

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ АЗООСПЕРМИЕЙ

© *В.Н. Фесенко¹, С.Н. Калинина¹, Д.Г. Кореньков¹, С.В. Фесенко¹, М.В. Волкова²*

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург);

² СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 112» (г. Санкт-Петербург)

Введение. Азооспермия встречается у 15 % мужчин, обратившихся с жалобами на бесплодие в браке. При этом обструктивная азооспермия наблюдается у 20 % всех мужчин с азооспермией и в 67 % случаев обусловлена непроходимостью семявыносящих путей на уровне придатка яичка. Эффективным методом лечения данной патологии является наложение анастомоза между сохранившим проходимость отделом придатка яичка и интактным участком семявыносящего протока. Актуальной задачей хирургической андрологии является поиск подходов и терапевтических мероприятий в послеоперационном периоде, способных повлиять на исход оперативного лечения.

Цель исследования. Проанализировать влияние ферментной терапии на исходы и отдаленные результаты реконструкции семявыносящих путей у пациентов с обструктивной азооспермией.

Материалы и методы. В открытое проспективное исследование было включено 47 мужчин, прооперированных в связи с непроходимостью семявыносящих путей в период с сентября 2010 по декабрь 2014 года, которые в зависимости от проводимой консервативной терапии в послеоперационном

периоде случайным образом были разделены на 2 группы: 1-я группа — 25 мужчин, помимо стандартной антибактериальной терапии получавшие препарат Лонгидаза 3000 МЕ внутримышечно 1 инъекция в 3 дня № 20, 2-я группа (контрольная) — 22 пациента, использовавших стандартную схему приема антибактериальных препаратов. Средний возраст пациентов составил $29,2 \pm 3,5$ года. При обследовании в предоперационном периоде у всех пациентов отмечались нормальные значения тестостерона общего и свободного, ФСГ, ЛГ, ингибина В в сыворотке крови.

С целью уточнения локализации наложения анастомоза интраоперационно всем больным выполнялась микрохирургическая пункция расширенных канальцев придатка яичка с последующей экспресс-микроскопией их содержимого.

Контрольное исследование показателей спермограммы выполнялось через 3 месяца после оперативного лечения согласно требованиям 5-го издания руководства ВОЗ от 2010 года. Критерием состоятельности зоны анастомоза было обнаружение сперматозоидов в эякуляте.

Результаты представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Восстановление проходимости семявыносящих путей у пациентов 1-й и 2-й групп на разных сроках наблюдения в послеоперационном периоде

Длительность послеоперационного периода	1-я группа (N = 25)	2-я группа (N = 22)
3 месяца	8 (32 %)	3 (13,6 %)
4 месяца	5 (20 %)	5 (22,7 %)
6 месяцев	2 (8 %)	4 (18,2 %)
Итого	15 (60 %)	12 (54,5 %)

У пациентов 1-й группы восстановление проходимости семявыносящих путей отмечено у 15 пациентов (60 %). Во 2-й группе аналогичные результаты получены у 12 человек (54,5 %). Однако у больных 1-й группы, получавших те-

рапию препаратом Лонгидаза по описанной выше методике, отмечено более раннее восстановление проходимости в сравнении с мужчинами 2-й группы (у 8 (32 %) и 3 (13,6 %) больных в 1-й и 2-й группах соответственно).

Таблица 2

Динамика показателей концентрации, общей и прогрессивной подвижности сперматозоидов в эякуляте у пациентов 1-й и 2-й групп на разных сроках наблюдения

Показатели спермограммы	1-я группа (N = 15)			2-я группа (N = 12)		
	3 мес. (N = 8)	4 мес. (N = 5)	6 мес. (N = 2)	3 мес. (N = 3)	4 мес. (N = 5)	6 мес. (N = 4)
Концентрация сперматозоидов, млн/мл	3,1 ± 1,2	10,4 ± 2,9	17,6 ± 3,8	1,1 ± 0,4	8,3 ± 1,7	15,7 ± 2,4
Общая подвижность сперматозоидов, %	12,5 ± 3,6	28,3 ± 2,2	38,8 ± 3,1	8,3 ± 1,4	19,6 ± 3,1	35,2 ± 3,7
Прогрессивно-подвижные формы сперматозоидов, %	5,3 ± 1,8	12,8 ± 1,9	18,2 ± 2,4	3,2 ± 0,9	10,1 ± 2,3	16,5 ± 2,9

При анализе показателей спермограммы через 3 и 4 месяца у пациентов 1-й группы в сравнении с больными 2-й группы отмечаются более высокие концентрация, общая и прогрессивная подвижность сперматозоидов.

Побочных эффектов, связанных с использованием препарата Лонгидаза для внутримышечных инъекций и потребовавших его отмены, ни у одного пациента отмечено не было. Однако у 3 пациентов наблюдалась локальная

гиперемия в зоне инъекции, разрешившаяся самостоятельно в течение нескольких суток.

Выводы. Результаты, полученные в ходе исследования, подтверждают клиническую эффективность применения препарата Лонгидаза 3000 МЕ (внутримышечные инъекции) в комплексном лечении больных с обструктивной азооспермией, перенесших реконструктивно-пластическую операцию на семявыносящих путях.

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

© *Н.А. Филатова*¹, *М.П. Кучинский*¹, *А.Н. Котин*^{1,2}, *Е.А. Солнцева*¹

¹ СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 1» (г. Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Введение. Нарушение эвакуации мочи на уровне пиелоретерального сегмента является наиболее распространенной причиной обструктивной уропатии у детей. Открытая пиелопластика по Хайнцу — Андерсену ретроперитонеальным доступом до настоящего времени считалась оптимальным и практически единственным методом лечения данной патологии, однако внедрение в хирургическую практику и совершенствование эндоскопических методик на сегодняшний день позволя-

ет все шире использовать лапароскопический доступ для лечения гидронефроза у детей, вытесняя травматичный люботомический доступ. При этом принципы операции — разобщающая пиелопластика с резекцией пиелоретерального сегмента, несущего стеноз и наложение пиелоретероанастомоза, — остаются прежними.

Материалы и методы. С 2014 года в Детской городской больнице № 1 произведено 36 лапароскопических операций по поводу