

Двом пацієнтам на першій контрольній точці, за рішенням дослідника, знадобилось підвищення дози препарату, що призвело до появи небажаних явищ, але покращило ефективність лікування.

В 34,78% (8 пацієнтів) результат лікування, ЕД препаратами першої лінії, був незадовільним, що скоріше всього пов'язано з наявністю в анамнезі у пацієнтів радикальних операцій на органах тазу (радикальна простатектомія та радикальна цистектомія)

На другій контрольній точці, через 28 діб після початку прийому препарату статистично значимих змін в результатах опитування МІЕФ не виявлено, за результатами ШТЕ 80% пацієнтів набрали 3 бали, 20% пацієнтів набрали 4 бали, що переконливо свідчить про дієвість препарату та успіх в лікуванні. В свою чергу пацієнти оцінили лікування на відмінно 33.33% (5пац.-тіж що и на першій точці) пацієнтів; добре 66,66% (10-пац.) пацієнтів.

Висновки

Відмічена достатньо висока ефективність уденафілу в лікуванні ЕД, в випадках коли інші іФДЕ-5 не дали очікуваного результату. Опираючись на отримані данні, 65% випадків успішного лікування, можна стверджувати про ефективність препарату «Зідена». Відсутність суттєвих змін в результатах загально клінічного обстеження пацієнтів, свідчить про високий «профіль безпеки» препарату «Зіден».

Не ефективне лікування ЕД, може призвести до ятрогенії, появи психогенного компоненту ЕД у пацієнта - «очікування невдачі».

Література

1. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA, 1993. 270: 83.
2. Braun, M., et al. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. Int J Impot Res, 2000. 12: 305.
3. Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н. «Современное лечение эректильной дисфункции. Использование ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа»
4. World J Mens Health. 2013 Aug;31(2):83-102. English. Published online August 31, 2013. <https://doi.org/10.5534/wjmh.2013.31.2.83> Copyright © 2013 Korean Society for Sexual Medicine and Andrology Korean Society for Sexual Medicine and Andrology (KSSMA) Guideline on Erectile Dysfunction
5. EAU Guidelines on Erectile Dysfunction, Premature Ejaculation, Penile Curvature and Priapism K. Hatzimouratidis (Chair), F. Giuliano, I. Moncada, A. Muneer, A. Salonia (Vice-chair), P. Verze
6. Локшин К.Л. Сравнительная характеристика силденафила и других ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа в лечении больных эректильной дисфункцией (обзор литературы) // РМЖ. 2013. №18. С. 936

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭКСКРЕТОРНОЙ АЗООСПЕРМИЕЙ.

Аркатов А.В., Панасовский Н.Л., Одегнал А.А.

Харьковский национальный медицинский университет

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

Введение. Экскреторная форма азооспермии встречается в 15-20% случаев всех азооспермий и характеризуется обструкцией семявыносящих путей на разных уровнях. Восстановление проходимости семявыносящих путей в ряде случаев позволяет добиться появления сперматозоидов в эякуляте.

Цель исследования. Оценить эффективность методов хирургического восстановления проходимости семявыносящих путей.

Материалы и методы. На базе андрологического отделения Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала с целью восстановления проходимости семявыносящих путей выполнено 112 малоинвазивных и открытых хирургических вмешательств, из них: 69 катетеризаций с дилатацией семявыбрасывающих протоков, 8 вазо-вазоанастомозов, 35 вазо-эпидидимоанастомозов. Пациенты обследованы согласно локальным протоколам, включающим внешний осмотр, спермограмму с определением уровня альфа-гликозидазы, фруктозы, ультразвуковое обследование органов таза с трансректальной ультрасонографией семенных пузырьков до и после эякуляции, определение уровней ФСГ, ЛГ, пролактина, общего и свободного тестостерона, ингибина "В", генетическое обследование. Также пациентам выполнялось бактериологическое

исследование эякулята. Оценка эффективности проводилась через 1, 6, 12 месяцев лечения путем микроскопии эякулята и определения альфа-гликозидазы и фруктозы.

Результаты. Пациентам с обструкцией на уровне семявыбрасывающих протоков (n=69) выполнялась их катетеризация и дилатация. В результате у 40 (58%) пациентов сперматозоиды были обнаружены во время операции, через 1 месяц после операции у 8 (11,6%) пациентов, через 6 месяцев у 4 (5,8%), через год у 1 (1,45%), суммарно у 53 пациентов (76,8%), сперматозоиды были обнаружены в эякуляте после лечения. Пациентам с обструкцией на уровне проксимальных отделов семявыносящих протоков (n=3) выполнен вазо-вазоанастомоз методом конец в конец в результате сперматозоиды были обнаружены в течение 6 месяцев у 2 (66,6%) пациентов. Из 40 пациентов с предполагаемой обструкцией на уровне придатка яичка у 35 в содержимом придатка были обнаружены сперматозоиды, этим пациентам выполнен вазо-эпидидимоанастомоз методом триангулярной пластики. После операции сперматозоиды в эякуляте были обнаружены через 1 месяц у 8 (22,9%) пациентов, в течение 6 месяцев у 13 (37,2%) пациентов, в период от 6 месяцев до года у 4 (11,4%) пациентов, суммарно, сперматозоиды в эякуляте были обнаружены у 25 (71,5%) пациентов. Пациентам, у которых интраоперационно выявлено отсутствие сперматозоидов в содержимом придатков яичка (n=5) выполнена Micro-TESE, диагностирована обструкция на уровне Rete testis.

Выводы. Эффективность катетеризации и дилатации семявыбрасывающих протоков составила 76,8%, вазо-вазоанастомоза составила 66,6%, вазо-эпидидимоанастомоза составила 71,5%. Использование малоинвазивных и открытых хирургических вмешательств у пациентов с экскреторными азооспермиями позволяет добиться хороших результатов.

ІСТОРІЯ, АНАТОМО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЖІНОЧУ ПЕРЕДМІХУРОВУЗАЛОЗУ (огляд)

Белов В.Ю., Бухмін О.В., Россіхін В.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Факт наявності в жінок тканин, здатних виконувати функції, властиві чоловічій передміхуровій залозі, давно обговорюється як гінекологами, так і урологами. Однак, незважаючи на можливість сучасних методів діагностики, однозначної відповіді на дане питання досі не отримано.

Перші згадування щодо жіночої простати почалися в XVII ст., але тільки за останні кілька десятиріч років вдалося досягти певного прогресу у вивченні даної проблеми. Прийняття положення про наявність жіночої передміхурової залози дозволило б пояснити раніше непояснені феномени, такі як жіноча еякуляція, присутність у крові жінок простатспецифічного антигену (ПСА) та періуретральний хронічний больовий синдром.

Під жіночою передміхуровою залозою розуміють комплекс залістистої тканини та вивідних проток, що оточені фіброзною капсулою, розташовані періуретрально та повністю гомологічні чоловічій передміхуровій залозі [1]. Місце проекції на передню стінку піхви жіночої передміхурової залози – точка G (G-spot, губка уретри, точка "Г", "область 12 годин", зона "Г", точка (зона) Графенберга, внутрішній тригер). При впливі на цю точку можливе одержання ерогенної стимуляції.

Якщо стосуватися історії питання, то точка G згадується в давньоіндійських текстах VI ст. - "Камасутра" (Kamasutra) і "Джаямангала" (Jayamangala), що описують чутливу область у піхві, при впливі на яку можна досягти оргазму. Реньє деГрааф (1641-1673), голландський фізіолог і гістолог, відомий роботами в області гінекології, описав і проілюстрував множинні залози та протоки, що оточують жіночу уретру, які назвав жіночою передміхуровою залозою. ДеГрааф першим спробував описати функцію жіночої простати: "...функція