

об'єктивної оцінці якості ерекції у пацієнтів після операції виросло на 92% по порівнянню з початковими даними.

Висновки:

1) Найбільш інформативним методом візуалізації ПВД статевого члена є кавернозографія.

2) Ефективним лікуванням дистальної венної утечки статевого члена є створення обмеження патологічного сброса крові з патологічних венних шунтів. Це може бути досягнуто ендоскопічним оперативним методом лікування, а саме - рентгенендоваскулярна оклюзія патологічних венних шунтів (якість ерекції у пацієнтів після операції виросло на 92% по порівнянню з початковими даними).

АУТО- И КСЕНОТРАНСПЛАНТАТЫ В ПЕНИЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Товажнянская В.Д., Панасовский Н.Л.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Колічества пацієнтів, які хочуть отримати адекватне хірургічне лікування по приводу як вроджених, так і придбаних девіацій статевого члена в останнє час збільшилось. Незважаючи на значительні успіхи хірургії статевого члена, незадовільні результати оперативного лікування при девіаціях статевого члена по-прежнему зберігаються на достаточному високому рівні (11-70% випадків) (Savoca G., Scieri F., Pietropaolo F.). При проведенні корпоропластики при девіаціях статевого члена і використанні трансплантатів відмічено, що структура трансплантата і структура tunica albuginea не можуть повністю збігатися, що в свою чергу в післяопераційному періоді викликає або посилює вже існуючу еректильну дисфункцію за рахунок порушення артеріального притоку або посилення венного відтоку або порушення обох механізмів (Kadioglu, A. et al). К настоящему времени не существует идеальной хирургической техники и идеального трансплантата в лечении девиаций полового члена. (Liu B., Zhu X.W., Zhong D.C.)

Незважаючи на відсоток незадовільних результатів лоскутної корпоропластики, до сих пор не проведено порівняльний морфологічний аналіз переваг і недоліків використання ауто- і ксенотрансплантатів в хірургічному лікуванні девіацій статевого члена.

Цель исследования: Провести иммуногистологическое сравнение ауто- и ксенотрансплантатов наиболее часто применяемых при операциях корпоропластики

Предмет исследования: 3 вида используемых аутоотрансплантатов – широкая фасция бедра, бедренная вена, оболочка яичка, а также ксенотрансплантат - лиофилизированный бычий перикард.

Для проведення імуногістохімічного дослідження використовувався матеріал, отриманий в ході операції у 168 пацієнтів: широка фасція бедра-96, бедренна вена-38, оболочка яєчка-34. Проведено дослідження ксенотрансплантата - ліофілізований бичий перикард, встановленого у 42 пацієнтів. Достоїнством методу виявилась можливість використання архівного матеріалу, т.е. парафінових блоків раніше видалених тканин, незалежно від давності виконання біопсії.

Обсуждение результатов

При вивченні структури білкової оболочці здорового чоловіка, виявлено, що вона представляє собою щільну з'єднано-тканню структуру, в ній відсутнє запалення і немає патологічних колагенів. О хорошій розтяжності нормальної білкової оболочці свідчить наявність васкуляризації і помірного кількості фібробластів і гладком'язових волокон.

При вивченні морфологічної структури пляшки виявлена прогресуюча дезорганізація з'єднаної тканини і стінок судин з одночасним наявністю дегенерації, проліферації і запалення.

При вивченні трансплантатів виявлено, що кожен з них має свої плюси і мінуси. Для використання в операції по заміщенню дефекта білкової оболочці може бути використаний кожен з них.

Ліофілізований бичий перикард проходить багаторівневу обробку, яка зводиться до мінімуму антигенної реакції і інактивує інфекцію; довго зберігає еластичність за

счет отсутствия патологических коллагенов, также присутствуют процессы ангиогенеза, что свидетельствует в пользу приживаемости трансплантата.

Широкая фасция бедра сохраняет эластичность за счет отсутствия патологических коллагенов, в ней отсутствует воспаление и присутствуют процессы васкуляризации, что свидетельствует в пользу приживаемости трансплантата. Однако, трудно предугадать плотность пересаживаемого лоскута.

Оболочка яичка представляет собой тонкий лоскут ткани, который находится в удобном доступе для хирурга. Однако, в ней часто обнаруживается воспаление, в стенках мелких сосудов и в толще лоскута оболочки яичка происходят процессы фиброза, а также наблюдается низкая степень васкуляризации и ангиогенеза.

Один из больших плюсов использования бедренной вены для замещения дефекта белочной оболочки - это постоянная толщина пересаживаемого лоскута и высокая растяжимость за счет присутствия гладкомышечных волокон в толще ее стенки. Однако, также в ней присутствуют патологические коллагены, что может свидетельствовать в пользу худшей приживаемости и возможности рецидива бляшки, также одним из рисков остается развитие флебита после взятия материала.

Выводы

- Ксенотрансплантант - лиофилизированный бычий перикард имеет преимущества перед аутологичными тканями, однако очень важно помнить, что ксенотрансплантант, как и синтетические материалы – это чужеродные организму субстанции, на которые может возникнуть воспалительная и аллергическая реакции.

- Выбор аутоотрансплантанта для корпоропластики должен проводиться индивидуально с учетом возможного воспаления и патологических изменений в трансплантанте.

- Размеры аутоотрансплантанта для закрытия дефекта должны подбираться с учетом возможного наличия патологических типов коллагена.

- Послеоперационная терапия должна проводиться с учетом процессов васкуляризации и коллагенизации пересаживаемого лоскута, а также с учетом возможного воспалительного процесса в аутоотрансплантанте.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОДЫ И ХИРУРГИЯ МУЖСКОГО ОБТУРАЦИОННОГО БЕСПЛОДИЯ

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Панасовский Н.Л., Щербаков Р.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

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

Наиболее тяжелой формой мужского бесплодия является обструктивная. Распространенность обструктивных азооспермий среди больных с мужским бесплодием достигает 15-20%. Обструктивная азооспермия может быть первичной (генетически обусловленной) и вторичной(приобретенной).

В общей популяции мужского населения уровень хромосомных нарушений (генетические причины) 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%.

Вторичная (приобретенная) обструктивная азооспермия возникает в результате воспалительных процессов либо ятрогенных травм и классифицируется по уровню возникновения непроходимости.

Диагностический алгоритм обследования пациентов включает в себя как традиционное клиническое обследование, так биохимические, гормональные, аппаратные методы обследования. Всем пациентам с обструктивной азооспермией показано выполнение генетических медотов обледования: кариотипирование, оценку локуса AZF,выявление гетерозиготного носительства гена муковисцедоза.

Метод выбора восстановления проходимости семявыносящих путей зависит от уровня обструкции: