

до сперматид, що свідчить про збільшення ролі як генетических факторів необструктивної азооспермії, так і екзогенних впливів на сперматогенез.

Благоприятний прогноз мають чоловіки з збереженим сперматогенезом, характерним для обструктивної азооспермії. Незважаючи на те, що сперматозоїди в сім'яній рідині не визначаються, сперматогенез у таких хворих може зберігатися впродовж тривалого часу завдяки компенсаторним механізмам, що дає можливість проведення екстракції сперматозоїдів з наступним ефективним проведенням ВРТ.

Учитуючи наукові повідомлення та результати проведення нами гістологічних досліджень можна вважати, що проведення біопсії яєчка є цілорозумним не тільки в плані діагностики стану сперматогенезу, але й оцінки перспективи проведеного лікування в тому числі й по програмі ЕКО-ІКСИ пацієнтів з необструктивними формами безпліддя.

Висновки. Морфологічні дослідження тканини яєчка з особливостями гормонального метаболізму дозволяють встановити ступінь порушення сперматогенезу, з'ясувати можливості репродуктивної функції та цілорозумності етіопатогенетического лікування. У хворих азооспермією зустрічаються порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи, що обумовлено первинною тестикулярною недостатковістю. Наявність очагової та тотальної Сертолі-клітинного синдрому визначається роллю генетического фактора. Благоприятним при азооспермії є встановлений морфологічески гіпосперматогенез, характерний для обструктивної азооспермії, що згідно з шкалою D. De Kretser та A. Holstein, нами оцінено в 87%.

Література:

1. Горпинченко І.І. Мужской гипогонадизм: клиника и лечение // Здоровье мужчины. – 2005. – №1. – С. 7–9.
2. Горпинченко І.І., Імшинецька Л.П. Ложный крипторхизм – фактор мужского бесплодия. В: Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии: Материалы конференции М., 2003: 47.
3. Бойко Н.І., Борисенко Ю.А., Быстров А.А., і др. Сексология и андрология.- К.: Абрис.- 1997.- 870с
4. Імшинецька Л. П., Юнда І. Ф., Горпинченко І. І., Романенко А. М.
5. Клинические проблемы сексологии и сексопатологии: Материалы конференции М., 2005: с. 152-157.
6. Горбов В. Г. Клинико-морфологические аспекты аспермии // Урология и нефрология. — 1991. — № 4. — С. 58-62.
7. Гаспаров А.С. Репродуктивное здоровье. Бесплодие как медико-социальная проблема /А.С. Гаспаров, Т.А.Назаренко //Практическое руководство. – М., 2000. – 56 с.
8. Altay B. The effects of female age on the outcome of testicular sperm extraction and intracytoplasmic sperm injection in infertile patients with azoospermia / B. Altay et al. // Int. Urol. Nephrol. – 2002. – No 33(1). – P. 95-99.
9. Thomas J.O. Histological pattern of testicular biopsies in infertile males in Ibadan, Nigeria / J.O. Thomas // East African Medical Journal – 1990. – No 67. – P. 578-584.
10. Schoor R.A. The role of testicular biopsy in the modern management of male infertility / R.A. Schoor, S. Elhanbly et al. // J. urol. – 2002. – Vol. 167. – No 1. – P. 197-200.
11. Clermont Y. The cycle of the seminiferous epithelium in man. Am. J. Anat. 1963; 112: 35–51.
12. Bergmann M., Kliesch S. Hodenbiopsie. In: Krause W., Weidner W., eds. Andrologie. Stuttgart: Enke Verlag; 1998: 66–71.
13. Johnson L., Chaturvedi P.K., Williams J.D. Missing generations of spermatocytes and spermatids in seminiferous epithelium contribute to low efficiency of spermatogenesis in humans. Biol. Reprod. 1992; 47: 1091–8.
14. Holstein A.F., Schirren C., Roosen-Runge E.C. Illustrated pathology of human spermatogenesis. Berlin: Grosse Verlag; 1988.
15. Amer M., Zohdy W., El Naser T.A. et al. Single tubule biopsy: A new objective microsurgical advancement for testicular sperm retrieval in patients with nonobstructive azoospermia. Fertil. Steril. 2008 (89): 592–6.
16. McLachlan R.I., Rajpert-De Meyts E., Hoi-Hansen C.E. et al. Histological evaluation of the testis — approaches to optimizing the clinical value of the assessment: mini review. Hum. Reprod. 2007; 22: 2–16.
17. Dieckmann K.P., Kulejewski M., Pichlmeier U., Loy V. Diagnosis of contralateral testicular intraepithelial neoplasia (TIN) in patients with testicular germ cell cancer: Systematic two-site biopsies are more sensitive than a single random biopsy. Eur. Urol. 2007; 51: 175–83.
18. Van Casteren N.J., Boellaard W.P.A., Dohle G.R. et al. Heterogeneous distribution of ITGCNU in an adult testis: consequences for biopsy-based diagnosis. Int. J. Surg. Pathol. 2008; 16: 21–4.
19. Nieschlag E., Behre H.M., Nieschlag S. Andrology. Male reproductive health and dysfunction. 3rd ed. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag; 2010.

СНИЖЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРЕМИИ ПРОСТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА ПРИ КОМОРБИДНОМ ВАРИКОЦЕЛЕ

Кривицкий В.А.¹, Книгавко А.В.², Аркатов А.В.^{1,2}, Горленко А.С.¹

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», г. Харьков
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков,

В статье рассмотрена взаимосвязь венозной гиперемии простаты как ко-фактора развития хронического простатита и варикоцеле. При варикоцеле, особенно с диагностикой как рено- так и илеотестикулярного венозного рефлюкса, единственным постоянно функционирующим путем оттока венозной крови от яєчка является вена семенного протока, по которой кровь попадает в парапростатическое венозное сплетение. В результате возникает венозная гиперемия простаты, что является одним из факторов развития хронического воспаления в предстательной железе. Расположение предстательной железы в области малого таза, связь ее венозных сплетений (plexus vesicoprostaticus), а также лимфатических сосудов с венозными сплетениями (plexus haemorrhoidalis) и лимфатическими сосудами прямой кишки приводят к тому, что в простате

под впливом різних причин легко виникають порушення кровообігу і явища застою; в результаті в ній, як «в сітках», легко застрівляє циркулююча в крові інфекція і активізується інфекція, попавши половим шляхом. В даній роботі нами проаналізована коморбидність хронічного простатиту і варикоцеле, а також ефективність операції Мармара для зниження венозної гіперемії простати і підвищення ефективності лікування простатиту.

Матеріали і методи: За 2015-2017 гг произведено изучение 632 пациентов, обратившихся в КЗОЗ «ОКЦУН им. В.И. Шаповала» с диагнозом хронический простатит и/или варикоцеле. При этом 243 пациента имели одновременно обе патологии, 312 только простатит и 77 пациентов только варикоцеле. Пациентам проводилась этиологическая диагностика инфекционного фактора, УЗИ простаты и мошонки в доплеровском режиме, оценка спермограммы и секрета простаты, а также опрос по шкале IPSS и ПЕФ-5 для оценки дизурических и сексуальных расстройств. Пациенты с комплексной патологией были разделены на 2 группы: 1-я группа 179 пациентов на фоне антибактериального лечения были подвергнуты операции Мармара с одной или двух сторон (при диагностике двустороннего варикоцеле). Вторая группа 64 человека кроме антибактериального лечения получала стандартную консервативную терапию (венотоники, массажи простаты и физиотерапия). Через 2 недели и 2 месяца после курса терапии проводились повторные физикальные исследования и опрос пациентов.

Результаты и обсуждение: При оценке историй болезни пациентов поступающих с диагнозом хронический простатит, варикоцеле явилось наиболее частым вторым диагнозом, встречаясь в 43,8%. При исследовании пациентов с варикоцелепростатит как второй диагноз встречался в более чем половине случаев. У 96,1% пациентов с простатитом и варикоцеле отмечена венозная гиперемия простаты, определяемая на ТРУЗИ с доплером, в то время как у пациентов просто с простатитом она отмечена лишь в 58.7% случаев, а при варикоцеле без простатита в 53.4% случаев при левостороннем процессе и 73.6% при двустороннем. Операция Мармара у пациентов с варикоцеле и простатитом приводила к снижению застоя венозной крови и нормализации венозного оттока у 87.4% пациентов, нормализации экзогенности простаты у 74,2% и вместе с антибактериальной терапией перехода простатита в стадию стойкой ремиссии у 87.4%. Лечение пациентов второй группы было менее успешным: нормализация венозного оттока наблюдалась лишь в 43.7% случаев, а стойкая ремиссия наблюдалась лишь 65.8% пациентов.

Выводы:

1. Варикоцеле, особенно двустороннее, является коморбидным состоянием для простатита, вызывая переполнение парапростатического венозного сплетения, вызывая венозную гиперемию простаты и хронизацию простатита.
2. Операция Мармара способствует нормализации простатического кровотока у пациентов с простатитом и варикоцеле, повышает эффективность лечения простатита и может быть рекомендована как составляющая комплексного лечения пациентов данной группы.

МОЖЛИВОСТІ СОНОЕЛАСТОГРАФІЇ ЯЄЧКА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Наконечний Й.А., Воробець Д.З.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Вступ. Варикоцеле найбільш поширена андрологічна патологія серед чоловіків та підлітків, основним клінічним значенням якого виступає непліддя. А питання ефективності варикоцелектомії щодо відновлення фертильності і надалі залишаються контраверсійними [5, 6, 8, 9, 10, 11]. Тому пошук неінвазивних методів дослідження, які корелюють з порушеннями сперматогенезу, а відтак дозволяють оцінити ризики непліддя, є беззаперечно актуальною проблемою [4, 5, 6].

Матеріали та методи. З первинним лівобічним варикоцеле обстежено 44 пацієнти у віці від 17 до 35 років. Виконували ультразвукове дослідження органів калитки і сім'яного канатика з ефектом Допплера та еластографію яєчок. Окрім традиційних доплерографічних показників кровоплину у внутрішньояєчкових артеріях у стані спокою та під час проби Valsalva оцінювали діаметр вен сім'яного канатика, швидкість реверсного кровоплину і його тривалість, а також визначали еластичність тестикулярної тканини [1, 3]. Ультразвукове обстеження з якісною компресійною еластографією органів калитки проведено на ультразвукових сканерах SAMSUNG Medison SonoAce R7 та SAMSUNG H60 з використанням лінійних датчиків з частотою 12 МГц. Паралельно проводили аналіз еякуляту. Пацієнтів обстежували на II етапах – до та через 3 місяці після оперативного