

Оценка эффективности препарата ФОРМЕН КОМБИ

Оценка эффективности	Исследователем		Пациентом	
	к-во пациентов	%	к-во пациентов	%
Отсутствие	1	2,9	2	6,7
Низкая	2	5,7	2	6,7
Достаточная	20	57,1	15	50,0
Высокая	12	34,3	11	36,6

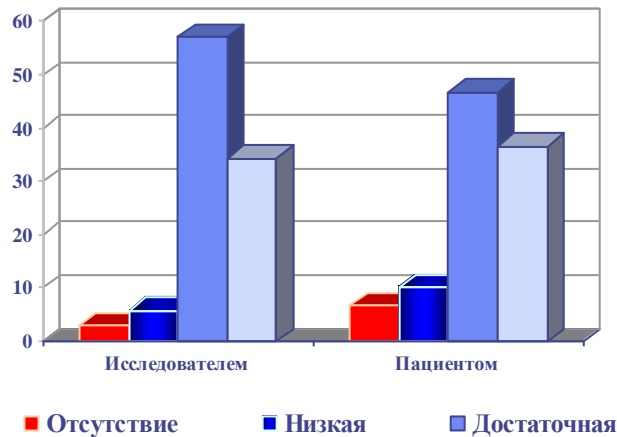


Схема 5. Оценка эффективности препарата ФОРМЕН КОМБИ

Выводы.

1. Препарат ФОРМЕН КОМБИ является эффективным средством лечения хронических воспалительных заболеваний мужской половой сферы. Клиническая эффективность лечения препаратом составила по данным пациентов 76,6%, по данным исследователей – 91,4%. Бактериологическая эффективность составила 91,4%.
2. Препарат ФОРМЕН КОМБИ хорошо переносится пациентами. Побочные эффекты были отмечены у 5,7% больных.
3. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат ФОРМЕН КОМБИ для комплексного лечения хронических воспалительных заболеваний мужской половой сферы.

Литература

1. Сексология і андрологія, під ред акад. О.Ф.Возіанова та проф. І.І.Горпинченка \. Вид. "Здоров'я", Київ, 1996
2. Горпинченко І.І., Судариков І.В. Особливості клініки та діагностики хронічного простатиту, ускладненого каменями передміхурової залози. // Урологія, 1997. - №1. - с.57-60.
3. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. - Ленинград.- 1984.
4. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф., Михайличенко В.В. Заболевания половых органов у мужчин. - Л.: Медицина, 1986. - 416с.
5. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей.-М.- 1999.-416 с.
6. Кан Д.В., Сегал А.С., Кузьменко А.Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации. - М.- 1980.
7. Roberts R.O., Lieber M.M., Bostwick D.G., Jacobsen S.J. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes // Urology. – 1997. – V.49. – №6. – p.809-819.
8. Leigh D.A. Prostatitis – an increasing clinical problem for diagnosis and management // J. Antimicrob. Chemother. – 1993. –V.32 (suppl. A). – p.1-9.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСЕРВАТИВНЫХ И ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ВЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

Книгавко А.В.¹, Горленко А.С.², Майборода О.Ф.³

¹Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала», г. Харьков

³Харьковская ГКБ № 17, неврологическое отделение, г. Харьков

Преждевременная эякуляция (ПЭ) - стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины - достаточно частое заболевание, которым по данным разных авторов страдает от 25 до 40% мужчин, преимущественно молодого возраста. Несмотря на такое широкое распространение преждевременной эякуляции до сих пор в Украине нет четких гайдлайнов

ее лечения. В данной работе рассмотрены этиопатогенетические факторы преждевременной эякуляции (ПЭ) различной этиологии и варианты их лечения.

Материалы и методы: В 2007-2017 гг. в ОКЦУН им. В.И. Шаповала проведено исследование 906 пациентов с преждевременной эякуляцией. В данной выборке оценивались результаты диагностики и лечения 347 пациентов с первичной ПЭ с интравагинальным латентным интервалом (ИВЛИ) менее 1 минуты. На основании пенильной биотезиометрии, сбора сексуального анамнеза, а также использования шкалы вегетативной дисфункции и шкалы Гамильтона даны предположения по наиболее вероятной причине ПЭ. Это позволило разбить пациентов на 3 группы: 1-я – 96 пациентов с нормальной чувствительностью головки без отклонений в психоневрологическом статусе назначен дапоксетин 30 мг «по требованию», 2-я группа – 98 пациентов с нормальной чувствительностью головки и высоким балом по шкале Гамильтона назначались ингибиторы обратного захвата серотонина на протяжении полугода (группа 2а – 44 пациента принимала пароксетин 20 мг, группа 2б – 54 пациента принимали сертралин 50 мг), 3-я группа – 151 пациент с повышенной чувствительностью головки и нормальным психоневрологическим статусом были подвергнуты микрохирургической денервации головки полового члена - селективной нейротомии. Через 1 и 8 месяцев определялась результативность лечения, которая оценивалась в удлинении интравагинального латентного интервала (ИВЛИ), удовлетворении половым контактом по шкале Розена, отсутствии необходимости принимать лекарства после курса лечения.

Результаты: В 1-й группе длительность ИВЛИ повысилась в 2,54 раза, эффективность 83%, 76% пациентов смогли не принимать препарат после полугодовой терапии, во 2-й группе увеличение ИВЛИ 2,12 раз, 64% смогли не принимать препарат для сохранения должного ИВЛИ. 3-я группа повышение ИВЛИ в 4,35 раза, субъективная эффективность лечения 97,7%, все пациенты избавлены от необходимости принимать препараты для коррекции ПЭ.

Выводы:

Использование указанного диагностического алгоритма позволяет добиваться высоких результатов лечения (87-96%) лечения СПЭ:

1. При нормальном психоневрологическом статусе у пациентов без гиперсенситивности головки использование дапоксетина «по требованию».
2. При наличии вегетативной и/или психоневрологической дисфункции – использование ИОЗС на срок 6-8 месяцев.
3. При средней и тяжелой степенях СПЭ без неврологических факторов и вегетативной дисфункции у пациентов с гиперсенситивностью головки рекомендовано раннее хирургическое лечение (микрохирургическая денервация головки в виде селективной дорсальной или мозаичной нейротомии).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРО-TESE ПРИ СЕКРЕТОРНЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Лесовой В.Н.^{1,2}, Панасовский Н.Л.^{1,2}, Аркатов А.В.^{1,2}, Ситникова Е.И.², Феськов А.М.³

¹Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», г. Харьков

³Клиника Репродукции Человека ООО «Сана-Мед»

Восстановление репродуктивного здоровья в настоящее время приобретает особую актуальность в свете складывающейся критической демографической ситуации. 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.