

отсутствовали сперматозоиды и клетки сперматогенеза. Производилось исследование гормонов, биопсия яичек, исследование АСАТ в крови до и после оперативного восстановления проходимости семявыносящих путей.

Результат: Из 143 пациентов у 17 выявлена герминальная аплазия; у 29 – сочетанное бесплодие (обнаружена остановка сперматогенеза на различных стадиях и отсутствие проходимости семявыносящих протоков); у 97 установлена обструкция семявыносящих путей при сохраненном до образования сперматозоидов сперматогенезе. При этом у 15 мужчин имелась обтурация семявыносящих протоков, у 82 – наблюдалась непроходимость придатков яичек. Всем пациентам с нормальным сперматогенезом выполнена пластическая операция, направленная на восстановление проходимости семявыносящих путей. В результате операции сперматозоиды обнаружены у 71 (73,2%) пациентов. Исследование АСАТ до ликвидации обструкции семявыносящих путей выявило повышенное содержание в крови у 45 пациентов (46,3%) в среднем до 380+24 мЕ/мл (норма – до 75 мЕ/мл). Из 71 пациента, которым была восстановлена проходимость семявыносящих протоков, до операции повышенный уровень АСАТ был обнаружен у 31. При исследовании АСАТ после операции повышенное ее содержание выявилось лишь у 22 пациентов, у 9 – отмечено снижение уровня АСАТ до нормальных показателей. 22 больным проведена коррекция иммунного бесплодия по разработанной на кафедре методике: эндоваскулярное ультрафиолетовое облучение (УФО) крови, с последующим 3-дневным назначением преднизолона и 3-кратным плазмозферезом.

Проведенное лечение привело к снижению АСАТ до нормы у 17 пациентов (в среднем 64+7 мЕ/мл), и значительному снижению ее содержания в крови – у 5 пациентов. При этом показатели спермограммы улучшились за счет возрастания подвижности и уменьшения дегенеративных форм сперматозоидов.

Обсуждение: Результаты исследования свидетельствуют о наличии аутоиммунного процесса у мужчин с обструкцией семявыносящих путей, что подтверждается высоким содержанием АСАТ в крови. Снижение до нормы уровня АСАТ в крови у части пациентов после восстановления проходимости семявыносящих протоков, возможно, объясняется 2х-сторонней ликвидацией обструкции и восстановлением гематотестикулярного барьера. Полученные данные подтверждают мнение многих авторов о безотлагательности принятия решения об оперативном лечении бесплодия при обструкциях семявыносящих путей.

Заключение: Для улучшения результатов оперативного лечения обструктивного бесплодия необходимо выявление сопутствующего аутоиммунного процесса до и после восстановления проходимости семявыносящих путей и коррекция, направленная на нормализацию АСАТ в крови пациентов.

Чрескожные вмешательства при мочекаменной болезни как альтернатива открытым операциям и дистанционной литотрипсии

Пучкин А.Б., Севрюков Ф.А., Сорокин Д.А., Чебыкин А.В., Карпунин И.В., Севрюкова Т.В.
НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький ОАО «РЖД». г.Н.Новгород

За последнее десятилетие кардинально изменились взгляды на тактику лечения мочекаменной болезни, что в первую очередь связано с внедрением в клинику эндоурологических и малоинвазивных технологий.

Перспективным направлением в лечении мочекаменной болезни, основным принципом которого является достижение положительных результатов с помощью малотравматичных инструментальных вмешательств является перкутанная нефролитотомия (ПНЛ), которая по своей эффективности не уступает традиционным