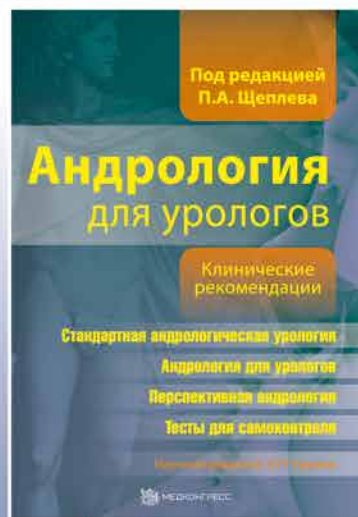




# 20 ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС ПО АНДРОЛОГИИ

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ  
АНДРОЛОГОВ РОССИИ



**18** СЕНТЯБРЬ '21  
10.00 - 18.00

Москва, ул. Большая Якиманка, дом 24  
«Президент-Отель»

**ПРОГРАММА | СБОРНИК ТЕЗИСОВ**





## КОНГРЕСС ПО АНДРОЛОГИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ АНДРОЛОГОВ РОССИИ



### Щеплев Петр Андреевич

Президент Профессиональной Ассоциации Андрологов России.  
Заместитель председателя Российского общества урологов  
Главный уролог Московской области

## АНДРОЛОГИЯ – ЭТО УЖЕ НЕ УРОЛОГИЯ, НО ЧТОБЫ СТАТЬ АНДРОЛОГОМ, НУЖНО БЫТЬ УРОЛОГОМ

### ИСТОРИЯ

Профессиональная Ассоциация андрологов России (ПААР) была основана в 1996 году.

В 2000 году был основан журнал «Андрология и генитальная хирургия».

Первый конгресс ПААР был проведен в 2001 году в Кисловодске (президент конгресса Щеплев П.А., вице-президенты Камалов А. А. Коган М.И.).

Именно тогда произошел прорыв в становлении и развитии андрологии.

Однако нумерация конгрессов нарушилась в 2005 году, когда запланированный конгресс ПААР в Саратове чуть не был сорван.

С 2019 года мы года восстанавливаем прежний отсчет нумерации конгрессов ПААР и нынешний конгресс ПААР (Москва 2021) является 20-м по счету.

### АНДРОЛОГИЯ – ЭТО САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

Я уже 43 года (1978-2021) занимаюсь андрологией.

Темы моих диссертаций были посвящены исключительно андрологии и генитальной хирургии.

Я все больше убеждаюсь, что андрология – медицинская специальность будущего.

Нам стало тесно развиваться в рамках урологии. Альянс с РОУ привел к торможению развития андрологии. Андрология- это новые технологии, это медицина будущего и особый менталитет врача.

Безусловно, необходимо взаимодействие другими медицинскими специальностями, но уже на паритетных условиях.

Пластическая хирургия, перед тем как стать самостоятельной специальностью, прошла похожую эволюцию.

### КОНГРЕСС ПААР 2021

Формат нашего конгресса – это андрология будущего и начало формирования медицинской специальности под названием – андрология.

# НАУЧНАЯ ПРОГРАММА

18 СЕНТЯБРЯ 2021 г. (СУББОТА) / 09.00-18.00

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>09:00</b>       | <b>ОТКРЫТИЕ КОНГРЕССА</b><br><i>Щеплев П.А., Рапопорт Л.М., Винаров А.З., Корнеев И. А., Рудин Ю. Э., Капто А.А.</i>               |
| <b>09:10-09:30</b> | ПРЕЗЕНТАЦИЯ ЧЕТЫРЕХТОМНИКА «АНДРОЛОГИЯ ДЛЯ УРОЛОГОВ. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ»<br><i>Щеплев П.А., Почерников Д.Г., Наумов Н.П.</i> |
| <b>09:30-10:00</b> | «АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»<br>Модераторы:<br><i>Назаров Т.Х., Почерников Д.Г.</i>                                      |
| <b>09:30-09:40</b> | ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - СОВРЕМЕННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В АНДРОЛОГИИ<br><i>Щеплев П.А.</i>  |
| <b>09:40-09:50</b> | ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АНДРОЛОГИИ<br><i>Почерников Д. Г.</i>   |
| <b>09:50-10:00</b> | РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В АНДРОЛОГИИ<br><i>Рычков И.В.</i>   |
| <b>10:00-10:40</b> | «ЛГБТ: ОСОБЕННОСТИ АНДРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»<br>Модераторы:<br><i>Кибрик Н.Д., Адамян Р.Т., Брагина Е.Е.</i>                    |
| <b>10:00-10:10</b> | РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ<br><i>Кибрик Н.Д.</i>   |
| <b>10:10-10:20</b> | ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОЙ АУТОИДЕНТИФИКАЦИИ<br><i>Хаят С.Ш.</i>   |
| <b>10:20-10:30</b> | ИННОВАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛА У ТРАНСГЕНДЕРОВ<br><i>Адамян Р.Т.</i>   |
| <b>10:30-10:40</b> | РЕШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ЗАПРОСОВ ИНДИВИДУУМОВ ЛГБТ<br><i>Брагина Е.Е.</i>   |
| <b>10:40-12:00</b> | ОБЩАЯ АНДРОЛОГИЯ ЧАСТЬ 1<br>Модераторы:<br><i>Цариченко Д.Г. Жуков О.Б.</i>  |
| <b>10:40-11:00</b> | СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛИТОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ<br><i>Цариченко Д.Г.</i>  |

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>11:00-11:20</b> | АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ EXTRACTUM HERBAE TRIBULITERRESTRIS<br><i>Спивак Л.Г.</i>                                  |
| <b>11:20-11:40</b> | НОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА И ВЛИЯНИЕ ЕГО НА ГАРМОНИЮ В ПАРЕ<br><i>Ширин Г.В.</i>   |
| <b>11:40-12:00</b> | РЕКТАЛЬНЫЕ СУППОЗИТОРИИ «ГЕМ» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА.<br><i>Наумов Н.П.</i>  |
| <b>12:00-14:00</b> | «РЕПРОДУКТИВНАЯ АНДРОЛОГИЯ»<br><i>Модераторы:</i><br><i>Корнеев И.А., Овчинников Р.И., Почерников Д.Г.</i>  |
| <b>12:00-12:10</b> | ЭКСПАНСИЯ AZF МИКРОДЕЛЕЦИЙ Y-ХРОМОСОМЫ И ИХ АССОЦИАЦИИ С ОСЛАБЛЕННЫМ СПЕРМАТОГЕНЕЗОМ В РОССИЙСКИХ И БЕЛОРУССКИХ УРБАНИЗИРОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ МОЛОДЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ<br><i>А.В. Осадчук</i> |
| <b>12:10-12:20</b> | КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ЭКСТРАКЦИИ СПЕРМАТОЗОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АЗОСПЕРМИЕЙ<br><i>Попова А.Ю.</i>  |
| <b>12:20-12:30</b> | РЕКОНСТРУКЦИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОГО СПЕРМАТОГЕНЕЗА<br><i>Жуков О.Б.</i>  |
| <b>12:30-12:40</b> | ТЕСТИКУЛЯРНЫЙ МИКРОЛИТИАЗ: В ПОИСКАХ ОПТИМАЛЬНОГО ПОДХОДА<br>ШАТЫЛКО Т.В.   |
| <b>12:40-12:50</b> | ОЦЕНКА ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕРМИНОГЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧКА<br><i>Мамижев Э.М.</i>   |
| <b>12:50-13:00</b> | ПОЛИМОРФИЗМ CAG ПОВТОРОВ ГЕНА АНДРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА У РОССИЙСКИХ МУЖЧИН: РОЛЬ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И СВЯЗЬ С НАРУШЕНИЯМИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА<br><i>Л.В. Осадчук</i>                   |
| <b>13:00-13:10</b> | ИДЕНТИФИКАЦИЯ БАКТЕРИЙ В ЭЯКУЛЯТЕ<br><i>Почерников Д.Г.</i>   |
| <b>13:10-13:20</b> | КАЧЕСТВО ЭЯКУЛЯТА И ЕГО МИКРОБИОТА ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?<br><i>Ворошила Е.С.</i>   |
| <b>13:20-13:40</b> | НОВАЯ ПАРАДИГМА В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ: АДЪЮВАНТНАЯ И НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ<br><i>Овчинников Р.И.</i>  |
| <b>13:40-14:00</b> | ПРОТЕКТИВНОЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОКСИКАРОТИНОИДОВ В ОТНОШЕНИИ ЭЯКУЛЯТА<br><i>Красняк С. С.</i>   |

**14:00-14:30 КРУГЛЫЙ СТОЛ**

КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЭЯКУЛЯТА

*Щеплев П.А., Корнеев И.А., Брагина Е.Е., Овчинников Р.И. Почерников Д.Г.*

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭЯКУЛЯТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА

*Корнеев И.А.*

РУКОВОДСТВО ВОЗ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ И ОБРАБОТКЕ ЭЯКУЛЯТА ЧЕЛОВЕКА

*Брагина Е.Е.З*

**14:30-15:00 КОФЕ-БРЕЙК**

**15:00-15:30 КРУГЛЫЙ СТОЛ**

МУЖСКАЯ ГЕНИТАЛЬНАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ, КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ АНДРОЛОГИИ.

*Щеплев П.А., Наумов Н.П.*

*Этиологические факторы:*

- *Сосудистые*
- *Пигментные*
- *Воспалительные*
- *Аутоиммунные*
- *Грибковые*
- *Вирусные*
- *Лекарственные*

КОМПЕТЕНЦИИ АНДРОЛОГА В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Охлопков В.А.*

**15:30-16:40** УРГЕНТНАЯ АНДРОЛОГИЯ.

*Модераторы:*

*Рудин Ю.Э., Хворов В.В.*

**15:30-15:40** ГЕНИТАЛЬНАЯ ТРАВМА – СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

*Назаров Т. Х.*

**15:40-15:50** ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИРУКУМЦИЗИИ У ДЕТЕЙ

*Рудин Ю.Э.*

**15:50-16:00** ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ПОЛОВОГО ЧЛЕНА (БОЛЕЗНЬ МОНДОРА)

*Хворов В.В.*

**16:00-16:10** ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГАНГРЕНЕ ФУРЕНЬЕ

*Ипатенков В.В.*

**16:10-16:20** НЕКРОЗ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*Наумов Н.П.*

|             |   |
|-------------|---|
| 16:20-16:30 | ОШИБКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА<br><i>Курбатов Д.Г.</i>   |
| 16:30-16:40 | ИМПЛАНТЫ SILIMED – КАЧЕСТВО, ПРИЗНАНОЕ ВРАЧАМИ И ПАЦИЕНТАМИ<br><i>Малыгина А.О.</i>   |
| 16:40-17:00 | АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АССОЦИИРОВАННЫЕ С COVID 19<br><i>Модераторы:</i><br><i>Винаров А.З., Капто А.А.</i>                         |
| 16:40-16:50 | ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ КОРОНАВИРУСА С АНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ<br><i>Овчинников Р.И.</i>                                    |
| 16:50-17:00 | ВЛИЯНИЕ COVID 19 НА СПЕРМАТОГЕНЕЗ<br><i>Курило Л.Ф., Сорокина Т. М.</i>   |
| 17:00-17:20 | СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА В ПЕРИОД СТИХАЮЩЕЙ ПАНДЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ COVID-19<br><i>Жуков О. Б.</i> |
| 17:20-18:30 | ОБЩАЯ АНДРОЛОГИЯ ЧАСТЬ 2<br><i>Модераторы:</i><br><i>Винаров А.З., Жуков О.Б.</i>   |
| 17:20-17:30 | ВЫБОР РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ<br><i>Капто А.А.</i>    |
| 17:30-17:40 | ПРОФИЛАКТИКА МЕТОДАМИ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ СО СТАРЕНИЕМ У МУЖЧИН.<br><i>Дубов В. И.</i>                      |
| 17:40-18:00 | ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ<br><i>Шахраманян В. А.</i>  |
| 18:00-18:10 | ВЛИЯНИЕ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ И ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРТИЛЬНОСТИ МУЖЧИНЫ<br><i>Жуков О.Б.</i>                   |
| 18:10-18:30 | <b>ДИСКУССИЯ</b>  |

**ЗАКРЫТИЕ КОНГРЕССА**

# ИНФОРМАЦИЯ О КОНГРЕССЕ

## Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в 20-ом ЮБИЛЕЙНОМ Конгрессе по Андрологии Профессиональной Ассоциации Андрологов России, который состоится 18 сентября 2021года в г. Москва, Президент-отель, ул. Большая Якиманка, 24.

## УЧАСТИЕ БЕСПЛАТНОЕ!

### Оргкомитет:

Некоммерческое Партнерство Профессиональная Ассоциация Андрологов России.

ЩЕПЛЕВ ПЕТР АНДРЕЕВИЧ

МАРТАЗИНОВА СВЕТЛАНА КОНСТАНТИНОВНА

ИПАТЕНКОВ ВИТАЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ

НАУМОВ НИКИТА ПЕТРОВИЧ

БАЗУНОВ ДЕНИС СЕРГЕЕВИЧ

КУЗНЕЦОВА ДАРЬЯ АЛЕКСЕЕВНА

### При поддержке:

Министерство здравоохранения Московской области.

### Организационный комитет конгресса ПААР:

**Мартазинова Светлана**  
*организация выставки,  
бронирование номеров*  
martazinova@yandex.ru  
8(916)1130766

**Ипатенков Виталий**  
*организация выставки*  
vipatenkov@mail.ru  
8(968)7103525

**Наумов Никита**  
*научная программа, тезисы*  
naumovuro@mail.ru  
8(917)5235433

### Открытие:

**Щеплев П.А.**

д.м.н.,

профессор, президент Профессиональной ассоциации андрологов России,  
главный уролог Московской области



# КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ

## СПОНСОРЫ

---



## УЧАСТНИКИ

---



# СПИКЕРЫ И МОДЕРАТОРЫ КОНГРЕССА

## 1. Адамян Рубен Татевосович

*д.м.н., профессор, руководитель отделения микрохирургии, аутотрансплантации тканей ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России*

## 2. Брагина Елизавета Ефимовна

*д.б.н., ведущий научный сотрудник лаборатории генетики нарушений репродукции ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова»*

## 3. Винаров Андрей Зиновьевич

*д.м.н., профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.*

## 4. Ворошилина Екатерина Сергеевна

*д.м.н., профессор кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Уральского государственного медицинского университета.*

## 5. Дубов Владимир Иванович

*врач-уролог, иглорефлексотерапевт, мануальный терапевт.*

## 6. Жуков Олег Борисович

*к.м.н., доцент кафедры эндоурологии ФПК МР РУДН, президент Ассоциации сосудистых урологов и репродуктологов*

## 7. Ипатенков Виталий Васильевич

*к.м.н., врач уролог-андролог, руководитель медицинских проектов Профессиональной ассоциации андрологов России*

## 8. Капто Александр Александрович

*заведующий кафедрой урологии АНО ДПО «Центр обучения медицинских работников», руководитель Центра андрологии многопрофильного медицинского холдинга «СМ-Клиника»*

## 9. Кибрик Николай Давидович

*д.м.н, профессор, руководитель отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

## 10. Корнеев Игорь Алексеевич

*д.м.н., профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, медицинский директор Международного центра репродуктивной медицины.*

## 11. Курбатов Дмитрий Геннадьевич

*д.м.н., профессор, член-корреспондент Международной Академии Общественных наук, профессор кафедры урологии автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Центр медицинского и корпоративного обучения»*

## 12. Красняк Степан Сергеевич

*н.с. отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.*

## 13. Курило Любовь Федоровна

*д.б.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник лаборатории генетики нарушений репродукции ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова»*

## 14. Мамижев Эльдар Мухамедович

*к.м.н., врач онкоурологического отделения НМИЦ онкологии им. Петрова Н.Н*

## 15. Назаров Тоирхон Хакназарович

*д.м.н., профессор, заведующий учебной частью кафедры урологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России*

## 16. Наумов Никита Петрович

*Главный уролог 2-го медицинского округа Московской области, ученый секретарь Профессиональной ассоциации андрологов России*

## 17. Овчинников Руслан Игоревич

*к.м.н., заведующий отделением андрологии и урологии по клинике ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России*

## 18. Осадчук Александр Владимирович

*к.б.н., зав. сектором прикладных репродуктивных технологий человека отдела молекулярной генетики человека ФИЦ ИЦиГ СО РАН, Новосибирск*

## 19. Осадчук Людмила Владимировна

*д.б.н., профессор, в.н.с. сектора прикладных репродуктивных технологий человека отдела молекулярной генетики человека ФИЦ ИЦиГ СО РАН, Новосибирск*

## 20. Охлопков Виталий Александрович

*д.м.н., профессор, главный дерматовенеролог АО Группа компаний «Медси»*

**21. Попова Алина Юрьевна**

к.м.н., доцент, старший научный сотрудник  
отделения андрологии и урологии ФГБУ «НМИЦ  
АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

**22. Почерников Денис Геннадьевич**

к.м.н., доцент кафедры факультетс- кой  
хирургии и урологии ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава  
России

**23. Рапопорт Леонид Михайлович**

д.м.н., профессор, заместитель директора  
Института Урологии и репродуктивного  
здоровья человека, директор клиники урологии  
им. Р.М. Фронштейна Первого МГМУ им. И.М.  
Сеченова

**24. Рудин Юрий Эдвартович**

д.м.н., профессор, заведующий отделом детской  
урологии НИИ урологии и интервенционной  
радиологии им. Н.А.Лопаткина - филиала  
«НМИРЦ» МЗ РФ.

**25. Рычков Иван Вячеславович**

к.м.н., врач уролог-онколог клиники урологии  
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава  
России

**26. Сорокина Татьяна Михайловна**

к.м.н., старший научный сотрудник  
лаборатории генетики нарушений репродукции  
ФГБНУ «Медико-генетический научный центр  
имени академика Н.П. Бочкова»

**27. Спивак Леонид Григорьевич**

д.м.н., профессор Института Урологии и  
репродуктивного здоровья человека, директор  
клиники урологии им. Р.М. Фронштейна  
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, специалист  
по проведению клинических исследований  
лекарственных препаратов

**28. Хаят Сабина Шаукатовна**

к.б.н., старший научный сотрудник  
лаборатории генетики нарушений репродукции  
ФГБНУ «Медико-генетический научный центр  
имени академика Н.П. Бочкова»

**29. Хворов Владимир Вячеславович**

к.м.н., доцент кафедры урологии медицинского  
института непрерывного образования ФГБОУ  
ВО МГУПП, руководитель центра урологии и  
хирургии «Клиника НДЦ Щёлково»

**30. Цариченко Дмитрий Георгиевич**

д.м.н., профессор Института урологии и  
репродуктивного здоровья человека Первого  
МГМУ им. И.М.Сеченова.

**31. Шатылко Тарас Валерьевич**

к.м.н., врач уролог-андролог, отделение  
андрологии и урологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.  
Кулакова» Минздрава России

**32. Шахраманян Вреж Альбертович**

к.м.н., врач-сексопатолог, доцент,  
преподаватель кафедры сексологии Ереванского  
Государственного медицинского университета

**33. Ширин Геннадий Владимирович**

заведующий отделением урологии Клинико-  
диагностический центра МЕДСИ

**34. Щеплев Петр Андреевич**

д.м.н., профессор, президент Профессиональной  
ассоциации андрологов России, главный уролог  
Московской области





# СБОРНИК ТЕЗИСОВ

## 20<sup>ГО</sup> КОНГРЕССА ПО АНДРОЛОГИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ АНДРОЛОГОВ РОССИИ

18 СЕНТЯБРЯ, 2021, МОСКВА, «ПРЕЗИДЕНТ-ОТЕЛЬ»

Научные редакторы:  
д.м.н., проф. П.А. Щеплев,  
Н. П. Наумов, Р.О. Лопатин

---

ТЕЗИСЫ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ  
119435, Москва, ул. Малая Пироговская, д. 1а,  
Профессиональная ассоциация андрологов России (ПААР)  
e-mail: [androur@yandex.ru](mailto:androur@yandex.ru)  
[www.andronet.ru](http://www.andronet.ru)

АДРЕС РЕДАКЦИИ:  
115407, Москва, ул. Речников, 21  
ООО «Типография Офсетной Печати»  
Тел: +7 (495) 775-91-60  
[www.luxuryprint.ru](http://www.luxuryprint.ru)

Отпечатано  
в ООО «Типография  
Офсетной Печати»  
Печать офсетная  
Тираж 450 экз.

При полной или частичной перепечатке ссылка на «Сборник тезисов 20-го конгресса профессиональной ассоциации андрологов России» обязательна.

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции.  
Редакция не несет ответственности за содержание публикуемых рекламных материалов.



## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОРГАНОВ МОШОНКИ

Савзиханов Р.Т.<sup>1,2</sup>, Салимгереев И.Р.<sup>2</sup>, Рабаданов Г.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – Кафедра урологии ДГМУ (г. Махачкала)

<sup>2</sup> – Медицинский центр Family (г. Махачкала)

Ультразвуковое исследование сегодня самый доступный, простой и безопасный способ в диагностике заболеваний органов мошонки.

Нами проведено ретроспективное исследование ультразвуковых исследований органов мошонки, проведенных в медицинском центре Family в 2018-2021 годы.

Проанализированы результаты ультразвукового исследования органов мошонки 1206 мужчин в возрасте от 15 до 55 лет (средний возраст 33 года), которые были обследованы в андрологическом отделении медицинского центра Family.

Целью исследования являлось определить распространенность некоторых заболеваний органов мошонки: кист придатка яичка, микролитиаза, гидроцеле, эпидидимитов, кист и новообразований яичек.

### Результаты и обсуждение:

Кисты придатка яичка обнаружены 421 случаев, что составило 34,9%, чаще они встречались с одной стороны - 309 (74%), двухсторонние - 110 (26%). У 25,8% мужчин кисты придатка не превышают размер в 5 мм, в 6,3% случаев от 5 до 10 мм, более 1 см. в 3% наблюдений. По размерам кист придатка в 74% составил до 5 мм, в 18% от 5 до 10 мм, более 1 см. – 8%.

С признаками воспаления придатка яичка мы встретились в 103 случаях, что составило 8,5%. В 16 случаях это было острое воспаление 1,3%, во всех случаях это был односторонний процесс. Хронические эпидидимиты были встречены в 87 случаях, что составило 7,2%.

Гидроцеле мы встретили у 62 мужчин, что составило 5,1%. Односторонний процесс составил 93,5%. Гидроцеле в объеме 10-50 мл. – 92%, более 50 мл. в 8% случаев.

Микролитиаз в 23 случаях (1,8%), односторонний 26%, двухсторонний 74%, чаще встречались с единичными микролитами (69,5% случаев).

Киста яичка и новообразования яичек была встречены у 5 пациентов, что составило 0,4%, во всех случаях процесс был односторонний.

### Выводы:

По данным ультразвукового исследования кисты придатка яичка встречаются у каждого третьего пациента андрологического отделения. У 3/4 этих пациентов кисты придатка яичка располагались с одной стороны, и не превышают размер 5 мм. Каждый 12 мужчина имел признаки перенесенного эпидидимита, при чем не все они обращались к медицинской помощи или лечились самостоятельно. Подавляющее большинство узнало о ранее перенесенном эпидидимите в ходе обследования. Гидроцеле и новообразования яичек чаще носят унилатеральный характер, и встретились нам в 5% и 0,5% случаев соответственно. В отличие от всех других нозологий заболеваний органов мошонки микролитиаз в 3/4 случаев носит двухсторонний характер. Практически у каждого 5 мужчины была отмечена гипоплазия тестикул, практически в 2/3 случаев носит двухсторонний характер.

Не все заболевания органов мошонки требуют лечения, в большинстве случаев необходимо динамическое наблюдение.

## ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УПРУГОСТИ И ЖЁСТКОСТИ БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧЕЛОВЕКА

Стрелков А.Н.<sup>1</sup>, Улитенко А.И.<sup>2</sup>, Потапов Н.С.З, Фефелов А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань

<sup>2</sup> – ФГБОУ ВО «Рязанский государственный радиотехнический университет» им. В.Ф.Уткина, г. Рязань

<sup>3</sup> – ООО «Эскулап», г. Касимов

### Введение.

Наиболее значимыми факторами для реализации феномена эрекции кавернозных тел являются: артериальная достаточность, способность к эффективной релаксации кавернозной ткани полового члена и компетентный вено-окклюзивный механизм. Важную роль обеспечения последнего играют упругие свойства белочной оболочки (БО) полового члена. Среди факторов риска развития эректильных нарушений возраст является наиболее значимым. Определение упругости БО полового члена в возрастном аспекте может быть важным в понимании механизмов возрастных нарушений эрекции, а также в диагностике, лечении и профилактике нарушений эрекции в целом.



Целью настоящей работы является определение возрастной зависимости упругости и жёсткости БО полового члена.

#### **Материал и методы.**

С помощью оригинального устройства «Пеноэластометр» (положительное решение о выдаче Патента РФ по заявке № 2020143926/14(082118), дата подачи заявки 30.12.2020г.) по разработанной авторами методике проведено исследование *in vivo* жёсткости и упругости кавернозных тел у 40 мужчин, обратившихся к урологу по поводу различных заболеваний, в возрасте от 18 до 70 лет. Исследование проведено с письменного согласия мужчин; при комнатной температуре, в состоянии функционального покоя. Для математического анализа использовалась авторская оригинальная компьютерная программа расчета коэффициентов упругости и жесткости «Пеноэластометр», свидетельство РФ №2021616034.

#### **Результаты.**

Упругость является величиной, отражающей способность тела упруго деформироваться, и характеризует свойства тканей, из которых состоит исследуемый образец. Нами выявлено существенное – более 2 раз – снижение упругости кавернозных тел с увеличением возраста мужчин с уровня порядка  $5,0 \times 10^{-5}$  1/Па до  $2,2 \times 10^{-5}$  1/Па.

Жёсткость, характеризующая способность исследуемого органа в целом противостоять растяжению, зависит от механических свойств его тканей и геометрических параметров и даёт представление о жёсткости полового члена в целом. В исследованном возрастном интервале отмечено увеличение жёсткости с порядка 250 Н/м до 370 Н/м.

#### **Выводы.**

Полученные данные о снижении упругости БО полового члена и увеличении его жёсткости дополняют сведения о механизмах снижения эректильной функции с увеличением возраста.

## **МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

Мустафаев А.Т., Кызласов П.С., Бурдин К.А.

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

В настоящее время имеется большое разнообразие методов коррекции эректильной дисфункции, однако 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. Мы представляем новый метод артерио-венозного анастомоза с экстраперитонеоскопическим методом забора артерии. Новшеством нашего метода является антеградное наложение анастомоза, что также снижает риск развития одного из основных осложнений – тромбоза анастомоза.

#### **Цель исследования:**

оценить непосредственные результаты реваскуляризации полового члена с экстраперитонеоскопическим забором нижней эпигастральной артерии и наложением антеградного анастомоза между нижней эпигастральной артерией и глубокой дорсальной веной.

#### **Материалы и методы:**

на базе ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России было прооперировано 34 пациента с васкулогенной эректильной дисфункцией в период с 2018 по 2021 г.

По клинко-лабораторным данным и по возрасту больные были однородны (средний возраст у пациентов 28 лет (20-38 лет), по данным фармакодоплерометрии у 15 пациентов выявлен исключительно артериальный компонент ЭД, у 19 пациентов – смешанная форма васкулогенной эректильной дисфункции. Операции выполнялись по разработанной нами методике. Экстраперитонеоскопический этап выделения нижней эпигастральной артерии выполнялся одномоментно с этапом выделения сосудов на половом члене, с дальнейшим наложением антеградного анастомоза между нижней эпигастральной артерией и глубокой дорсальной веной «конец в конец»

Критерии включения: возраст до 40 лет, подтвержденная эректильная дисфункция, отсутствие ранее выполненных операций на половом члене, ИМТ <30.



Критерии исключения: сброс через ножки полового члена, фиброз кавернозной ткани, наличие сахарного диабета, гипертонической болезни, сердечной недостаточности.

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

#### **Результаты:**

длительность операции 83,5 (60-110) мин. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений у исследуемых пациентов зарегистрировано не было, во всех случаях анастомоз функционировал «адекватно», на 1 сутки отмечались спонтанные адекватные эрекции у 21 пациентов, у 13 пациентов на 2 сутки. Пациенты были выписаны в среднем на 4 сутки. Ограничение физических нагрузок, занятий спортом у пациентов – 14 дней. За период наблюдения у 2 пациентов отмечен рецидив ЭД, обусловленный возникновением патологического венозного дренажа через ножки полового члена.

#### **Вывод:**

при проведении реваскуляризации предлагаемым нами методом, у пациентов отмечается уменьшение сроков оперативного вмешательства, за счет одновременной работы двух бригад хирургов, снижается срок реабилитации без потери эффективности вмешательства, минимальный косметический дефект. Также за счет антеградного наложения анастомоза, не нарушается естественный ток крови по ГДВ, что является профилактикой тромбоза анастомоза.

## **ОДНОЭТАПНАЯ МНОГОЛОСКУТНАЯ ОРАЛЬНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ ПАНУРЕТРАЛЬНЫХ СТРИКТУРАХ СПОНГИОЗНОЙ УРЕТРЫ**

Х.Х. Ризоев, А.Х. Толибов, Д.А. Рахимов, А.Н.Пустиев,  
Абдуворисов А.И.

ГОУ «ТГМУ им. Абуали Ибни Сино», кафедра урологии

**Введение.** Лечение протяженных, в том числе пануретральных (с вовлечением нескольких отделов уретры) стриктур спонгиозной уретры остается основной проблемой в реконструктивной уро-

логии. Доступные в настоящее время варианты реконструкции уретры находятся в постоянном развитии, и внимание следует сосредоточить как на старых, так и на новых концепциях. Однако обсуждения стриктур уретры протяженного сегмента или пануретральная стриктура в литературе мало встречается, особенно о комбинированном применении букальных, лингвалных и лабиальных графтов при многолоскутном замещении дефектов уретры. В последнее время одноэтапные методики с использованием трансплантатов и лоскутов получили достаточно широкое применение, обеспечивая сопоставимые с многоэтапными вариантами показатели успеха лечения и считается превосходным методом для пациентов с протяженным и пануретральной стриктурной болезнью.

#### **Цель исследования.**

Оценка эффективности одноэтапной многолоскутной оральной уретропластики при пануретральных стриктурах спонгиозной уретры.

#### **Материал и методы.**

Работа основана на материалах обследования и лечения 48 мужчин спротяженных и пануретральных стриктурах, которым с 2014 по 2020 гг. была выполнена одноэтапная многолоскутная аугментационная уретропластика с использованием слизистой полости рта с различными методами наложения графта. Все операции уретропластики выполнялись одним специалистом (Х. Х. Ризоев). Критериями включения пациентов в исследование были протяжённость стриктуры уретры  $\geq 8$  см и замещения дефекта уретры двумя и более лоскутов слизистой полости рта.

14 (29,17%) больным с поражением висячего отдела уретры произведена вентральная уретропластика оральным лоскутом; 16 (33,34%) пациентам с поражением меатуса и пенильной части произведена операции Асопа; а 18 (37,5%) больным латеральная уретропластика оральным графтом по Кулкарни. Критерием выбора оперативного доступа и метода наложения графта были степень спонгиофиброза, протяженность и локализации стриктуры.

У 20 (41,67%) больным взята 3 лоскута: комбинация лоскутов щеки и лоскута слизистой нижней губы у 16 (33,34%) пациентам, лоскутов щеки и лоскута слизистой подъязычной области у 10 (20,83%) больных и комбинация лоскутов подъязычной слизистой и лоскута нижней губы





у 2(4,17%) больных. Остальным больным (n= 28 (58,33%)) 2 лоскута из щеки.

Уретральный катетер удалялся на 3 – е и 4 – е недели после операции, если экстравазация контрастного вещества не визуализировался на перикатетерной ретроградной уретрографией (РУГ). Если наблюдалась экстравазация, то тогда катетер оставляли еще на 1 неделю.

Больные пронаблюдались через 3, 6, 12, 24 мес. Изучены анамнез (недержание мочи, эректильная дисфункция и дисфункция эякуляции), РУГ и урофлоуметрия. Если во время наблюдения обнаруживаются какие-либо нежелательные явления, они также регистрируются. Все эти результаты были включены в наше исследование.

### Результаты.

Возраст пациентов варьировал от 22 до 72 лет (медиана – 48 лет). Протяженность стриктуры составляла от 8 до 21 см (медиана – 14 см) Стриктура в 19 (39,58%) наблюдениях была локализована в пенильном отделе с меатостенозом, в 17 (35,42%) – одновременно в пенильном и бульбозном отделах уретры, 12 (25,0%) – поражена была вся передняя уретра от метуса до бульбо-мембранозной части. Стриктура носила первичный характер в 29 (60,42%) наблюдениях и рецидивный – в 19 (39,58%). Самостоятельное мочеиспускание было сохранено у 27 (56,25%) пациентов, цистостома существовала у 21 (43,75%) пациентов. Ранее проводились открытые операции пластика уретры «конец-конец» 8 (16,67%) больным, меатотомия – 11 (22,92%) и заместительная уретропластика лучевым лоскутом на сосудистой ножке 1 больному. У 7 больных вследствие неоднократной меатотомии наружное отверстие уретры находился на 2,0 – 3,0 см проксимальнее от обычного места, так называемая «приобретенная гипоспадия».

Ятрогенная причина стриктуры уретры имела место у 6 (12,5%) пациентов, идиопатическая – у 9 (18,75%), воспалительная – у 16 (33,34%), лихен склероз – у 12 (25%) больных. У 30 (62,5%) больных выявлено наличие инфекции мочевыводящих путей: моноинфекция была у 18 больных, микстинфекция у 12 больных. Дооперационные показатели максимальной объемной скорости мочеиспускания (Q<sub>max</sub>) колебались 2,1 до 8,5 мл/с (в среднем 5,65 ± 0,84).

Интраоперационные осложнения со стороны уретры и ротовой полости отсутствовали. У

всех больных заживление произошло первичным натяжением. В раннем послеоперационном периоде, у 3 больных имело место нарушение чувствительности щеки на стороне взятия трансплантата, которые регрессировали и полное восстановление иннервации произошло к 2 мес. При перикатетерной уретрографии на 21-е сутки у 34 больных получена полная герметизация, а у 14 больным (16%) отмечалась экстравазация контрастного вещества. Спустя неделю от (4-е недели после операции) произведена повторная перикатетерная уретрография на которой у 10 больных произошла полная консолидация оперированного участка уретры. Ранние послеоперационные осложнения: уретральные свищи и 5 (10,42%) больных, гематома у 3 (6,25%) больных, мочевиная инфекция у 18 (37,5%) больных которые разрешились консервативным путем.

Случаи рецидива заболевания зарегистрирован через 6 месяцев после уретропластики, и пик частота рецидива была на 15 месяцев. Рецидив стриктуры были у 12 (25,0%) больных. По характеру проявления рецидивы, меатостеноз был у 6 (12,5%) больных, кольцевидные сужение на проксимальной и дистальной границе трансплантата и нормальной уретры, так называемый «кольцевидные рецидивы» у 4 (8,34%), тотальное рецидив стриктуры у 2-х (4,17%) пациентов. При изучении факторов риска у группы больных с рецидивами стриктуры мочевиная инфекция была у 10 (83,33%) больных, антибиотикорезистентность (неэффективность профилактической антибиотикотерапии) у 8 (66,67%), лихен склероз у 6 (50,0%), выраженность спонгиоза у 7 (58,34%), мультифактор рисков у 7 (58,34%). Эректильная дисфункция носила транзиторный характер. В период наблюдения до 6 месяца после операции эректильная дисфункция составила 46,7%, тогда как спустя 12 мес. снизился до 18,6%.

### Заключение.

Методика многолоскутной одноэтапной уретропластики с использованием двух и более трансплантатов слизистой полости рта дает удовлетворительный результат в течение длительного времени с минимальными осложнениями. Эффективность данной техники, в свою очередь, зависит от ряда факторов влияющих на уровне успеха при таких видах стриктур, такие как инфекция, протяженность стриктуры, возраст, антибиотикоре-



зистентность организма, рецидивность болезни и диабет с ангиопатией. Это обстоятельство диктует необходимость тщательное изучение, выявление и устранение или минимизации факторов риска перед операцией.

## ОПТИМИЗАЦИЯ СУБИНГВИНАЛЬНОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГИДРОЦЕЛЕ.

К.П. Артыков, Х.Х.Ризоев, М.А. Юлдашов, Б.Ч.Сангов,  
Б.Ф.Садуллоев, Р.А.Абдусамадов.

*Кафедра хирургии медицинского факультета  
Таджикского национального университета.  
Лечебно-клинический центр «Мадади Акбар».*

В работе приведены результаты лечения варикоцеле путём в последнее время, операция Мармара-Гольдштейна и Лорда выполняются с микрохирургической техникой и нашла широкое распространение и считается, что количество послеоперационных осложнений меньше по сравнению с другими методами.

### Ключевые слова:

варикоцеле, операция Мармара-Гольдштейна и Лорда, гидроцеле, патоспермия, гипотрофия, линейная скорость кровотока, индекс резистентности, объём яичек.

Актуальность. Варикоцеле это органическое патология, которая встречается у 15% взрослых мужчин, при этом каждый четвёртый имеют отклонения в спермограмме [1,2]. На сегодняшний день арсенал предложенного лечения варикоцеле постоянно растёт, однако ни один из существующих методов не считается идеальный. Проблема лечения варикоцеле, в связи с бесплодием, была включена в программу ВОЗ и считается, что при варикоцеле до 40% мужчин страдают бесплодием. Многие исследователи отмечают у 60% больных варикоцеле нарушение сперматогенной функции яичек [1,2].

### Цель исследования:

оценка результатов оперативного лечения варикоцеле путём операция Мармара-Гольдштейна выполняются использования методики с микрохирургической техникой и профилактика гидроцеле с использованием методика Лорда.

### Материал и методы.

Работа выполнена на ТНУ кафедра хирургии и клинический центр «Мадади Акбар» за период 2016-2020 гг.

Операция Мармара-Гольдштейна и Лорда были выполнены 88 больным с варикоцеле: с варикоцеле I ст. – 10 (8,8%), II ст. – 35 (31,2%) и III ст. – 43(46,0%).

Всем пациентам до и после операции проводили электротермометрию, УЗИ яичек, дуплексное ангиосканирование, спермограмму, ФСГ, Для исследования больных методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) применяли аппарат СД-100 “Вингмед” фирмы “Medata” (Швеция, 1987г.), с преобразователями ультразвуковых колебаний с частотами 5-10 Мгц. УЗДГ является одним из неинвазивных дополнительных методов определения линейной скорости кровотока в послеоперационном периоде. При этом измерялась линейная скорость кровотока, и проводилась проба Вальсальвы.

Оценку результатов хирургического лечения после операции Мармара-Гольдштейна и Лорда проводили у 88 пациентов. Варикоцеле I степени наблюдалось у 12 (13,79%) пациентов; II степени - у 22 (24,13%); III степени - у 54 (62,06%) больных.

### Полученные результаты и их обсуждение.

При оценке клинических проявлений варикоцеле до и после операции, боль и дискомфорт в области мошонки исчезли у 35 из 37 больных. Увеличение мошонки в размерах оставалось лишь у одного пациента. Развития гипотрофии и гидроцеле не было ни у одного больного.

Градиент температуры кожи мошонки, независимо от степени варикоцеле, выравнялся после операции на 3-4 день, что указывает на улучшение оттока крови из гроздевидного сплетения. Динамическое наблюдение за 21 больным с гипотрофией яичек до операции показало, что в сроки 6-12 месяцев имеется тенденция к выравниванию объёма яичек. Однако отсутствие статистически достоверных различий объёма тестикул при различной степени выраженности варикоцеле не позволяет использовать этот показатель в качестве скрининг-маркёра. Вместе с тем, показатель объёма тестикул можно довольно успешно использовать в качестве одного из параметров динамического наблюдения в послеоперационном периоде.

У больных с варикоцеле I степени индекс резистентности в яичковой артерии через 6 месяцев



после операции снизился на 7,8% ( $0,72 \pm 0,03$  vs.  $0,66 \pm 0,03$ ) от исходного. При варикоцеле II степени индекс резистентности снизился на 12,8% ( $0,78 \pm 0,04$  vs.  $0,68 \pm 0,02$ ) от исходного, а при варикоцеле III – на 16,1% ( $0,81 \pm 0,04$  vs.  $0,68 \pm 0,03$ ) от исходного.

При оценке состояния эякулята до и после операции в сроки от 6 до 12 месяцев отмечалось заметное количественное и качественное улучшение параметров спермы.

Результаты указывают на изменения со стороны видов патоспермии. Так, число больных с олигоспермией уменьшилось с 6 до 2, с астенозооспермией – с 29 до 6, тератоспермией – с 9 до 3, гипоспермией – с 6 до 1.

Среди больных в супружеской паре были 60 оперированных пациентов. В процессе наблюдения у 48 (63,1%) жён возникла беременность.

Анализируя полученные данные лечения варикоцеле субингуинальная микрохирургическая микрососудистых варикоцелеэктомия с методам Мармар-Гольдштейна и профилактический операции Лорда необходимо отметить, что декомпрессия венозной системы и белочной оболочки является оптимальным патогенетически обоснованным методом. Отсутствие после операции гидроцеле, лимфостаза и уменьшение до минимума рецидива варикоцеле указывают на обоснованность микрососудистых операций.

**Таким образом,** с целью улучшения результатов оперативного лечения варикоцеле необходимо проведение комплексного обследования с использованием доплерографии и дуплексного ангиосканирования для выбора наиболее оптимального метода лечения.

Микрохирургическая варикоцелеэктомия субингуинального доступа с целью профилактической операции Лорда при выраженных клинических стадиях является патогенетической обоснованным.

## ОЦЕНКА ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕРМИНОГЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧКА

А.К. Носов, Э.М. Мамижев.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России;  
197758 Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68

### Введение.

Улучшение выживаемости пациентов с ГО связано с мультимодальным лечением в специализированных центрах, что приводит к более высокому уровню излечения даже на поздних стадиях. Для мужчин репродуктивного возраста одной из ключевых проблем, возникающих после лечения рака, является их способность иметь детей. Более 50% этих социально значимых, молодых и полностью излеченных мужчин захотят отцовства после лечения, включая 75% тех, кто был бездетным на момент диагностики. Терапевтические методы, такие как химиотерапия и лучевая терапия, очень эффективны при лечении рака, но их гонадотоксические побочные эффекты могут серьезно влиять и ухудшать фертильность.

### Методы.

На базе центра по лечению герминогенных опухолей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Петрова Н.Н.» выполнен ретроспективный анализ медицинской документации после лечения пациентов ГО. Все пациенты были разделены на 4 группы: 1) наблюдение; 2) пациенты получившие ПХТ (блеомицин, этопозид и цисплатин (ВЕР)); 3) ВЕР + забрюшинная лимфаденэктомия (ВЕР + ЗЛАЭ); и 4) лучевая терапия. Отцовство определялось как дата рождения первого ребенка после лечения ГО яичка с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) или без них.

### Результаты.

В исследование включено 146 пациентов с односторонним процессом опухоли яичка. Вероятность отцовства статистически значимо снижалась после проведенной ПХТ (отношение рисков [ОР] = 0,81, 95% доверительный интервал [ДИ] = 0,72 - 0,99) и ЗЛАЭ + ВЕР + (ОР = 0,71, 95% ДИ = 0,68 - 0,17, в группе наблюдения (ОР = 0,98, 95% ДИ = 0,82-1,07). ни один пациент не получил лучевую терапию. Риск необходимости вспомогательных репродуктивных технологий для получения отцовства был повышен после всех методов лечения.

### Выводы.

Всем пациентам при планировании лечения по поводу ГО яичка важно оценивать фертильность с последующей криоконсервацией спермы, так как риски наступления инфертильности после проведенного лечения крайне высоки.



## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОЗИЦИОННОЗАВИСИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ САТУРАЦИИ КИСЛОРОДА

А.Г. Тонян<sup>1</sup>, В.В. Хан<sup>2</sup>, Лымарь М.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 10 города Краснодара» Министерства здравоохранения Краснодарского края, ул. Коммунаров, д. 229, г. Краснодар, 350020, Россия

<sup>2</sup> – Центр традиционной медицины «Доктор Хан», ул. Архитектора Ишунина, д. 9, г.

<sup>3</sup> – Центр общественного здоровья и медицинской профилактики Министерства здравоохранения Краснодарского края, ул. Воровского, д. 182, г. Краснодар, 350049

### Введение.

Известно, что насыщение кислородом периферической крови определяется эффективностью работы сердца, состоянием микроциркуляторного русла, поэтому позиционнозависимые колебания систолического АД, давления в левой почечной и в левой надпочечниковой вене, опосредованные всплески гормонов коры надпочечника могут влиять на  $SO_2$ .

### Цель исследования:

оценить позиционнозависимые изменения сатурации кислорода на основе изучения патогенетического влияния венозного кровотока в «бассейне» левой почечной вены на общую гемодинамику и насыщение кислородом крови.

### Методы.

Разработана методика полипозиционной оценки нарушений сатурации кислорода в шести статических состояниях: стоя, сидя, на спине, на животе, на правом боку, на левом боку. Проведена статистическая обработка данных, которая позволила определить взаимоотношения показателей между собой. Проведено рандомизированное перекрестное исследование. Всем пациентам проводили наряду с общеклиническими и лабораторными исследованиями измерение пульса (Ps), систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД), сатурации кислорода крови ( $SO_2$ ), как исследуемых признаков на мониторе пациента МПР6-03-Тритон, (ООО фирма «Тритон-Электроник С»). Контрольная группа состояла из 156 человек. (89 женщин и 67 мужчин в возрасте от 19 до 74 лет). Они не состояли на диспансерном учете по хроническим заболеваниям. Им проводили измерения САД, ДАД, пульса и сатура-

ции кислорода в положении сидя при комнатной температуре в спокойном состоянии. В основную группу вошли 26 человек (11 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 22 до 58 лет. В контрольной и основной группе измерения проводили в шести статических состояниях: в положении стоя, сидя, на спине, на животе, на правом и на левом боку, поэтому данные разделены на 6 подгрупп.

### Результаты.

Полипозиционные исследования гемодинамических показателей сатурации кислорода ( $SO_2$ ) в шести статических состояниях выявили вариативность взаимоотношений данных групп при их сравнении. С помощью однофакторного дисперсионного анализа с применением критерия наименьшей значимой разности выполнено исследование отличия показателей в зависимости от положения тела. Сатурация в прон-позиции статистически значимо отличалась от значений в остальных 5 положениях. При этом на животе сатурация меньше, а сидя больше, чем в других положениях. Из 10 случаев сатурации ниже 94% 4 оказались в прон-позиции. Корреляция оказалась высокой, статистически значимой между систолическим (САД) и диастолическим (ДАД) артериальным давлением, умеренной между пульсом (Ps) и САД, пульсом и ДАД, слабой между пульсом и сатурацией. Группы разделения по положениям тела относительно пульса, систолического и диастолического АД, не имели кластерную структуру. В прон-позиции  $SO_2$  имела минимальное значение, достоверно отличалась от данных в остальных положениях. Применяемые нами позиционные методы диагностики, лечения и реабилитации показали эффективность по исследуемым показателям и субъективной оценке пациентов в постковидном периоде.

Патогенетически такой результат объясняется тем, что исходя из «уравнения гемодинамического энергобаланса», которое связывает изменение полной энергии кровеносной системы на участке между двумя сечениями левой почечной вены (от ворот почки до аорто-мезентериального «пинцета»). Энергия движения крови в сосуде с пульсирующими стенками постоянна. Ранее нами доказано, что такие показатели как скорость, давление и диаметр почечной вены не постоянны и зависят от функционального состояния «пинцета», что вызывает прямую или обратную зависимость Дегидроэпиандростерона (ДГЭА) и Тестостерона (Т).



Известно, что сужение легочного ствола приводит к повышению давления крови в функционально перегруженном правом желудочке, что сопровождается нарушением оттока крови из системы нижней полой вены и ренального бассейна. Поскольку положение тела влияет на МОК, пульс, САД, ДАД, колебание скорости и давления в левой почечной вене, насыщение кислородом периферической крови определяется эффективностью работы сердца, состоянием микроциркуляторного русла, то давление в левой почечной и в левой надпочечниковой вене, опосредованные всплески гормонов коры надпочечника влияют на  $SO_2$ .

#### **Заключение.**

Положение тела - один из патогенетически значимых факторов регулирования насыщения кислородом крови, что может помочь в лечении и реабилитации больных с дыхательной недостаточностью (COVID 19). Полипозиционное в шести статических состояниях измерение сатурации может определить новый, более эффективный алгоритм ведения пациентов с дыхательной недостаточностью, как при лечении, так и во время реабилитации.

## **ПОЛИМОРФИЗМ CAG ПОВТОРОВ ГЕНА АНДРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА У РОССИЙСКИХ МУЖЧИН: РОЛЬ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И СВЯЗЬ С НАРУШЕНИЯМИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА**

Л.В. Осадчук, Г.В. Васильев, М.А. Клещев, А.В. Осадчук

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Федеральный исследовательский центр Институт цитологии  
и генетики Сибирского отделения Российской академии наук»,  
Новосибирск, 630090 Россия  
\*e-mail: losadch@bionet.nsc.ru

Около 7% мужского населения планеты страдает бесплодием, которое является многофакторным, полигенным патологическим состоянием. Известные генетические факторы обуславливают около 20-25% мужского бесплодия, но примерно 40% бесплодных мужчин характеризуются идиопатическим бесплодием (Krausz et al., 2018; Krausz, Riera-Escamilla, 2018). Одной из причин мужского бесплодия и субфертильности является нарушение регуляции репродуктивных процессов андрогена-

ми. Многие физиологические функции андрогенов опосредованы андрогеновым рецептором (AR), который принадлежит к семейству рецепторов стероидных гормонов, а ген, кодирующий AR, локализован на коротком плече X-хромосомы. Ген AR имеет два полиморфных тринуклеотидных повтора (CAG и GGC) в экзоне 1. Установлено, что короткие CAG аллели сопровождаются повышенной транскрипционной функцией гена AR, в то время как длинные ассоциированы со сниженной функцией. Связь полиморфизма (CAG) n гена AR с риском мужского бесплодия и нарушением сперматогенеза интенсивно изучается, однако на вопрос о том, связана ли длина AR CAG повторов с нарушениями сперматогенеза, все еще нет однозначного ответа из-за противоречивости имеющихся результатов. Решение проблемы осложняется тем, что длина AR CAG повторов, по-видимому, имеет разное влияние на сперматогенез в зависимости от этнического состава исследуемой группы. Цель настоящего популяционного исследования состояла в том, чтобы изучить влияние этнической принадлежности на вариабельность длины CAG повторов гена AR и ассоциацию различных AR CAG генетических вариантов с параметрами сперматогенеза в мульти этнической популяции Российских мужчин.

1390 молодых мужчин разных национальностей (средний возраст 23 года) независимо от их фертильного статуса были рекрутированы из общей популяции пяти российских городов. Из этой популяционной межэтнической выборки были сформированы группы славян (n=723), бурят (n=222) и якутов (n=148) как наиболее многочисленные. Каждый участник предоставил образец эякулята и периферической крови, информацию об этнической принадлежности. Анализ числа CAG повторов в гене AR проводился методом фрагментного анализа и капиллярного электрофореза на секвенаторе «Нанофор-05». Образцы эякулята анализировались в соответствии с руководством ВОЗ (ВОЗ, 2010).

Среднее количество AR CAG повторов во всей популяционной выборке составило  $23.5 \pm 3.2$  (mean  $\pm$  SD) с диапазоном 6 - 39. Распределение длины CAG повторов было близким к нормальному. Наиболее распространенным был аллель CAG 22 (15.5%). Установлены достоверные этнические различия в длине CAG повторов: (медиана: славяне - 23, буряты - 24, якуты - 25 триплетов,  $p < 0.001$ ).



Диапазон длины AR CAG повторов составил у славян 7 – 36; у бурят 11 – 39; якутов 18 – 32 триплета. По распределению CAG повторов славянская и якутская группы значительно отличались ( $\chi^2_{23}=82.31$ ,  $p < 0.001$ ), славяне и буряты также слабо, но достоверно отличались ( $\chi^2_{25}=39.02$ ,  $p < 0.05$ ), однако между якутами и бурятами достоверных различий не было найдено ( $\chi^2_{19}=28.99$ ,  $p = 0.066$ ). Изменчивость данного признака, о которой судили по значению вариансы, была самой высокой в группе бурят, самой низкой – в группе якутов, славяне занимали промежуточное положение ( $\text{mean} \pm \text{SD}$ :  $12.53 \pm 3.54$ ;  $9.43 \pm 3.07$ ;  $7.68 \pm 2.77$ , соответственно).

Выявлена связь между длиной CAG повторов в гене AR и различными формами патозооспермии, которая модулировалась этнической принадлежностью. У славян более длинные CAG повторы были связаны с ослабленным сперматогенезом ( $\text{mean} \pm \text{SD}$ :  $23.4 \pm 3.2$  против  $22.8 \pm 2.9$ ,  $p < 0.05$ ), в частности, с астенозооспермией и тератозооспермией. У бурят более длинные CAG повторы сопровождалась астенозооспермией, у якутов связи между длиной CAG повторов и патозооспермией не обнаружено.

Исследование мульти этнической популяции молодых российских мужчин показало значительное влияние этнического фактора как на вариабельность длины CAG повторов гена AR, так и на ассоциацию с различными формами патозооспермии. У мужчин с пониженной фертильностью генетический скрининг длины CAG повторов гена AR представляется важным не только в связи с его диагностической ценностью и соответствующим генетическим консультированием, но и для принятия клинических решений по поводу андроген-заместительной терапии.

Ключевые слова: сперматогенез, андрогены, андрогеновый рецептор, CAG полиморфизм гена AR, общая популяция

**Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда, грант № 19-15-00075.**

## **ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ**

В.А. Шахраманян

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

### **Введение.**

*Психосоматика (psyche – душа + греч. soma – тело) – это направление в медицине, изучающее функциональную и органическую патологию внутренних органов, в этиологии и патогенезе которой основная роль принадлежит психогенным, в первую очередь стрессовым воздействиям (С.С. Либих, 2001).*

Проблема психосоматики при любой патологии – одна из наиболее сложных и актуальных проблем медицины, поскольку медицинское наблюдение и воздействие направлено, с одной стороны, на организм человека – соматическую сферу, с другой – на его психологическую и социально-психологическую сферу – личность. В силу этого анализ и учет психосоматических соотношений при диагностике нарушений сексуального здоровья требует системного, междисциплинарного подхода (В.В. Кришталь, 2002).

Системное понимание психосоматических соотношений при нарушении сексуального здоровья предусматривает изучение роли в его генезе не только психических и соматических, но и социальных, психологических, социально-психологических факторов, т.е. сексуальной культуры человека, личностных особенностей и эмоциональных реакций, а также межличностных соотношений супругов.

Низкий культурный уровень может быть источником нарушения сексуального здоровья, т.е. психосоматической патологии. Социогенные факторы (неправильное половое воспитание, детские и подростковые психотравмы) тоже могут приводить к психосоматическим сексуальным расстройствам.

Психосоматические механизмы развития выявлены и описаны при многих заболеваниях, но в сексологии данный подход представлен в работах единичных специалистов (Л.М. Щеглов, 2010).

Сексуальное здоровье, учитывая многомерность его обеспечения, само по себе является психосоматическим феноменом и может служить своеобразной моделью психосоматических соотношений, а, следовательно, классическим примером интегративного подхода к изучению его нарушений с указанных позиций (В.В. Кришталь, 2002, Е.А. Ефремов, 2005).

Вопросам эякуляторной дисфункции посвящено немало работ. Все они практически имеют



урологическое направление. Ударение в основном ставится на соматогенную природу (влияние хронического простатита на формирование ПЭ). Однако не учитываются такие важные аспекты, как нервно-психическое состояние, возраст, тип личности, тип половой конституции, тип полового воспитания, которые, на наш взгляд имеют огромное значение в генезе ПЭ.

Хронический простатит может выступать в роли предрасполагающего к развитию сексуальных расстройств (ПЭ), а также провоцирующего («запускающего») и усугубляющего (вторичного по отношению к сексуальному нарушению) фактора (А.А. Камалов, 2005).

Такое чисто соматическое и объективно регистрируемое заболевание, как простатит, возникает в данном случае как результат характерных для хронического психоэмоционального стресса и соматических изменений, т. е. развивается по психосоматическим механизмам. Описанный психосоматический вариант простатита – не единственный. Бесспорно, существуют чисто инфекционные, травматические и другие клинические формы простатитов. Упрощенные представления о природе заболевания (простатит как результат инфекции) приводят к тому, что лечение, оказывается, не ориентировано на работу с психосоматическими патогенетическими механизмами. Те же самые психосоматические механизмы имеют место и при патологии простаты, которая обозначается как простатопатия или простатодиния (простатоз, застойный простатит, синдром хронической тазовой боли и др.). При этом возникают описанные психосоматические изменения в простате (спастика, нарушение функции), хотя инфекция не манифестировала и клиники воспаления нет. Что касается приписываемых простатитам сексуальных нарушений, то линейная схема (половые нарушения как результат простатита) кажется неполной, тем более что сохранение полового нарушения после санации простаты в практике встречается нередко.

Среди психогенных причин ПЭ ведущее место занимают тревожность и страх во время полового акта, связанные либо с внешними факторами, либо с беспокойством и озабоченностью мужчины из-за возможного неудовлетворения своей партнерши, а также с проблемами супружеских взаимоотношений. Уста-новлено, что психоген-

ные расстройства эякуляторной функции более распространены у мужчин молодого и среднего возраста. Тут особое значение имеет образ сексуальной жизни мужчины, степень информированности, тип личности, психогении и, конечно же, тип полового воспитания, от которого во многом зависит формирование сексуальности личности и сексуальное здоровье.

В диагностике и своевременной коррекции сексуальных расстройств важное место занимает профилактика сексуальных расстройств, т.е. половое воспитание.

Существуют следующие виды полового воспитания (А.Е. Личко, Э.Г. Эйдемиллер): гипопротекция – недостаток опеки и контроля; гиперпротекция – чрезмерная опека и мелочный контроль; эмоциональное отвержение – ребенок или подросток постоянно ощущает, что им тяготятся; гармоничное воспитание – протекает гармонично и без конфликтов.

Целью данной работы является выявление взаимосвязи сексуальных расстройств (преждевременной эякуляции) и типа полового воспитания.

Материал и методы. Нами были обследованы 161 человек, в возрасте от 18 до 35 лет, обратившихся с сексологическими жалобами в клинику сексопатологии ЕГМУ.

Было проведено сексологическое ретроспективное обследование обратившихся в нашу клинику мужчин с сексуальными расстройствами, в развитии которых ведущую роль играют тип полового воспитания, а также сопутствующие заболевания.

Распределение обследованных лиц по полу: 120 мужчин (больных – 99, здоровых – 21) и 41 женщина (больных – 31, здоровых – 10).

#### Результаты и обсуждение.

Определенный интерес представляло выявление корреляционной связи между сексуальными расстройствами мужчин и типом полового воспитания.

Было выявлено, что у больных мужчин с типом полового воспитания «гиперпротекция» расстройство эякуляции составляет 43,8%. При типе «гипопротекция» расстройство эякуляции составляет 61,9%. Т.е. можно заключить, что у мужчин с типом полового воспитания «гиперпротекция» наиболее часто бывают нарушения эякуляции (ПЭ), обусловленные психологическими особенностями



личности (тип личности, интровертность, синдром ожидания сексуальной неудачи и т.д.).

Представляло также значительный интерес выявление корреляционных связей между сопутствующими заболеваниями и типом полового воспитания.

В этом случае обнаружилось, что у больных мужчин с типом полового воспитания «гиперотекция» нервно-психические расстройства наблюдались у 64,6%. Нервно-психические заболевания (стресс), как известно, являются основной причиной развития ПЭ.

Таким образом, можно заключить, что у мужчин с типом полового воспитания «гиперотекция» наиболее часто отмечались нервно-психические, которые могут стать причиной развития ПЭ.

#### **Выводы.**

ПЭ – это психосоматическое нарушение сексуального здоровья, при котором психогенный фактор (тип полового воспитания, тип личности, стресс) имеет основополагающее значение. Чем выше уровень симпатотонии, тем быстрее наступит ПЭ. Чем выше изначальная миотония (спастика), тем быстрее наступит семяизвержение. К ПЭ приводит не само воспаление простаты, а возникающие при стрессе дефицит тестостерона и блокада его тканевых рецепторов (в простате, во всем теле и в глубоких отделах мозга) избытком надпочечниковых гормонов. Таким образом, эти механизмы объясняют причины ПЭ, которое можно считать не результатом простатита, а параллельным следствием их общих психосоматических причин.

## **РАЗРАБОТКА КОМБИНИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

Бурдин К. А., Кызласов П.С., Мустафаев А.Т.

*Кафедра урологии и андрологии Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования Государственного научного центра федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России. 123098, Россия, г. Москва, ул. Маршала Новикова д. 23*

Эректильная дисфункция, вызванная артериовенозной недостаточностью полового члена,

средней или тяжелой степени требует хирургического лечения (при отсутствии абсолютных или относительных противопоказаний).

Надежным методом лечения эректильной дисфункции, вызванной артериовенозной недостаточностью полового члена, является лапароскопическая реваскуляризация полового члена. Однако, это достаточно инвазивное и сложное технически микрохирургическое вмешательство, результативность которого зачастую ограничена квалификацией врача-хирурга. общеизвестной методикой, отличающейся малой инвазивностью при веногенной, является эндоваскулярная окклюзия глубокой дорсальной вены. Однако, при смешанной артериовенозной эректильной дисфункции требуется дополнительное воздействие, направленное на улучшение микроциркуляции и стимуляцию регенераторных процессов в послеоперационном периоде. При смешанной артериовенозной эректильной дисфункции требуется дополнительное воздействие, направленное на улучшение микроциркуляции и стимуляцию регенераторных процессов в послеоперационном периоде. Без такого воздействия эффект эндоваскулярного вмешательства может оказаться недостаточным или слишком кратковременным. С учетом собственного опыта и литературных данных в качестве такого дополнительного лечебного воздействия мы предлагаем использовать курс ударно-волновой терапии.

Таким образом, нами предлагается комбинированный подход к лечению васкулогенной ЭД, состоящий в следующем: при наличии артериовенозной ЭД средней или тяжелой степени первым этапом выполняется эндоваскулярная окклюзия глубокой дорсальной вены полового члена. Вторым этапом через 1 месяц после операции проводится курс ударно-волновой терапии в течении 9 недель (3 – терапия, 3 – перерыв, 3 – терапия), 12 процедур (по 2 процедуры в неделю); по 300 импульсов (1500 за процедуру); общее количество импульсов на курс – 18000.

#### **Цель исследования:**

сравнение лапароскопической реваскуляризации полового члена и окклюзию дорсальной вены полового члена с курсом УВТ.

#### **Материалы и методы.**

Исследование проведено на базе ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России с 2014 по 2020гг, n=90. Произведена оценка по МИЭФ-5,





Шкале ригидности эрекции и ОКЖ.

**Результаты:**

- в обеих группах оценки через 1 и 12 месяцев после лечения значимо отличались от базовых ( $p < 0,0001$ ), то есть обе схемы лечения были эффективны. Однако, статистически значимой разницы между группами не выявлено ни по одной из шкал, ни в одной из временных точек, то есть эффективность обеих схем лечения была эквивалентна;

- для всех трех шкал значение ожидаемой разницы в оценках между группами 1 и 2 является клинически незначимым.

- вне зависимости от схемы лечения фиксируется уровень осложнений 2,2%, уровень положительных исходов 75,6-80,0%.

**Вывод.** Оба метода лечения артериовенозной эректильной дисфункции являются эквивалентными с точки зрения уровня послеоперационных осложнений, выраженности и продолжительности клинических исходов, качества жизни пациентов. Это подтверждается результатами статистического анализа балльных оценок по трем шкалам «МИ-ЭФ-5», «ОКЖ» и «ШРЭ».

## **СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИАНТОВ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА У ДЕТЕЙ С ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИЕЙ.**

Аникиев А.В., Бровин Д.Н., Окулов А.Б., Володько Е.А.

Нарушения формирования пола (НФП)— это врожденное патологическое состояние, характеризующееся нарушением формирования хромосомного, генетического, гонадного или анатомического пола. Основными причинами заболевания являются генетически детерминированные нарушения или отсутствие развития половых желёз независимо от кариотипа плода, нарушение синтеза половых гормонов, а также снижение чувствительности к ним органов мишеней. Главным вопросом реабилитации детей с НФП является своевременная диагностика варианта патологии, адекватный выбор пола воспитания и рациональное хирургическое лечение в соответствии с выбранным полом. До настоящего времени обсуждаются вопросы оптимизации дифференциальной диагностики вариантов НФП путём применения адекватных методов

исследования малого таза: комплексной эндоскопии половых протоков и лапароскопии. Эти исследования выполняют в сочетании с различными диагностическими методами, включающими цито-генетическое, медико-генетическое консультирование, рентгенологическое исследования. Кроме этого, применяют биохимические методы: определение уровня половых гормонов, гонадотропинов и ингибина в – в периоде минипубертата. Это позволяет достоверно дифференцировать форму врождённого заболевания репродуктивной системы, определить выбор пола, рациональную схему лечения и мониторировать прогноз заболевания. Данное комплексное исследование органов малого таза выполнено 47 пациентам, диагностически-санационная лапароскопия выполнена 34 пациентам с различными нарушениями формирования пола в возрасте от шести месяцев до трех лет. Комплексное исследование органов малого таза с помощью эхографии и эндоскопии половых протоков способствует эффективной дифференциальной диагностике вариантов НФП. Это позволяет выработать комплекс медицинских мероприятий, направленных на профилактику и лечение возможных послеоперационных осложнений хирургической коррекции, сформулировать прогноз и схему адекватной реабилитации, основанную на мультидисциплинарном подходе, улучшающую качество жизни пациентов на протяжении всего репродуктивного периода. Применение лапароскопии повышает точность верификации варианта НФП в результате достоверной оценки органов малого таза. Предложенные методы диагностики позволяют своевременно провести хирургическую коррекцию в выбранном поле и рационально сформулировать схему мультидисциплинарной реабилитации пациентам этой сложной группы.

## **СПОСОБ ОЦЕНКИ УПРУГИХ СВОЙСТВ БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЧЕЛОВЕКА IN VIVO И УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЕГО РЕАЛИЗАЦИИ**

Стрелков А.Н.<sup>1</sup>, Улитенко А.И.<sup>2</sup>, Фефелов А.А.<sup>2</sup>, Потапов Н.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> – ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань

<sup>2</sup> – ФГБОУ ВО «Рязанский государственный радиотехнический университет» им. В.Ф.Уткина, г. Рязань

<sup>3</sup> – ООО «Эскулап», г. Касимов



### **Введение.**

Определение упругости белочной оболочки полового члена в норме и при патологии может быть важным диагностическим инструментом. Существующий способ определения упругих свойств полового члена основан на применении с этой целью ультразвука – ультразвуковая эластография. Ткани с разной эластичностью имеют различную степень деформации. Эластичность ткани оценивается по её смещению и деформации в ответ на нагрузку в результате анализа появляющихся при этом сдвиговых волн. Данный метод позволяет определять некоторую усреднённую упругость тканей полового члена или выявлять локальные изменения упругости. Кроме того, метод лимитирован к широкому использованию необходимостью использования специальной дорогостоящей аппаратуры и высококвалифицированного персонала.

**Целью** настоящей работы является разработка способа и прибора для определения эластичности полового члена человека.

### **Материал и методы.**

Авторами сконструирован и изготовлен прибор для определения упругости белочной оболочки полового члена – «Пеноэластометр», не имеющий прямых аналогов (положительное решение о выдаче Патента РФ по заявке № 2020143926/14(082118), дата подачи заявки 30.12.2020). Принцип метода основан на растяжении полового члена в продольном направлении с помощью силового механизма разработанного устройства. Точками опоры являются опорная пластина с точкой опоры в лонном сочленении, а также с помощью фиксирующего устройства – на уровне венечной борозды. Измерительная составляющая устройства позволяет фиксировать исходную длину, удлинение, прилагаемую силу с точностью до 0,1Н.

Исследование производится при комнатной температуре в положении пациента стоя или лёжа. С помощью измерительной рулетки производят измерение периметра полового члена в средней трети органа. Осуществляют фиксацию полового члена, далее выполняется цикл из 5-6 дискретных измерений с фиксацией величины удлинения полового члена и приложенной растягивающей силы, создаваемой силовым механизмом устройства.

Расчёт показателей упругости и жёсткости производится с помощью специально разработанной программы, устанавливаемой на ПК

(программа расчета коэффициентов упругости и жесткости «Пеноэластометр». Свидетельство РФ №2021616034). Для получения показателей упругости и жёсткости необходимо внести следующие данные: исходная длина полового члена, периметр полового члена в средней трети, удлинение и приложенная для этого сила. Жёсткость, как механическая характеристика, отражает способность исследуемого органа противостоять растяжению и зависит от механических свойств его тканей и геометрических параметров и даёт представление о жёсткости полового члена в целом. В то же время, упругость характеризует способность изучаемого объекта упруго деформироваться, и отражает упругие свойства тканей, из которых состоит изучаемый образец. При практическом применении устройства «Пеноэластометр» отмечается высокая точность измерений.

### **Выводы.**

Предложенное устройство и методику можно использовать для решения научных и практических задач, связанных с необходимостью определения упругости белочной оболочки полового члена в норме, при различной патологии, например, связанной с операциями на органах малого таза и травмами.

## **ЦВЕТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ**

Одилов А.Ю., Олимов Р.Х., Ибодова Г.Х., Холалиев А.А.

*ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»  
Министерства здравоохранения и социальной защиты населения  
Республики Таджикистан*

### **Введение.**

В последние десятилетия благодаря бурному развитию науки разработаны усовершенствованные методы диагностики, в том числе цветная ультразвуковая доплерография, которая широко применяется в диагностике заболеваний органов мошонки. Именно благодаря лучевым методам диагностики у урологов появилась возможность в кратчайшие сроки диагностировать заболевания органов мошонки минимально инвазивным методом и решить тактические задачи по лечению этих больных.



### Цель исследования.

Оценить эффективность цветной ультразвуковой доплерографии органов мошонки при диагностике острых воспалительных заболеваний органов мошонки и определить показания к хирургическому вмешательству у названных пациентов.

### Материал и методы.

Основу настоящей работы составили результаты анализа данных обследования и лечения 108 пациентов на базе ГУ «Республиканского научно-клинического центра урологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Средний возраст больных равнялся 34,3 (от 15 до 54) лет.

По возможности всем больным проводили комплексное урологическое обследование. Оно включало в себя общеклинические анализы крови и мочи, свертывающая система крови, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, ультразвуковые исследования почек и мочевыводящих путей, ультразвуковая цветная доплерография органов мошонки.

### Результаты и обсуждения.

В ходе обследования выявили, что при острых воспалительных заболеваниях органов мошонки кровообращение в яичке и придатке усиливается по сравнению с нормой. При острых гнойных воспалительных заболеваниях органов мошонки (абсцесс яичка) кровообращение в яичке отсутствует. С этой целью при острых воспалительных заболеваниях органов мошонки в зависимости от клиники заболевания больных назначили доплерографическое ультразвуковое исследование органов мошонки во время обследования и в динамике лечения. Необходимо отметить, что до появления цветной ультразвуковой доплерографии многим больным с диагностической целью делали оперативное вмешательство – ревизию органов мошонки.

После обследования выявили орхоэпидидимит легкой и средней степени тяжести у 96 (88,9%), абсцесс яичка – у 10 (9,3 %) и абсцесс придатка яичка – у 2 (1,8 %) пациентов. Показанием к операции были гнойные заболевания яичка и неэффективность антибактериальной терапии в течение 2-3 суток.

После уточнения диагноза 82 (75,9%) больным назначили консервативную терапию и 26 (24,1%) – оперативное лечение. При этом 10 (38,5%) паци-

ентам делали орхофуникулоэктомию, 14 (53,8%) – декомпрессию яичка и 2 (7,7%) – эпидидимэктомию. В послеоперационном периоде всем больным назначили антибиотики широкого спектра действия, анальгетики, препараты улучшающие реологию крови, рассасывающие препараты, витамины. Послеоперационный период протекал гладко. Среднее пребывание пациентов в стационаре равнялось 8,4 (6 – 10) суткам.

### Выводы.

Полученные данные свидетельствуют о высокой информативности цветной ультразвуковой доплерографии при острых воспалительных заболеваниях органов мошонки. Положительной особенностью названного метода является возможность её многократного использования для оценки эффективности лечения.

## ЭКСПАНСИЯ AZF МИКРОДЕЛЕЦИЙ Y-ХРОМОСОМЫ И ИХ АССОЦИИ С ОСЛАБЛЕННЫМ СПЕРМАТОГЕНЕЗОМ В РОССИЙСКИХ И БЕЛОРУССКИХ УРБАНИЗИРОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ МОЛОДЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

А.В. Осадчук<sup>1</sup>, Г.В. Васильев<sup>1</sup>, М.К. Иванов<sup>2</sup>, М.А. Прасолова<sup>2</sup>, В.А. Кульчитский<sup>3</sup>, А.И. Линник<sup>3</sup>, Л.Н. Шантанова<sup>4</sup>, И.П. Троев<sup>5</sup>, Е.В. Типисова<sup>6</sup>, М.А. Клещев<sup>1</sup>, Л.В. Осадчук<sup>1</sup>

<sup>1</sup> – Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук, Новосибирск, Россия

<sup>2</sup> – Компания «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия

<sup>3</sup> – Институт физиологии НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

<sup>4</sup> – Институт общей и экспериментальной биологии Сибирского отделения Российской академии наук, Улан-Удэ, Россия

<sup>5</sup> – Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова, Якутск, Россия

<sup>6</sup> – Институт физиологии природных адаптаций Уральского отделения Российской академии наук, Архангельск, Россия

**Мотивация и цели:** Глобальный тренд снижения репродуктивного потенциала мужского населения, наблюдаемый во многих странах мира, в том числе и в России, ставит задачу выяснения роли генетических и этнических факторов. Мы представляем здесь первое российское исследование с целью выяснения межрегиональной и этнической изменчивости AZF микроделеций Y-хромосомы



и их ассоциации с ослабленным сперматогенезом в российских и белорусских урбанизированных популяциях молодых добровольцев.

#### Материалы и методы:

Исследование проводилось на молодых мужчинах из общей популяции ( $n=1899$ ), рекрутированных в шести городах: Минске, Архангельске, Новосибирске, Кемерово, Улан-Удэ и Якутске, включая мужчин трех наиболее представительных этнических групп: славян, бурят и якутов ( $n=1498$ ). На основе мультиплексной ПЦР в реальном времени идентифицировали 12 типов микроделеций AZF локуса, используя 15 STS маркеров пяти генетических реакционных смесей, разработанных фирмой «Вектор-Бест» (Новосибирск). Для наиболее часто встречающихся частичных микроделеций AZF<sub>c</sub> региона - b2/b3 (маркер sY1191) и gr/gr (маркер sY1291) проведена верификация с помощью двух STS маркеров - sY1192, sY1189, тесно сцепленных с соответствующими маркерами. Образцы эякулята анализировались в соответствии с лабораторным руководством ВОЗ (ВОЗ, 2010).

#### Результаты:

27.3% ( $n=518$ ) мужчин популяционной выборки оказались носителями AZF микроделеций. Из них у 24.6% ( $n=468$ ) идентифицирована b2/b3 частичная микроделеция AZF<sub>c</sub> региона. Частота встречаемости gr/gr частичной микроделеции AZF<sub>c</sub> региона составляла 2.2% ( $n=42$ ). Остальные типы делеций представлены единичными случаями. Полные делеции AZF<sub>c</sub> (b2/b4) и AZF<sub>a</sub> (Del\_AZF<sub>a</sub> & b2/b3) сопровождалась азооспермией. По частоте распространения частичных b2/b3 микроделеций выявлены высокодостоверные межрегиональные различия ( $\chi^2_5 = 381.52$ ;  $p < 0.0001$ ), причем между наиболее удаленными городами - Минском и Якутском наблюдались более чем 6-кратные различия. Частота b2/b3 AZF<sub>c</sub> микроделеций у мужчин г. Якутска (70.0%) представляет собой уникальное явление. Продемонстрирован евразийский меридианный тренд увеличения частоты b2/b3 микроделеций в восточном направлении. Межрегиональных различий по частичным gr/gr микроделециям обнаружено не было. Скрининг частот b2/b3 и gr/gr делеций у мужчин славянского этноса, проживающего во всех исследованных нами городах, не выявил достоверных межрегиональных различий. Отсюда следует, что главной причиной обнаруженного нами евразий-

ского меридианного тренда в частоте b2/b3 делеций являются межэтнические различия. Установлены высокодостоверные этнические различия по частоте b2/b3 делеций ( $\chi^2_5 = 386.32$ ;  $p < 0.0001$ ): наименьшая частота обнаружена у славян (14.3%), средняя - у бурят (33.3%), наибольшая - у якутов (89.5%). Микроделеции AZF<sub>c</sub> региона фиксируется в гаплогруппах Y-хромосомы, поэтому их частоты связаны с частотами распространенности гаплогрупп, которые идентифицируют популяцию и формируются в процессе этногенеза. Сопоставление частоты b2/b3 микроделеций с частотой распределения N1a гаплогруппы Y-хромосомы в этнических группах славян, бурят и якутов (взяты из публикаций Derenko et al., 2007; Харьков и др., 2008; Харьков и др., 2014; Лепендина и др., 2010; Давыденко, Кушнеревич, 2011) показало полное совпадение с высоким коэффициентом корреляции ( $r = 0.99$ ;  $p < 0.001$ ). Таким образом, частота b2/b3 микроделеций может быть тесно связана с этногенезом популяции.

Исследование ассоциации между частотой b2/b3 микроделеций и патозооспермией, идентифицированной по отклонению одного или нескольких параметров спермограммы (концентрация, прогрессивная подвижность, морфология сперматозоидов) от референсных значений (WHO, 2010), проводилось с использованием двух подходов. Во-первых, изучением коррелятивной межрегиональной (межгрупповой) изменчивости, во-вторых, анализом этнических (внутригрупповых) 2-х и 3-х мерных таблиц сопряженности. Выявлены высокодостоверные ( $\chi^2_5 = 40.28$ ;  $p < 0.0001$ ) межрегиональные различия по частоте патоспермии, и установлен их евразийский меридианный градиент увеличения в восточном направлении. Таким образом, евразийский градиент увеличения частоте патоспермии и частоте b2/b3 микроделеций в восточном направлении совпадают, а между ними установлена достоверная межрегиональная корреляция ( $r = 0.86$ ;  $p < 0.029$ ). Однонаправленность региональных изменений и высокий коэффициент межрегиональной корреляции свидетельствует о тесной взаимосвязи между AZF<sub>c</sub> b2/b3 микроделециями и ослабленным сперматогенезом. Анализ 2-х мерной таблицы сопряженности на общей популяции добровольцев показал, что в группе мужчин с патозооспермией частота AZF<sub>c</sub> b2/b3 микроделеций более чем на треть выше ( $\chi^2_1$



= 11.36;  $p < 0.0008$ ) по сравнению с группой нормоспермии. В тоже время, проведенный анализ трехмерной таблицы сопряжения с высоким уровнем значимости ( $\chi^2_{27} = 455.0$ ;  $p < 0.0001$ ) выявил взаимозависимость всех трех факторов - частот b2/b3 микроделений, патоспермии и этнической принадлежности. Можно заключить, что степень ассоциации между частотами b2/b3 микроделений и патозооспермией существенно модулируется этнической принадлежностью.

#### **Заключение:**

На популяционной выборке мужчин из шести городов установлен спектр делений AZF региона Y-хромосомы. Выявлены межрегиональные различия по частоте b2/b3 микроделений AZFc региона, демонстрирующие евразийский меридианный градиент в восточном направлении. Этнический состав популяций является главной причиной обнаруженного градиента. Частота b2/b3 микроделений в каждой этнической группе (буряты, славяне, якуты) сопряжена с частотой N1a гаплогруппы Y-хромосомы, указывая, что частота b2/b3 микроделений AZFc региона тесно связана с этногенезом популяций. Анализ ассоциаций между частотами b2/b3 микроделений AZFc региона и патозооспермией показал, что степень их взаимосвязи существенно модулируется этнической принадлежностью.

**Исследование поддержано грантом РНФ № 19-15-00075.**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА ПРИ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ЛОХАНКЕ**

Муротов Х.М., Шамсиев Дж.А., Косимов М.М., Раджабов С.С.

*Кафедра урологии Государственное образовательное учреждение «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино»*

*Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр Урологии». Таджикистан.*

#### **Актуальность.**

Особенностью современного развития хирургического лечения нефролитиаза является внедрение миниинвазивной технологии, к числу которых относятся дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), чрескожная пункционная

нефролитотрипсия и нефролитоэкстракция (ЧПНЛ). По данным многих авторов, эффективность ДУВЛ в основном зависит от плотности камня и его размеров. От этих факторов и зависит количество сеансов литотрипсии, увеличение числа которых оказывает негативное влияние на почку. Кроме того, Аляев Ю.Г. и соав. 2010г утверждают, что эффективность ДУВЛ связана с анатомическими особенностями чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). На сегодня в лечении крупных (>2,0 см), множественных и коралловидных камней почек ведущее место занимает ЧПНЛ, на долю которого как монотерапии приходится, по разным данным, от 45 до 80%. Доказано, что выполнение перкутанных манипуляций в почке требует от хирурга детального представления о строении ЧЛС почки пациента.

#### **Цель работы.**

Показать эффективность малоинвазивных методов хирургического лечения нефролитиаза при внутрпочечной лоханке.

#### **Материалы и методы.**

В данное исследование были включены результаты хирургического лечения у 107 больных с камнями почек при внутрпочечной лоханке, оперированных в ГУ «РНКЦУ». Мужчин было 58(54,2%), женщин — 49(45,8%). Средний возраст больных составил 39,5(от 8 до 72) года. Они были распределены на две группы: I группа – 55(51,4%) пациентов, которым произведена открытые оперативные вмешательства; II группа– 52(48,6%) пациентов, им выполнялась чрескожная пункционная нефролитотрипсия и нефролитоэкстракция (ЧПНЛ).

Всем больным кроме клиничко-лабораторных методов, ультразвукового исследования (УЗИ) почек выполнялась обзорная и экскреторная урография. Исключение составляют 7 больных которым не было проведено экскреторная урография (в одном случае была аллергия на контрастное вещество, другом 6-случаев имело место хроническая почечная недостаточность (ХПН) II-III стадия). УЗИ почек, обзорная и экскреторная урография позволяла уточнить размеры почек, толщины паренхимы, размеры камня и его стереометрическое расположение, расширение полостной системы почек, функциональное состояние почек и верхних мочевыводящих путей(ВМП). На основании клиничко-биохимических методов исследования определи-



ли активность воспалительного процесса в организме больного, наличие или отсутствие обострение хронического калькулёзного пиелонефрита, ХПН и его стадии. Между двумя группами проводился сравнительный анализ следующих параметров: время операции и госпитализации, количество интра- и послеоперационных осложнений.

**Результаты и обсуждения:** Операция была успешной у всех больных. Результаты операции в обеих группах в зависимости от изучаемых показателей приведены в таблице 2. Из нее видно, что между обеими группами по всем сравниваемым показателям имеется достоверная разница.

В I группе операция была эффективной у 40

полнительных манипуляций в послеоперационном периоде и все клинически значимые резидуальные камни, возникшие после операции по поводу простых камней, необходимо считать осложнением. Подобные осложнения у нас наблюдались в 4/1 случаях соответственно. Из 15/6 больных у которых имело место резидуальные камни у 4/1 пациентов наблюдались клинически значимые камни и выполнено необходимое вмешательство. Остальные расценены как клинически незначимые резидуальные камни. Заключение: минимально инвазивные методы лечения нефролитиаза с применением современных нефроскопов и литотрипторов, является малотравматичными и аль-

Таблица 2. Результаты открытые операции ЧПНЛ.

| №  | Изучаемые показатели                           | Открытые операции | ЧПНЛ          |
|----|--|-------------------|---------------|
| 1. | Среднее продолжительность операции (мин)       | 85(40-180)        | 103(50-210)   |
| 2. | Средняя время госпитализации (дни)             | 13,2(5-28)        | 7,6(1-16)     |
| 3. | Объём кровопотерие (мл)                        | 167,27(300-700)   | 75,67(40-150) |
| 4. | Эффективность операции (%)                     | 72,7%             | 88,5%         |
| 5. | Гемо/плазматрансфузия, п                       | 4/10              | 0/1           |
| 6. | Общее количество осложнений, п(%)              | 14(25,45%)        | 4(7,7%)       |
| 7. | Резидуальные камни, п(%)                       | 15(27,3%)         | 6(11,5%)      |
| 8. | Необходимость на повторное вмешательство, п(%) | 4(26,7%)          | 1(16,7%)      |

(72,7%) из 55, а во II группе – у 46 (88,5%) из 52 больных. Прежде чем охарактеризовать наличие резидуальные камни после операции нам бы хотелось вспомнить данные мировой литературы. Вопрос, касающийся резидуальных камней после операции, в литературе остается открытым. Куда отнести повторные сеансы ЧПНЛ и/или ДУВЛ: к осложнениям или это этапы, часть лечения нефролитиаза? Анализ современных данных показывают, что в число осложнений следует включить только резидуальные камни мочеточника и мочевого пузыря, которые мигрировали в ходе выполненного вмешательства и потребовали до-

тернативой открытым хирургическим вмешательствам. Широкое применение ЧПНЛ способствует укорочение время операции, срок госпитализации, снижение послеоперационных осложнения.

## ЭЯКУЛЯТОРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИНИМАЮЩИХ А-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ.

Кызласов П. С.<sup>1</sup> Ергаков Д.В.<sup>2</sup> Дианов М. П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> – Д.М.Н., профессор кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА РФ. Главный внештатный уролог ФМБА России Москва



<sup>2</sup> – К.М.Н., доцент кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА РФ. Москва

<sup>3</sup> – Врач уролог ГАУЗ КОКБ Кемерово.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы является наиболее частым заболеванием у мужчин старше 50 лет. У большинства таких пациентов развиваются симптомы нижних мочевых путей разной степени выраженности, требующие медикаментозного лечения. Эякуляторная дисфункция – это патологическое состояние характеризующееся нарушением количественных и качественных параметров семяизвержения, приводящих к снижению качества половой жизни или к ее полному отсутствию. Наиболее частой причиной ЭяДу пациентов страдающих СНМП является прием  $\alpha$ -адреноблокаторов.

Проведено обследование 90 пациентов впервые начинающих прием  $\alpha$ -адреноблокаторов, а именно тамсулозин, силодозин, альфузозин. Пациенты разделились в равные группы по 30 человек и были равны по основным антропологическим, возрастным характеристикам, выраженности и длительности основного заболевания. Перед началом лечения были заполнены стандартные опросники применяемые в урологической практике: МИЭФ 5, iPSS, QL, а так же «Опросник мужского сексуального здоровья», а именно раздел: «расстройства эякуляции». По всем опросниками до начала лечения различия между группами не было.

Через 1 месяц при контрольном обследовании выявлено, что в шкалах МИЭФ 5, iPSS, QL статистически значимых различий в базовых оценках и оценках после лечения не было. В «Опросник мужского сексуального здоровья: расстройства эякуляции» определялось снижение базовых оценок у пациентов принимающих тамсулозин и силодозин, с 25.7 до 20.5 и с 25.9 до 16.1 соответственно. В то время как на фоне приема альфузозина показатели остались на прежнем уровне 24.9 и 25.0. При статистическом анализе установлено, что между базовыми оценками и оценками через 1 месяц имелись значимые различия в группах принимающих тамсулозин ( $p=0,0146$ ) и силодозин ( $p=0,0004$ ). Тем самым зафиксировано значимое ухудшение эякуляторной функции на фоне приема тамсулозина и в большей степени силодозина, в то время как альфузозин на эякуляторную функцию влияния не оказывал.

Так же установлено, что пациенты более старшего возраста испытывали меньшее беспокойство

от эякуляторной дисфункции (их больше волновало наступление эрекции как таковой).

Таким образом различные  $\alpha$ -адреноблокаторы обладают разным влиянием на эякуляторную составляющую полового акта. При выборе препарата следует придерживаться тактики исходя из ожиданий пациента. Мужчинам ведущим половую жизнь и желающим сохранить эякуляторный компонент полового акта, а препарат выбора должен быть альфузозин.

# ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНГРЕССА ПААР:

**Мартазинова Светлана**

E-mail: [martazinova@yandex.ru](mailto:martazinova@yandex.ru)

Телефон: 89161130766

**Ипатенков Виталий**

E-mail: [vipatenkov@mail.ru](mailto:vipatenkov@mail.ru)

Телефон: 89687103525

**Наумов Никита**

E-mail: [naumovuro@mail.ru](mailto:naumovuro@mail.ru)

Телефон: 89175235433