідженні брали участь 35 пацієнтів з діагнозом Ідіопатичне безпліддя (дослідна група). Вік обстежених пацієнтів був в межах від 28 до 41 року, склавши в середньому $33 \pm 4,2$ року. Тривалість захворювання також була різною - від 1 до 5 років (в середньому $3,5 \pm 1,24$ року). Контрольна група пацієнтів (20 чол., середній вік - $31 \pm 3,3$ року) з таким же діагнозом отримувала плацебо.

Всі пацієнти обстежувались на наявність генетичних, гормональних змін, запальних процесів та варіоцеле тощо, але не було встановлено будь-якої явної причини розвитку олігоастенотератозооспермії. Всі пацієнти отримували комплексний препарат Новофертил по 1 капсулі 2 рази на день впродовж 2-х місяців. Він міщав в собі всі необхідні для нормального розвитку сперматозоїдів речовини:

L-карнітин, L-аргініну гідрохлорид, L-глутатіон, вітамін С, вітамін Е, коензім Q10, глюконат цинку, міді сульфат, вітамін В6, фолієву кислоту, селен, вітамін D3, вітамін В12.

Дані літератури свідчать про позитивний вплив кожного елемента на репродуктивну здатність.

Зокрема:

L-карнітин утворюється в організмі і забезпечує енергетичним субстратом клітини, що продукують сперматозоїди. Відіграє важливу роль в дозріванні сперматозоїдів, покращує їх рухливість і якість.

L-аргінін бере активну участь в діяльності статевих органів і при цьому стимулює синтез тестостерону у чоловіків.

L-глутатіон має антиоксидантні властивості і захищає клітини від оксидативного стресу. Висока концентрація вітаміну С в сім'яній рідині, стимулює рухливість сперматозоїдів.

Вітамін Е захищає зовнішню оболонку сперматозоїда (клітинну мембрану) від руйнування і підсилює здатність сперматозоїда впроваджуватися в яйцеклітину. Прийом вітаміну Е знижує «тяжкість» оксидативного стресу в тканині яєчок і підвищує рухливість сперматозоїдів.

Коензим Q 10: збільшує здатність до запліднення функцію і якість сперми, так само як і рухливість сперматозоїдів.

Цинк сприяє посиленню щільності сперматозоїда, збільшення числа сперматозоїдів які швидко рухаються і збільшення рівня тестостерону.