

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].