

сперми. Частина дослідників вказує на негативні зміни у показниках спермограми у пацієнтів із ІУГТ, інші автори повідомляють про відсутність цих змін. Згідно з рекомендаціями EAU за 2012 р., зараз відсутні безпосередні дані, які демонструють негативний вплив інфекцій урогенітальної сфери на якість еякуляту та чоловічу фертильність.

Проаналізовано результати дослідження, які характеризують особливості видового складу мікроорганізмів, виділених із сперми у 140 чоловіків з інфекцією геніталій при безплідді.

Аналіз представлених даних свідчить про різноманіття виявлених мікроорганізмів, серед яких найчастіше зустрічались: *Staphylococcus epidermidis* (52,1%), *Enterococcus* sp. (17,8%) і *Streptococcus* gr. (15,0%). У 96 чоловіків (68,6%) виявлена асоціація двох і більше збудників інфекції. Безсимптомна бактеріоспермія виявлена у 32 пацієнтів (22,8%). Результати мікробіологічного аналізу сперми показали, що в 86,4% випадків бактеріоспермія супроводжується лейкоцитоспермією.

Основну групу з лейкоцитоспермією склали 110 хворих (78,6%) з кількістю лейкоцитів від  $1,0$  до  $5,0 \cdot 10^6$ /мл, і тільки у 11 пацієнтів (7,8%) виявлена кількість лейкоцитів більше  $5,0 \cdot 10^6$ /мл. При цьому нормальна кількість лейкоцитів за даним спермограм при бактеріоспермії виявлена тільки у 19 хворих (13,6%).

На підставі отриманих результатів діагностики інфекцій геніталій і з урахуванням ха-

рактеру виявлених змін спермограм запропонована комплексна поетапна схема лікування.

Аналіз отриманих результатів показав, що повне клінічне одужання настало у 91 (65,0%) чоловіка, частота виникнення вагітності в подружніх парах протягом 24 місяців після закінчення лікування складала 26,4%. Залишкові запальні явища спостерігались у 36 (25,7%) пацієнтів, які потребували проведення додаткового лікування. У 13 (9,3%) хворих, незважаючи на відсутність даних за інфекцію геніталій, продовжувала зберігатись патоспермія.

Це може свідчити про те, що у пацієнтів з порушеннями репродуктивної функції інфекція є супутнім захворюванням або можливим токсичним впливом продуктів життєдіяльності бактерій не тільки на сперматозоїди, але й на сперматогенний епітелій, що призводить до значних порушень сперматогенезу.

Проведене дослідження показало, що комплексне лікування екскреторно-токсичного безпліддя у хворих запальними захворюваннями чоловічих статевих органів призвело до повного клінічного одужання у 91 (65,0%) пацієнта, а частота виникнення вагітності в подружніх парах протягом 24 місяців після закінчення лікування складала 26,4%. Досить високий відсоток хворих, які не відмітили ефекту або потребували проведення додаткового лікування та подальшого дослідження цієї проблеми.

## РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

*О.В. Ромащенко, А.И. Соловьев, С.Н. Мельников, В.В. Билоголовская, М.А. Щербак*

*ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев*

Цель исследования. Изучить изменения метаболитов оксида азота в вагинальном секрете у женщин в постменопаузе.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гинекологическое, сексологическое и ультразвукографическое обследование 62 женщин в возрасте 52–61 года с продолжительностью менопаузы от 3 до 9 лет.

Концентрацию нитрит-аниона  $\text{NO}_2^-$  определяли в безбелковых экстрактах влагалищной слизи с помощью реактива Гресса спектрофотометрическим методом на фотометре Screen Master. Содержание общего белка в пробах определяли по методу Bradford M.M., 1976.

Оценка кровотока сосудов клитора проводилась с использованием ультразвукового исследования методом доплерографии на аппарате XARIA TOSHIBA.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нормально функционирующий эндотелий сосудов характеризуется непрерывным выделением оксида азота посредством эндотелиальной NO-синтазы, что необходимо для обеспечения адекватного кровоснабжения органов и тканей гениталий.

У 12 (19,4%) женщин с продолжительностью менопаузы до 3 лет формирование урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций (снижение желаний, возбуждения, нарушения оргазма и диспареунии) установлено при уровне метаболитов оксида азота во влагалищной слизи  $27,77 \pm 2,73$  нмоль/мг белка.

У 29 (46,7%) женщин с длительностью менопаузы до 6 лет стабильность в проявлении урогенитальных расстройств и женских сексуальных дисфункций отмечена при уровне метаболитов оксида азота во влагалищной слизи  $20,91 \pm 2,59$  нмоль/мг белка.

Выраженность проявления урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций (особенно диспареунии на фоне нарушения lubricации) отмечено у 21 (33,9%) женщины с продолжительностью менопаузы до 9 лет и уровнем метаболитов оксида азота во влагалищной слизи —  $10,9 \pm 1,06$  нмоль/мг белка.

У этих же пациенток отмечено достоверное снижение максимальной систолической скорости (Vps) —  $(2,9 \pm 0,014$  см/сек) и объемной скорости кровотока (Vvol) —  $(2,6 \pm 0,014$  мл/мин) при ультразвуковом исследовании методом доплерографии сосудов клитора по сравнению с аналогичными результатами пациенток с продолжительностью менопаузы до 6 лет.

## ВЫВОДЫ

Формирование урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций на фоне нарушения кровообращения гениталий в период менопаузы возрастает с ее продолжительностью и снижением продукции оксида азота.

# МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ДГПЖ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

И.М. Русинко <sup>1</sup>, Н.М. Русинко <sup>1</sup>, О.Г. Коноплева <sup>1</sup>, А.В. Дулепин <sup>1</sup>, А.В. Приходько <sup>1</sup>,  
К.А. Троян <sup>1</sup>, Е.П. Украинец <sup>2</sup>, Е.А. Квятковский <sup>3</sup>, В.М. Корягин <sup>5</sup>, В.В. Коштура <sup>4</sup>

КУ «Д 12 ТМО» ДОС» <sup>1</sup>

КУ «ДОКБ им. Мечникова» ДОС» <sup>2</sup>

КУ «Д 9 ГКБ» ДОС» <sup>3</sup>

КУ «Д 6 ГКБ» ДОС», г. Днепропетровск <sup>4</sup>

ООО «Планета Здоровье», г. Днепропетровск <sup>5</sup>

Рекомендации по лечению симптомов нижних половых путей (СНМП) являются наиболее динамичной группой среди всех протоколов ЕАУ. Если раньше эти пациенты относились к группе ДГПЖ (до 2010 года), то в 2011 году это уже были рекомендации по лечению ненейрогенных СНМП у мужчин, а с 2012 года — СНМП у мужчин, в том числе с обструкцией шейки мочевого пузыря (вследствие ДГПЖ). Соответственно значительно изменялись и рекомендации по диагностике, а особенно по лечению этой группы пациентов. В настоящее время общеизвестно, что СНМП являются одной из наиболее частых причин обращения к урологу.

СНМП подразделяется на:

- симптомы накопления (дневная поллакиурия, urgentные позывы к мочеиспусканию, императивное недержание мочи, ноктурия);
- симптомы опорожнения (ослабление струи мочи, затрудненное начало и прерывистость мочеиспускания, парадоксальная ишурия);
- симптомы после мочеиспускания (чувство неполного опорожнения, подкапывание мочи после мочеиспускания — дриблинг).

Преобладание тех или иных симптомов для каждого пациента индивидуально и зависит от