

Варикоцеле. Классификация, диагностика, лечение

Д.А. Бешлиев

НИИ урологии Росмедтехнологий, Москва

Варикоцеле – варикозное (гроздевидное) расширение вен лозовидного (plexus pampiniformis) сплетения в пределах семенного канатика, как следствие органной венной почечной гипертензии и первичной недостаточности стенки яичковой вены, сопровождающееся интермиттирующим или перманентным венозным рефлюксом.

Эпидемиология. Варикоцеле весьма частое заболевание, частота которого колеблется от 2,3 до 30,7 %. Наиболее часто варикоцеле встречается в возрасте 15–25 лет (до 30 %). Варикоцеле имеет большое практическое значение при отборе призывников на военную службу, так как в призывном возрасте оно встречается от 2,3 до 20 %. Среди страдающих бесплодием число пациентов с варикоцеле достигает 30–40 %. Частота варикоцеле неодинакова в различном возрасте. В дошкольном возрасте заболеваемость варикоцеле не превышает 0,12 %, среди мальчиков школьного возраста варьирует от 2,2 до 10 %, у лиц пожилого возраста является относительно редким заболеванием. Варикоцеле наблюдается у лиц различных профессиональных и социальных групп, но чаще болеют лица, занимающиеся физическим трудом – 75,2 %. Левосторонняя локализация составляет 80–98 %, правосторонняя – 2,1–8,3 % и двусторонняя – 2,6–38 %.

Факторы риска:

- наличие пахово-мошоночной грыжи;
- запоры;
- длительное напряжение мышц брюшной стенки, сопровождающееся увеличением внутрибрюшного давления и затруднением оттока крови в нижнюю полую вену;
- расширение пахового канала с последующей передачей повышенного внутрибрюшного давления на яичковые вены;
- сдавление яичковой вены элементами пахового канала;
- значительное смещение книзу (провисание) левого яичка, вследствие недостаточной функции кремастера с последующим увеличением гидростатического давления;
- длительное нахождение в положении стоя, продолжительная езда на велосипеде, травма органов мошонки;
- впадение под прямым углом левой яичковой вены в левую почечную вену;
- общая недостаточность левой яичковой вены, аномалии, отсутствие или недостаточность её клапанов;
- большая длина левой яичковой вены по сравнению с правой и сопутствующее увеличение гидростатического давления;
- гиперемия половых органов при мастурбации;
- расстройство нервной вегетативной системы;
- гонорея и общие инфекции;
- высокое давление в левой почечной вене (ЛПВ) по сравнению с нижней полой веной;

- сдавление ЛПВ дополнительным её стволом;
- сдавление ЛПВ или яичковой вены в аортомезентериальном «пинцете» и многие другие причины.

Многие перечисленные выше факторы являются предрасполагающими, а некоторые из них могут возникать как следствие варикоцеле. Основными причинами заболевания являются почечная венная гипертензия и тестикулярная венозная недостаточность. Расширение v. testicularis и варикоцеле у мужчин или оварио-варикоцеле у женщин являются защитной реакцией организма, направленной на избавление почки от венозной гипертензии.

Варикоцеле и бесплодие

Варикоцеле может быть прямой причиной мужского бесплодия, однако нарушение сперматогенеза при варикоцеле встречается не у всех больных, причём чем более выражено варикоцеле, тем больше число больных с бесплодием. Факторами, отрицательно влияющими на сперматогенез при варикоцеле, считаются: механическое сдавление семявыносящих путей варикозно-расширенными венами; гипоксия тестикул вследствие стаза крови в венах семенного канатика; венозный стаз и ретроградный ток крови, приводящий к увеличению температуры яичек и нарушению синтеза стероидов; повреждение гематотестикулярного барьера с развитием аутоиммунных процессов; недостаточность выработки андрогенов клетками Лейдига; нарушение микроциркуляции в яичке вследствие повышения венозного давления; прямой сброс в венозную систему левого яичка гормонов и вазоактивных субстанций левого надпочечника и почки; гипертензия венозной системы левого надпочечника, сопряжённая с левосторонней венозной почечной гипертензией, вследствие выраженного антиандрогенного действия стероидных гормонов надпочечника с повреждением сперматогенеза.

Классификация

В настоящее время в основном применяется классификация Н.А. Лопаткина, которая учитывает степень выраженности варикоцеле и изменения трофики яичка, при этом степень варикоза вен выявляют только пальпаторно при натуживании больного в вертикальном положении тела:

1 степень – визуально определяются расширенные вены, размеры и консистенция яичка не изменены;

2 степень – выраженная дилатация вен гроздевидного сплетения, уменьшение яичка и изменение его консистенции.

В детской хирургической практике прочно укоренилась классификация Ю.Ф. Исакова:

I степень – варикоцеле не заметно визуально, но чётко определяется пальпаторно, особенно при напряжении;

II степень – варикозные узлы явно определяются визуально, но размеры и консистенция яичка не изменены;

III степень – на фоне выраженного варикозного расширения вен отмечаются уменьшение и тестоватость яичка.

В связи с широким распространением флебографии для диагностики варикоцеле, в классификации В.Л. Coolsaet введены гемодинамические критерии варикозного расширения вен семенного канатика:

1 тип – рефлюкс из почечной вены в яичковую;

2 тип – рефлюкс из подвздошной вены в яичковую;

3 тип – комбинация первых двух типов.

Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует следующую классификацию варикоцеле:

1 степень – расширенные венные сплетения выпячиваются сквозь кожу мошонки и легко пальпируются;

2 степень – расширенные вены в мошонке не видны, но легко пальпируются;

3 степень – расширенные вены в мошонке не видны и не пальпируются, за исключением их расширения при пробе Вальсальвы.

Субклиническое варикоцеле – нет клинически выраженного варикоцеле, но его признаки выявляются с помощью скротальной термографии или при ультразвуковом доплеровском исследовании. В последние годы она дополнена клинической классификацией с учётом симптоматики варикоцеле, которая позволяет обосновать показания к операции.

Проявления заболевания: бессимптомное и симптоматическое варикоцеле (боли, нарушение сперматогенеза, рецидивное варикоцеле, бесплодие).

Если при симптоматическом варикоцеле показания к операции очевидны, то при бессимптомном необходим индивидуальный отбор больных для оперативного лечения в зависимости от конкретных условий.

Внедрение ультразвуковой доплерографии позволяет выделить интратестикулярный тип варикоцеле, проявляющийся расширением вен паренхимы яичка, более выраженным при натуживании.

Скрининг. Подростки с 14 лет.

Профилактика

Профилактика заболевания не разработана. Ограничение физических нагрузок не может рассматриваться в качестве рациональной и адекватной меры профилактики.

Диагноз. Диагностика варикоцеле проводится по стандартной методике, включающей изучение жалоб больных, сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные анализы, дополнительные методы исследования по показаниям (анализ эякулята, MAR-тест, ультразвуковое сканирование органов мочеполовой системы, флебография и флеботонометрия, определение уровня тестостерона и фолликулостимулирующего гормона в плазме крови и др.).

Жалобы и анамнез. Варикоцеле может развиваться медленно и незаметно, не вызывая никаких местных расстройств и субъективных проявлений (бессимптомное варикоцеле). Наиболее частыми жалобами являются: отвисание мошонки, которое особенно увеличивается при ходьбе и в жаркую погоду; тяжесть в паху и мошонке; тупые тянущие боли в яичке, по ходу семенного канатика и в паху, усиливающиеся при ходьбе и поднятии тяжести; понижение трудоспособности; общая слабость; уменьшение объёма яичка и расстройства половой функции. К этому нередко присоединяется ощущение чувства тупой тянущей или колющей боли и жжения в яичке и по ходу семенного канатика, иррадиирующие в поясницу, в промежность и половой член, вниз живота и бедро, приобретая характер невралгии. Больные с сопутствующим неврозом могут предъявлять жалобы, не характерные для варикоцеле: раздражительность, плаксивость, отсутствие аппетита, исхудание, учащённое мочеиспускание.

Физикальное обследование

Необходимо выявить степень расширения вен гроздевидного сплетения в положении стоя и лежа, в том числе при натуживании (проба Вальсальвы), определить размеры яичек. Объём нормального яичка в препубертате составляет 1–2 мл. Объём бо-

лее 3 мл означает начало пубертата. От 11 до 16 лет объём яичек возрастает от 2 до 16 мл. Обычно левое яичко меньше правого. Индивидуальные вариации в нормальном росте яичек очень вариабельны. Интратестикулярный варикоз встречается приблизительно у 5–8 % больных с выраженным варикоцеле. У этих больных имеются более гемодинамические нарушения и отёк паренхимы яичка.

Существует много методов для определения размеров яичек: пальпаторное определение; визуальное сравнение; измерение; сравнительные овалы (орхидометр Прадера); эллипсные кольца (орхидометр Токихара); УЗИ. Существуют специальные формулы для вычисления возрастных норм (объём = $0,523 \times A \times B \times C$, длина, ширина и глубина яичка). Выявляют наличие кремастерного рефлекса, отсутствие которого коррелирует с выраженностью варикоцеле.

Лабораторные и инструментальные исследования. Общий анализ мочи может выявить протеинурию и микрогематурию. Исследование спермы после 3–5-дневного полового воздержания у ряда больных выявляет патоспермию.

Инструментальные методы диагностики варикоцеле на протяжении многих десятилетий зависели от уровня научно-технического развития общества. Флебографические методы с определением давления и их градиентов долгое время имели решающую роль в диагностике и лечении варикоцеле, однако они относятся к инвазивным методам обследования и не все урологи имеют возможность их выполнения.

Широкое применение новых ультразвуковых аппаратов с высокой разрешающей способностью и возможности использования цветовой доплерографии для визуализации кровотока в сосудах значительно улучшили диагностику варикоцеле. Эффективность данного метода при диагностике и оценке регионарной гемодинамики достигла 100 %.

Радиоизотопные методы используют для изучения функционального состояния почек до и после операции, гемодинамики почек и органов мошонки и с диагностической целью. Для изучения функционального состояния почек до и после операции используют динамическую нефросцинтиграфию и непрямую изотопную ангиографию. Динамическая скintiграфию яичек у больных варикоцеле позволяет по степени накопления радиофармпрепарата в гроздевидном сплетении судить о степени заболевания. Чем выше степень варикоцеле, тем больше выражен процесс накопления радиофармпрепарата.

Дифференциальная диагностика. Идиопатическую форму варикоцеле следует дифференцировать со следующими заболеваниями и патологическими состояниями: симптоматическое варикоцеле; водянка оболочек яичка; хронический эпидидимит; опухоли яичка и придатка; воспаление семенного канатика.

Дифференциальная диагностика варикозного расширения вен семенного канатика от других заболеваний не представляет больших затруднений при знании симптомов вышеперечисленных заболеваний.

Симптоматическая форма расширения вен семенного канатика встречается вследствие воспалительных процессов в тазу, новообразований почки и тазовой области, увеличения лимфатических желёз брюшной полости и др., т. е. в случаях сдавления семенных вен с застойными явлениями, которые и влекут за собой расширение венозного сплетения семенного канатика. Обычно оно появляется внезапно, быстро увеличивается, не исчезает при горизонтальном положении больного, при поднятой мошонке.

Для водянки оболочек яичка характерна гладкая поверхность мошонки, яйцевидной или грушевидной формы, с положительным симптомом просвечивания, туго-эластической консистенцией, всегда имеющейся отчётливой флюктуацией.

Хронический эпидидимит отличается локализацией процесса у придатка, гладкой поверхностью, плотной консистенцией. Начало хронического эпидидимита обычно связано с острым периодом. Опухоли яичка и его придатка обычно легко отличаются от варикоцеле быстрым ростом опухоли, мелкобугристой поверхностью, очень плотной консистенцией, яйцевидной или овальной формой. Кроме этого, в общем анализе крови почти всегда отмечается ускорение СОЭ, быстро прогрессирующая гипохромная анемия, регенеративный сдвиг.

Фуникулит от варикоцеле отличается острым началом заболевания, значительным утолщением семенного канатика, резкой болезненностью его при пальпации.

При необходимости дифференциальной диагностики бесплодия, связанного с варикоцеле, от других её форм, проводится MAR-тест и/или определение уровня тестостерона и фолликулостимулирующего гормона в плазме крови.

Лечение

Пациенту следует подробно рассказать обо всех возможных видах лечения. В хирургической практике очень редко встречаются такие же заболевания, как варикоцеле, которые имели бы такое разнообразие методов консервативного и оперативного лечения.

Показания к госпитализации. Необходимость дообследования (флебодиагностика) и оперативное лечение.

Немедикаментозное лечение. Больным рекомендуют ограничение физической нагрузки и длительного стояния, запрещение езды на велосипеде и мотоцикле, устранение метеоризма, налаживание регулярного стула, исключение длительного напряжения брюшной стенки, ношение суспензория, холодные ванны для органов мошонки, устранение половых излишеств, мастурбации и др. Однако известно, что консервативное лечение варикоцеле очень редко приводит к его исчезновению.

Лекарственная терапия. Проводится в основном после операции с целью стимуляции сперматогенеза (хорионический гонадотропин, клостил-бегит и др.).

Хирургическое лечение. Варикоцеле является заболеванием, которое в подавляющем большинстве случаев требует оперативного лечения. Опыт показывает, что больные, страдающие варикоцеле, нередко имеют то или иное осложнение (бесплодие, нарушение сперматогенеза, боли, гематома мошонки и др.), что диктует необходимость раннего оперативного лечения варикоцеле с целью предупреждения их развития в последующем. Однако не каждый больной варикоцеле является кандидатом для оперативного лечения.

Основным показанием к оперативному лечению варикоцеле является бесплодие, однако подавляющее большинство больных подвергаются оперативному лечению в детском и юношеском возрасте с целью его профилактики, поскольку лигирование левой семенной вены относится к числу наиболее простых и безопасных операций.

Поэтому пока не будет выяснено, у какой категории больных с варикоцеле может развиваться бесплодие, оперативное лечение будет осуществляться почти всем пациентам, так как и больной или его родители никогда не рискуют (боясь оказаться среди этих 20 % больных с бесплодием, к которому может привести варикоцеле), выбирая операцию.

Если больной обращается к урологу или андрологу по поводу бесплодия, и при этом выявляется варикоцеле, в первую очередь, ставится вопрос об оперативном лечении. Показанием к оперативному лечению варикоцеле являются и боли. Эти боли возникают в результате натяжения семенного канатика, возникновения тромбов, флебитов и тромбофлебитов в расширенных венах гроздевидного сплетения.

Оперативного лечения может потребовать и такое редкое осложнение варикоцеле, как гематома мошонки, которая возникает в результате разрыва венозного узла.

Наиболее редким показанием к оперативному лечению варикоцеле является косметическая цель. В настоящее время известно более 120 видов оперативных вмешательств. Применение разнообразных методов операции связано с трудностями излечения этого заболевания и многие из этих методов не оправдали себя и имеют лишь историческое значение. Операции, применяемые в клинической практике для лечения варикоцеле, следующие: лигирование и иссечение тестикулярных сосудов – операции Иванисевича, Паломо, Бернарди, Кондакова, их лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая методики; рентгено-эндоваскулярные – склеротерапия, эмболизация, эндоваскулярная электрокоагуляция; микрохирургические операции, выполняемые из пахового доступа; сосудистые анастомозы – проксимальный тестикулоилиакальный; микрохирургический тестикулоэпигастральный, тестикулосафенный и др.

Цель операций по созданию венозных анастомозов – создание искусственных путей оттока венозной крови от яичка и лечение почечной венозной гипертензии. Необходимость сосудистых анастомозов при лечении варикоцеле связана с тем, что отсутствие рецидива варикоцеле после операции, цель которых перевязка и пересечение яичковой вены без предварительной флеборентгенографии и тензиографии почечных вен, не решает проблемы венозной почечной гипертензии у значительного контингента больных варикоцеле. Проблему венозной почечной гипертензии у больных варикоцеле вследствие аортомезентериальной компрессии или стеноза левой почечной вены, приведшей к дилатации яичковой вены более чем на 3 мм в диаметре, призваны решать операции наложения сосудистых анастомозов. Наиболее подходящей для анастомоза считают эпигастральную вену, которая во время операции легко обнаруживается, находится близко к семенной вене и не потребует натяжения; анастомоз технически легко выполним из-за одинакового диаметра вен. Показания к микрохирургической операции необходимо выбрать, исходя из патогенетических механизмов и типов варикоцеле.

Отмечено, что внедренные в последние годы в практику ретроперитонеоскопический способ лигирования внутренней семенной вены и её электрокоагуляция с одной и/или двух сторон обладают меньшей инвазивностью, быстрым восстановлением и хорошим косметическим результатом.

Дальнейшее наблюдение. Целями дальнейшего наблюдения за пациентом служат определение эффективности лечения, восстановление фертильности, раннее выявление отдалённых осложнений операции и их устранение.

Осложнения

Кроме крайне редких грозных осложнений (перевязка мочеочника, подвздошных вен) и обычных хирургических осложнений (воспаление, кровотечение, нагноение раны и др.) встречаются и достаточно специфические для этих операций,

связанные с перевязкой или эмболизацией семенной вены. С появлением новых методов оперативного лечения варикоцеле, таких как микрохирургический и лапароскопический методы, частота возникновения специфических осложнений значительно уменьшилась.

Лимфостаз левой половины мошонки является одним из ранних осложнений оперативного лечения варикоцеле, причиной которого считается перевязка и повреждение лимфатических сосудов в ходе операции. Лимфостаз мошонки встречается достаточно часто, но в силу кратковременного и доброкачественного протекания не привлекает к себе особого внимания. Отечность и болезненность левой половины мошонки возникают уже в первые сутки после операции, использование пациентом суспензория в течение 4–5 дней после операции способствует исчезновению лимфостаза. Мобилизация лимфатических сосудов и осторожная коагуляция во время операции являются профилактикой этого осложнения.

Гипотрофия и атрофия яичка или азооспермия – самое грозное осложнение варикоцелеэктомии, о которых однако редко сообщается, поэтому истинная их частота неизвестна. Атрофия яичка после операции возникает достаточно редко 2 : 1000. Тем не менее, даже один случай тестикулярной атрофии среди 1000 операций может быть драматическим осложнением для молодого пациента.

Боли в отдалённом периоде. Исчезновение или уменьшение болей наблюдается у подавляющего большинства больных (более 90 %) после операции. Однако приблизительно у 3–5 % больных в послеоперационном периоде возникают боли в области яичка и по ходу семенного канатика, которые могут сохраняться в течение длительного времени, иногда годами.

Гидроцеле. Частота возникновения гидроцеле после операции по поводу варикоцеле варьирует от 0,5 до 9 % случаев. Гидроцеле обычно появляется через 6–24 месяцев после операции, но может возникать в первые месяцы после неё. Основной причиной возникновения гидроцеле после операции считается пересечение лимфатических сосудов, сопровождающих яичковую артерию и вену, либо нарушение венозного оттока крови от яичка, хронический венозный застой в его придатке, приводящий к застойному венозному эпидидимиту.

Рецидив варикоцеле. Частота рецидива после операции у детей варьирует от 10 до 87,2 %, у взрослых значительно ниже – 2–9 %. Сравнительный литературный анализ частоты рецидивов у больных варикоцеле показывает, что большая частота рецидивов приходится на долю операции Иванисевича. Рецидивы варикоцеле при операциях Бернарди (5 %), Кондакова (1,8 %), лапароскопических (2,4 %), микрохирургических (2 %) встречаются реже. Иными словами, чем ниже стоимость операции, тем больше рецидивов.

Рецидивы варикоцеле у взрослых в большинстве случаев (более 90 %) связаны с техническими погрешностями во время операции: неперевазанный дополнительный ствол или наличие анастомоза, обходящего область хирургического вмешательства – 68 % случаев, недостаточно эффективная перевязка основного ствола – 27 % случаев. Тщательное лигирование всех венозных сосудов, отходящих от внутреннего кольца пахового канала, позволяет уменьшить число рецидивов с 1,3 до 0,5 %.

Осложнения эндоваскулярных методов. Накопленный опыт позволяет выделить наиболее типичные осложнения эмболизации яичковой вены:

- аллергическая реакция на контрастное вещество (3,5 % случаев);

- временные боли в левой подвздошной области (29 %);
- тромбоз вен гроздевидного сплетения (4 %);
- перфорация стенок сосудов (частота не определена).

Осложнения лапароскопического метода.

Осложнения при применении лапароскопического метода крайне редки и связаны с введением троакаров при создании пневмоперитонеума, выполнением самой манипуляции, возникновением кровотечения после операции.

Варикоцеле и стерилизация. При варикоцелеэктомии важно учитывать возможность последующей стерилизации пациента. Очень часто единственным источником питания яичка после перевязки сосудов семенного канатика являются артерии семявыносящего протока и крематерная артерия и поэтому последующая вазэктомия приводит к атрофии яичка. В связи с этим мужчин и родителей подростков перед операцией по поводу варикоцеле следует предупреждать о невозможности вазэктомии в дальнейшем. Это важно, так как вазэктомия широко распространённая в США в качестве метода контрацепции (около 11,7 % супружеских пар предпочитают её и ежегодно около полумиллиона мужчин подвергаются такой операции) в последние годы всё больше распространяется и в России.

Прогноз. Такие особенности венозной системы как наличие множественных стволов семенной вены и коллатералей, илиосперматический тип гемодинамики являются плохим прогностическим признаком в плане рецидива варикоцеле.

На прогноз результатов лечения больных варикоцеле с бесплодием влияют следующие факторы: возраст пациента при обнаружении варикоцеле имеет прямую корреляцию с поражением яичка при длительном заболевании; сперматогенез прямо пропорционален объёму яичка – 2/3 его объёма состоит из тубулярной части; чем выше степень (выраженность) варикоцеле, тем больше число больных с бесплодием; нарушение гормонального статуса (ФСГ и ТС) и тяжёлые нарушения сперматогенеза.

Улучшение качественных и количественных характеристик спермы через 3–6 мес. после операции является важным фактором успеха операции.

Рекомендуемая литература

1. Алхасов Г.М. Двустороннее варикоцеле. Эпидемиология и диагностика: Дис. канд. мед. наук, М.: 2004.
2. Мазо Е.Б., Корякин М.В. Новое в лечении мужского бесплодия при варикоцеле. М.: Медицина, 1992; 170.
3. Житникова Л.Н. Стеноз почечной вены (этиология, клиника, диагностика). Автореф. дис...канд. мед. наук.-М.: 1978.
4. Клинические рекомендации. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Эотар-Медиа, 2007; 42–53.
5. Исаков Ю.Ф., Ерохин А.П., Гераськин В.И., Воронцов Ю.П. К проблеме варикоцеле у детей // Урология и нефрология. 1977; 5 : 51–55.
6. Степанов В.Н., Кадыров З.А. Диагностика и лечение варикоцеле. М.: 2001; 200.
7. Abdulmaaboud M.R., Shokeir A.A., Farage Y. et al. Treatment of varicocele: a comparative study of conventional open surgery, percutaneous retrograde sclerotherapy, and laparoscopy // Urology. 1998; 52: 2: 294–300.
8. Ковалёв В. А., Королёва С.В. Влияние варикоцеле на сперматогенез. В кн: Современные технологии в оценке отдалённых результатов лечения урологической патологии у детей. Тезисы докладов научно-практической конференции детских урологов. М.: 2001; 13–15.
9. Кондаков В. Т., Пыков М.И. Варикоцеле. М.: Видар, 2000; 99.
10. Страхов С.А. Варикозное расширение вен гроздевидного сплетения и семенного канатика (варикоцеле). М.: 2001; 235.
11. Ledda A. Vascular andrology. Springer. 1996; 149.
12. Лопаткин Н.А. Патогенетическое основание нового способа оперативного лечения варикоцеле // Урол. и нефрол. 1973; 5: 31–34.
13. Лопаткин Н.А., Морозов А.В., Дзеранов Н.К. Трансформальная эн-

доваскулярная облитерация яичковой вены в лечении варикоцеле // Урол и нефрол. 1983; 6: 50–53.

14. Turner T.T. Varicocele: Still an enigma // J Urol 1983; 129: 4: 695–699.

15. Карнаух В.И. Варикоцеле и бесплодие у мужчин (особенности состояния репродуктивной функции и диагностика заболевания). Дис. канд. мед. наук. 1986; 90.

16. Ho K.J., Mcateer E., Young M. Loss of testicular volume associated with

intratesticular varicocele // Int J Urol. 2005; 12: 4: 422–423.

17. Nambirajan T., Woolsey S., Manavalan L. et al. Intra-testicular varicocele presenting as acute scrotum // Scand J Urol Nephrol. 2004; 38: 2: 179–181.

18. Cobellis G., Mastroianni L., Cruccetti A. et al. Retroperitoneoscopic varicocelelectomy in children and adolescents // J Pediatr Surg. 2005; 40: 5: 846–849.

19. Chueh S.C., Liao C.H., Wang S.M. et al. Clippless needlescopic bilateral varix ligation // Androl. 2005; 26: 1: 93–97.

Об эффективности применения нового оригинального отечественного препарата Простопина для лечения острого и хронического простатита и доброкачественной гиперплазии предстательной железы

А.С. Сараф¹, А.А. Калмыков², А.К. Денисов³

¹ООО «Апифарма», ²ООО «Алфарм»,

³Ассоциация АПФ, Москва

Хронический простатит является третьим по значимости заболеванием предстательной железы вслед за её доброкачественной и злокачественной гиперплазией и составляет около 30 % в андрологической патологии. По данным литературы, каждый третий мужчина страдает этим заболеванием. Основные факторы возникновения простатита – инфекционные поражения урогенитального тракта и патологические процессы в железе вследствие гормональных и иммунных нарушений в организме мужчины, изменения её васкуляризации и иннервации.

В последнее время данное заболевание, к сожалению, всё чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста (85 %) и, как правило, перенёсших трихомонадную, гонококковую, хламидийную и другие виды инфекции. Для хронического простатита характерно длительное и упорное течение с частыми рецидивами, что диктует необходимость поиска новых подходов к лечению, так как терапия больных простатитом должна быть комплексной, направленной на все этиопатогенетические факторы заболевания.

В результате длительно сохраняющейся негативной тенденции с ростом заболеваемости ост-

рым и хроническим простатитом, а также гиперплазией предстательной железы, данная проблема в стране постепенно трансформируется из чисто медицинской в общесоциальную и серьёзную экономическую, к решению которой в настоящее время привлекаются врачи разных специальностей. Разнообразие подходов в лечении простатита и других болезней мочеполовой системы свидетельствует о том, что до сих пор эта проблематика остаётся чрезвычайно актуальной с точки зрения оптимизации схем терапии. Но, конечно, предпочтения всегда будут отдаваться наиболее эффективным и безопасным лекарственным средствам, производимым в т. ч. из натуральных компонентов, обладающих максимальной биодоступностью. Особое значение среди них придаётся лекарственным препаратам, производимым в форме ректальных суппозиторий. Одно из ведущих мест в этом плане занимают суппозитории с продуктами пчеловодства. Так, например, в течение последних 10–15 лет в широкой урологической практике активно используются такие средства, как Апис+ДН, Хом Вита, Тамбуил и другие. Но все они содержат только один продукт пчеловодства – прополис. Ассоциация производителей фармацевтической продукции и изделий медицинского назначения (АПФ, Москва) сегодня представляет на фармацевтический рынок страны новый оригинальный отечественный лекарственный препарат Простопин, суппозитории ректальные (регистрационное удостоверение Р № 001814/01-2002 от 21.10. 2002 года).

Простопин производится по новаторской технологии и не имеет аналогов в России. Благодаря богатому химическому составу природных компонентов, входящих в его состав, он обладает чрезвычайно широким спектром фармакологического действия и предназначен для лечения урологических заболеваний, таких как: острый или хронический простатит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, везикулит, уретрит, эректильная дисфункция, мужское бесплодие вследствие ослабления сперматогенеза и снижения активности сперматозоидов. Незаменим он и в проктологической практике с целью санации геморроя, парапроктита, проктосигмоидита, язвенного колита, трещин анальной области. Кроме того, Простопин необходим не только для мужчин. Он прекрасно зарекомендовал себя и при лечении вирусно-бактериальных инфекций женской половой сферы.

Этот натуральный препарат нашёл также широкое применение и в качестве адаптогенного, общеукрепляющего и тонизирующего средства при ослабленной сопротивляемости организма, повышенной усталости и утомляемости, стрессовых состояниях, нарушениях ритмов и режимов питания, погрешностях в диете.

Простопин – это оригинальное и в тоже время современное лекарственное средство, получаемое на основе естественных продуктов пчеловодства. Он представляет собой ректальные свечи зеленовато-бурого цвета со специфическим запахом пчелиного воска. В его составе содержатся: активированный прополис (нативный и экстракт), полифлёрный горный мед, маточное пчелиное молочко, цве-