

ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АСПЕРМИЙ

Лесовой В.Н., Панасовский Н.Л., Стецишин Р.В., Аркатов А.В., Сытникова Е.И.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

Введение. Ретроградная эякуляция – это пассаж спермы по мочеиспускательному каналу мужчины при эякуляции в ходе полового акта, в результате чего эмиссия спермы происходит в полость мочевого пузыря. В норме при половом акте сперма вытекает в заднюю уретру, и, затем, вследствие последовательного сокращения внутреннего сфинктера мочевого пузыря и луковично-кавернозных мышц, выбрасывается из наружного отверстия мочеиспускательного канала. Выделяется несколько причин ретроградной эякуляции. Анатомические причины ретроградной эякуляции: клапаны уретры, врожденные аномалии моче-пузырного треугольника, стриктуры уретры, операции в области шейки мочевого пузыря. Неврологические причины: травмы спинного мозга, рассеянный склероз, диабетическая нейропатия. Фармакологические причины: антигипертензивные препараты, альфа-блокаторы, антидепрессанты. Идиопатические причины: в случае, когда причины установить не удалось. Диагностика основывается на исследовании посторгазменной мочи и обнаружение сперматозоидов. Кроме негативного психологического фактора, ретроградная эякуляция приводит к мужскому бесплодию, исправить которое очень сложно, потому что все существующие способы лечения этого заболевания сопровождаются большой длительностью лечения и обладают низкой эффективностью (11-30%). При отсутствии беременности на фоне медикаментозного лечения применяются методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Цель исследования. Достичь восстановления физиологической эякуляции с целью коррекции мужской инфертильности методом введения геля гиалуроновой кислоты в подслизистый слой задней стенки шейки мочевого пузыря.

Материалы и методы. В андрологическом отделении харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала под наблюдением находилось 8 пациентов с подтвержденной ретроградной эякуляцией. С сахарным диабетом 5 пациентов (62,5%), 2 пациента с посттравматическими нарушениями иннервации органов малого таза (25%) и один пациент с идиопатической формой (12,5%). Все пациенты репродуктивного возраста и основными жалобами были отсутствие эякулята после оргазма и бесплодный брак в течение нескольких лет. Пациентам выполнена эндоскопическая коррекция шейки мочевого пузыря. Под анестезией в уретру введен уретроскоп и через рабочий канал к шейке мочевого пузыря проведена игла-катетер. В подслизистый слой задней стенки шейки мочевого пузыря введен гель гиалуроновой кислоты в таком объеме, чтобы создаваемое выпячивание слизистой на 1/3 закрывало просвет шейки мочевого пузыря.

Результаты. В послеоперационном периоде проводилось динамическое наблюдение. При УЗИ с определением остаточной мочи и урофлуометрии нарушений уродинамики у пациентов не выявлено. Физиологическая эякуляция восстановлена у 7 пациентов (87,5%). Объем эякулята составил от 0,5мл. до 3,5мл. За период послеоперационного наблюдения у трех супружеских пар (37,5%) наступила физиологическая беременность разрешившаяся родами.

Выводы. Эндоскопическая коррекция шейки мочевого пузыря с применением геля гиалуроновой кислоты является эффективным методом лечения мужского бесплодия, обусловленным ретроградной эякуляцией. Метод позволяет добиться наступления физиологической беременности и избежать использования методов ВРТ.

ПЕРЕВЯЗКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ШУНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНО-ОККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Книгавко А.В., Казиев С.Г.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

До 50% мужчин старше 40 лет страдают на ЭД разной степени тяжести, причем с годами их количество значительно увеличивается и доходит до 67% к 70летнему возрасту(по данным исследования MMAS), в первую очередь за счет ухудшения пенильного артериального притока и снижения уровня тестостерона. Однако увеличивается частота случаев ЭД среди особ молодого и среднего возраста, у которых выявляются другие причины патологических факторов эректильных нарушений.

Связь между варикоцеле и эректильной дисфункцией доказывает большинство научных работ, в частности исследование Тайбейского медицинского университета (Тайвань) "Varicocele is associated with erectile dysfunction: a population-based case-control study." Keller JJ, Chen YK, Lin HC. Большинство авторов объясняют связь между эректильной дисфункцией и варикоцеле низким уровнем тестостерона "Low plasma testosterone in varicocele patients with impotence and male infertility". Younes AK. Однако есть исследования, которые не находят существенной разницы уровня тестостерона у молодых мужчин с ЭД и варикоцеле с контрольными значениями (W. Aulithkiy, 2011). В ходе клинических наблюдений пациентов с варикоцеле в сочетании с эректильной дисфункцией в Харьковском областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала в 2010-2014 гг. нами также не выявлено значительного снижения тестостерона в крови этих пациентов.

Это заставляет более детально рассмотреть проблему патологического венозного сброса в качестве причины эректильной дисфункции при варикоцеле.

При ЭД, обусловленной патологическим венозным сбросом, имеет место значительный отток венозной крови по патологическому шунту (через большие подкожные вены, дорзальные или увеличенные кавернозные вены), что делает невозможным поддержание эрекции на должном уровне (до достижения оргазма половыми партнерами). Учитывая, что варикоцеле также является проявлением патологии вен, обусловленной патологическим током крови, можно предположить врожденную предрасположенность к эктопии и недостаточности вен половых органов у пациентов с коморбидностью ЭД и варикоцеле.

Материалы и методы: На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 67 пациентов, страдающих венооклюзивной формой ЭД и варикоцеле. Средний возраст пациентов $38,4 \pm 4,6$ лет. Данная форма ЭД диагностировалась анамнестически и с помощью УЗИ мошонки и полового члена в доплеровском режиме. Пациенты предъявляли больше жалоб на удержание эрекции, чем на ее появление, что является характерным признаком венооклюзивной формы ЭД. Пациентам выполнялось хирургическое лечение: операция Мармара с перевязкой вен, идущих от полового члена к семенному канатику.

Результаты: Эффективность оперативного лечения субъективная (по опросникам МИЭФ) – 85,3%, объективная – по отсутствию венозного сброса на доплеровском УЗИ – 94%.

Выводы:

1. Варикоцеле у молодых мужчин с эректильными проблемами является маркером и одной из причин венооклюзивной формы ЭД.
2. Модифицированная (с перевязкой дорсальной и коммуникантных вен) операция Мармара является высокоэффективным методом лечения таких пациентов.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ НЕЗАПАЛЬНОГО ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ (КАТ. ПІБ)

Литвинець Є.А., Сандурський О.П., Триш В.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Згідно даних літератури розвитку хронічного простатиту обов'язково передую порушення гемодинаміки [3, 5, 7, 9, 10]. В передміхуровій залозі виникає повнокрів'я, стаз, що сприяє розвитку запалення і є причиною загострення хронічного простатиту [1, 2, 6, 8, 12]. Оцінка кровотоку в передміхуровій залозі довгий час здійснювалася за допомогою реографії. В останні роки для оцінки змін в передміхуровій залозі стали широко використовувати ультразвукові дослідження (УЗД), а для оцінки її гемодинаміки кольорову ультразвукову ангіографію [4, 11].

Матеріали та методи дослідження. У нас на лікуванні та під спостереженням знаходилося 60 хворих із синдромом незапального хронічного тазового болю. Середній вік пацієнтів склав $27,3 \pm 3,5$ років (від 19 до 43 років), тривалість захворювання від 8 місяців до 5 років (в середньому $3,8 \pm 1,2$ роки). Діагноз верифікували на основі пальцевого дослідження передміхурової залози (ПЗ), простатиту в анамнезі, лабораторних досліджень: а) аналіз секрету ПЗ; б) дослідження виділень із сечівника на специфічну та неспецифічну флору; в) мікробіологічне дослідження секрету ПЗ та ультрасонографії ПЗ. Ультразвукове обстеження хворим проводилось на ультразвуковому приладі SIEMENS SONOLINE G 60 S з ректальним датчиком 5-10 Мгц. Оцінювався стан паренхіми залози, дослідження в режимі сірої шкали: розміри і об'єм залози, контури і симетричність долей залози,