

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.

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, пролактина, ингибина В. Проводили УЗИ с доплерометрией – оценивали размер, структуру яичек, состояние придатков и наличие варикоцеле.

Результаты лечения пациентов (n=48) 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 8 клинических беременностей
- В успешной группе пациентов объем яичек был достоверно больше (9 мл) чем, у тех кто потерпел неудачу(5,7мл).

За период 2013-2017г. 25 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 и анализа литературных данных 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.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ ОСЛОЖНЕННЫХ АЗОСПЕРМИЕЙ

Костев Ф.И., Богацкий С.В., Шаталюк С.С. Дехтярь Ю.Н. Тучин Д.Ф.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

Мужского бесплодие, которое развивается вследствие ряда заболеваний или суммарных патологических воздействий на репродуктивную систему мужчин, является весьма актуальным в настоящее время во всем мире. Его патогенез, структура, диагностика продолжают оставаться предметом многих дискуссий [1,2]. Статистика ВОЗ из года в год предоставляет неутешительную информацию о том, что в 45% случаев бесплодных пар «виновником» является мужчина, а в 40% - женщина, оставшиеся случаи связаны с несовместимостью партнеров [3].

К сожалению, в большинстве наблюдений применение эндокринологических и генетических методов исследований не позволяет достоверно дифференцировать причину отсутствия сперматозоидов в эякуляте — нарушение сперматогенеза или нарушение проходимости