

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ

В.Н.Лесовой, Н.Л.Панасовский, А.В.Аркатов, Е.И.Ситникова, А.М.Феськов, А.В.Иванова.

Харьковский национальный медицинский университет

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

Клиника Репродукции Человека ООО «Сана-Мед»

Восстановление репродуктивного здоровья в настоящее время приобретает особую актуальность в связи со складывающейся критической демографической ситуацией. Около 20% всех браков страдают бесплодием.

Наиболее тяжелыми формами мужской инфертильности являются азооспермии. Распространенность азооспермии среди больных с мужским бесплодием достигает 15-20% и у 80% пациентов этой группы диагностируется секреторное бесплодие. Необструктивная азооспермия (НОА) может быть эндокринной: первичной (крипторхизм, гипогонадизм, эктопии); вторичной (паротит, вторичный гипогонадизм). Связанная с токсическим воздействием (алкоголь, лекарственные препараты, пестициды и др.), а так же генетически обусловленной азооспермией.

Диагностический алгоритм обследования пациентов включает в себя как традиционное клиническое обследование, так и специфические генетические, биохимические, гормональные, аппаратные методы исследования.

Всем пациентам с азооспермией мы выполняем кариотипирование, оценку локуса AZF, выявление гетерозиготного носительства гена муковисцидоза – прогностические факторы азооспермии. В регуляции сперматогенеза участвуют более 2000 генов. Из них только 30 находятся в Y хромосоме, остальные в аутосомах. В общей популяции уровень хромосомных нарушений невелик и составляет 0,3-0,6%, однако среди пациентов с нарушением фертильности доля лиц с хромосомными аномалиями возрастает до 7-10%, а распространенность среди пациентов с азооспермией достигает 20%.

У мужчин с нарушением сперматогенеза, численные и структурные аномалии хромосом (транслокации) встречаются в 30 раз чаще, чем в популяции. Частота хромосомных нарушений у мужчин с необструктивной азооспермией составляет 10-15%, с олигозооспермией 4-7%. Наиболее частой количественной хромосомной патологией при азооспермии (в 10% случаев) является синдром Клайнфельтера – кариотип - 47,XXY.

К лабораторным прогностическим факторам относились уровень тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактин, ингибин В. Проводили УЗИ с доплерометрией – оценивали размер, структуру яичек, состояние придатков и наличие варикоцеле.

Цель работы: Повышение эффективности лечения пациентов с НОА, применение современных хирургических методик

Материалы и методы: За период с 2012 по 2016 обследование и лечение прошли 38 пациентов с НОА

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения пациентов (n=38) с гипогонадотропным гипогонадизмом и азооспермией показали: У 80% больных, которые получали комбинацию рекомбинантного человеческого ФСГ (Гонал-Ф) с ХГЧ, появились сперматозоиды в эякуляте >1,5млн./мл после 18мес.терапии У 27,5% пациентов повышение концентрации сперматозоидов достигло 20млн./мл. Было достигнуто 5 клинических беременностей

- В успешной группе пациентов объем яичек был достоверно больше (9 мл) чем, у тех кто потерпел неудачу (5,7мл).

За период 2013-2016г. 15 мужчинам с НОА была выполнена микро-TESE. В зависимости от уровня ФСГ пациенты были разделены на 3-группы. Средний возраст составил 37лет.

Положительным результатом считалось обнаружение сперматозоидов пригодных к ИКСИ:

1. Синдром клеток Сертоли (ФСГ-21,3 Ме/л)-**12,85%**
2. Блок сперматогенеза (ФСГ-16,18 Ме/л)-**26,6%**
3. Гипосперматогенез (ФСГ-14,18 Ме/л)-**75,86%**

При сравнении групп у пациентов с уровнем ФСГ **меньше 15 IU/ml** эффективность TESE была достоверно выше чем у остальных.

На основании полученных результатов микро-TESE является наиболее эффективным и безопасным методом получения сперматозоидов из ткани яичка у пациентов с необструктивной азооспермией.

В качестве стартового метода биопсии микро-TESE можно рекомендовать пациентам необструктивной азооспермией старше 35 лет, суммарным объемом яичка <10мл, уровнем ингибина < 50пг/мл, и уровнем ФСГ >20 МЕ/л.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

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

Харьковский национальный медицинский университет

По данным мировой литературы, венозная недостаточность встречается у трети больных с эректильной дисфункцией. Венозная недостаточность кавернозных тел подразумевает под собой венозную утечку и вено-окклюзивную дисфункцию. При венозной утечке происходит преждевременный сброс крови по венам полового члена. При вено-окклюзивной дисфункции эрекция вообще не возникает, либо практически не поддерживается, что приводит к быстрому спаду эрекции до наступления оргазма и эякуляции. При выполнении кавернозографии пациентам с венооккзивной формой ЭД выявляется 3 типа венозного сброса: проксимальный, дистальный или смешанный. В связи с чем предлагается различные методы оперативного лечения.

Материалы и методы: На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 25 пациентов, страдающих веноокклюзивной формой ЭД (проксимальный сброс) и варикоцеле. Средний возраст пациентов 38,4±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 веноокклюзивной формы ЭД. Пациентам выполнялось хирургическое лечение: операция Мармара с перевязкой вен, идущих от полового члена к семенному канатику.

На базе института общей и неотложной хирургии в отделении ангиографии и рентгенэндоваскулярной хирургии под руководством проф. Авдосьева Ю.В. и доц. Книгавко А.В. 22м пациентам была произведена рентгенэндоваскулярная окклюзия патологических венозных шунтов через систему глубокой дорзальной вены.

У данных пациентов диагностически наблюдался дистальный сброс через систему патологических венозных сплетений подвздошной области. РЭО является наиболее целесообразным методом оперативного лечения у пациентов с дистальной формой веноокклюзивной ЭД. Метод оперативного лечения проводится доступом через глубокую дорзальную вену полового члена.

Иной альтернативой лечения веногенной эректильной дисфункции является протезирование полового члена. Однако эта методика подразумевает полное разрушение кавернозных тел полового члена, с последующей установкой на их место искусственных имплантов. Исходя из этого при лечении веногенной формы эректильной дисфункции фаллопротезирование рассматривается, как метод лечения третьей линии.

Выводы: При веноокклюзивной форме ЭД с дистальным венозным сбросом РЭО патологических венозных шунтов является наиболее оптимальным и результативным методом оперативного лечения. УЗИ полового члена с доплерографией и кавернозография позволяют выявить тип патологического венозного сброса с целью выбора рационального оперативного лечения.

МОЖЛИВОСТІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ПРОСТАТИТОМ

Є.А. Литвинець, О.П. Сандурський, В.І. Тріщ, А. Кабіру

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

м. Івано-Франківськ

Згідно даних більшості урологів, на хронічний простатит страждає 9-35% чоловіків [1, 3, 4, 5, 6, 9]. На даний час, вважають, що лише 5-10% випадків хронічного простатиту мають бактеріальну природу, біля 60-65% - це не бактеріальні простатити і 30–35% - простатодія [2, 9, 10].