

ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЯКУЛЯТУ В ПРОГНОЗІ УСПІШНОСТІ ЦИКЛІВ ДРТ ПРИ ЧОЛОВІЧІЙ НЕПЛІДНОСТІ

М.І. Бойко, І.С. Чернокульський

НМУ ім. О.О. Богомольця

Проблему репродуктивного здоров'я і тривалості життя виведено в ранг загальнонаціональних, а збереження репродуктивного здоров'я населення виходить за рамки суто медичного питання і стає загальнодержавною, міжсекторальною проблемою. Поширеність неплідності набуває характеру епідемії. Частка чоловічої неплідності, за даними різних авторів, складає 40–50% [Brugh V.M., Lipshultz L.I. (2004); Hirsh A. (2003)]. Для ефективного вирішення проблем, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям, необхідний пошук нових та впровадження і вдосконалення існуючих методів діагностики та допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Мета роботи полягає у визначенні цінності показників лабораторного дослідження еякуляту в прогнозуванні потенціалу чоловічої фертильності, встановлення їх чутливості та специфічності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досліджено 26 зразків сім'яної рідини, взятих від 23 пацієнтів, що звернулись за допомогою до клініки репродуктивної медицини. Всі пацієнти репродуктивного віку (від 25 до 45 років), мають історію безплідності у парі протягом ≥ 1 року, визначений чоловічий фактор неплідності та підписали інформовану згоду на участь у дослідженні. Сім'яна рідина пацієнтів була розділена на дві групи: до групи А увійшли зразки сім'яної рідини, що були задіяні в циклах ДРТ, у результаті яких у партнерок пацієнтів розвивалась клінічна вагітність (КВ); а до групи Б увійшли зразки сім'яної рідини, що були задіяні в циклах ДРТ, в результаті яких у партнерок пацієнтів діагностували перервану вагітність (ПВ).

Зразки сперми збирались та досліджувались згідно з вимогами ВООЗ (2010). Аналіз рівня фрагментації ДНК виконувався за допомогою комплексу для оцінки фрагментації ДНК «Halosperm®» (Halotech Dna, Іспанія).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що найбільше в групах відрізнялись наступні показники: відсоток прогресивної рухливості (кат. а) 28,29% (6–56) в групі А проти 15,80% (6–25) в групі Б ($p < 0,05$), середня питома вага форм з нормальною морфологією 63,79% (33–89) в групі А проти 54,10% (29–85) в групі Б ($p < 0,05$), середня питома вага форм з патологією головної частини джгутика 6,71% (0–21) в групі А проти 15,40% (5–30) в групі Б та фрагментація ДНК, середня питома вага в групі А становила в середньому 31,00% (17–63), а в групі Б – 56,50% (27–72).

Найбільш чутливими показниками потенціалу чоловічої фертильності виявились наступні: фрагментація спермальної ДНК ($Se=0,94$), відсоток живих форм сперматозоїдів ($Se=0,71$) та загальна кількість сперматозоїдів у еякуляті ($Se=0,69$). Досить чутливим показником став відсоток прогресивної рухливості (a+b) сперматозоїдів ($Se=0,56$), а найменш чутливим – відсоток загальної кількості рухливих форм (a+b+c) сперматозоїдів у еякуляті ($Se=0,19$). Оскільки в усіх досліджуваних зразках еякуляту кількість морфологічно нормальних форм становила більше, ніж 4% (нижня межа відсотка нормальних форм сперматозоїдів у еякуляті за останньою редакцією ВООЗ), то нормальна морфологія сперматозоїдів виявилась взагалі не чутливим ($Se=0$), проте найспецифічнішим показником ($Sp=1$).

Що стосується специфічності показників потенціалу чоловічої фертильності, то тут на першому місці (якщо не враховувати морфологію) – відсоток загальної кількості рухливих форм (a+b+c) сперматозоїдів у еякуляті ($Sp=0,92$). Далі, в порядку спадання, показники загальної кількості сперматозоїдів у еякуляті ($Sp=0,83$), відсотка їх прогресивно рухливих (a+b) форм ($Sp=0,79$) та фрагментації ДНК ($Sp=0,75$). Найнижчим за своєю специфічністю виявився відсоток живих ($Sp=0,44$) форм сперматозоїдів.

ВИСНОВКИ

1. Найбільш прогностично значимими показниками потенціалу чоловічої фертильності є фрагментація спермальної ДНК та середня питома вага активно-рухливих сперматозоїдів (кат. а).

2. З об'єктивних критеріїв у прогнозуванні потенціалу чоловічої фертильності найбільш чутливими є фрагментація спермальної ДНК та

відсоток живих форм сперматозоїдів у еякуляті, а специфічними – відсоток загальної кількості рухливих форм (a+b+c) та число сперматозоїдів у еякуляті.

3. З метою покращення діагностики та підвищення ефективності лікування чоловічої неплідності (зокрема методом ЕКЗ/ICSI), вважаємо доцільним проведення тесту фрагментації спермальної ДНК.

ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

М.І. Бойко¹, О.М. Бойко², М. С. Шейко

НМУ імені О.О.Богомольця¹

ДНУ НПЦ ПКМ ДУС²

Метою нашого дослідження було порівняти три хірургічні методи лікування варикоцеле, визначити переваги та недоліки і оцінити їх безпечність та ефективність.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідженні брали участь 223 пацієнти з діагнозом варикоцеле, яким було проведено хірургічне лікування трьома методами: ретроперітонеальна варикоцелектомія була виконана 80 пацієнтам, лапароскопічним та субінгвінальним мікрохірургічним методом було прооперовано 69 та 74 пацієнти відповідно. Визначалась та порівнювалась частота виникнення ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень та частота виникнення рецидивів протягом 6 місяців. Фіксувався час оперативного втручання та тривалість стаціонарного лікування в післяопераційному періоді.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При оцінці ранніх післяопераційних ускладнень достовірної різниці виявлено не було. Частота виникнення гідроцеле була значно ви-

щою у пацієнтів з ретроперітонеальної групи (6 пацієнтів – 7,5%), що втричі перевищувало цей показник у лапароскопічної групи (2 пацієнти – 2,89%). У пацієнтів з мікрохірургічної групи не було виявлено жодного випадку виникнення гідроцеле. За частотою рецидивів у групах ретроперітонеальної та лапароскопічної варикоцелектомій достовірної різниці виявлено не було (РВ – 7 пацієнтів – 8,75%, ЛВ – 5 пацієнтів – 7,25%). У мікрохірургічній групі рецидиви спостерігалися лише у 2 пацієнтів (2,7%). Тривалість оперативного втручання була найбільшою в мікрохірургічній групі, у той час як тривалість післяопераційного стаціонарного лікування пацієнтів цієї групи була найменшою. Час знаходження у відділенні пацієнтів ретроперітонеальної та лапароскопічної групи був у 8 та у 2 рази довшим у порівнянні з мікрохірургічною групою.

ВИСНОВКИ

У результаті цього можна зробити висновок, що субінгвінальна мікрохірургічна варикоцелектомія є найбільш ефективним та безпечним методом лікування варикоцеле, який значно скорочує час перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні.