

Нові критерії діагностики гострого гестаційного пієлонефриту

Р.Я. Пивоварчук, А.С. Митникова

Одеський національний медичний університет

Інфекційно-запальні захворювання нирок та сечових шляхів у вагітних є грізним ускладненням, які вимагають ретельного обстеження і комплексного лікування.

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики та лікування інфекційно-запальних ускладнень нирок та сечових шляхів на госпітальному етапі у вагітних на основі обґрунтування ролі етіологічних чинників та патогенезу їхнього розвитку і показань до раціональної лікувальної тактики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вагітні були рандомізовані на групи наступним чином: 1-а група – порівняння: вагітні без ускладнень інфекційно-запального характеру нирок та сечових шляхів (n=30); 2-а група – основна клінічна, представлена (n=90) вагітними, що отримували лікування на госпітальному етапі з приводу інфекційно-запальних ускладнень з боку нирок та сечових шляхів; 3-я група – контрольна, яку складають невагітні жінки без наявності інфекційно-запальних захворювань нирок та сечових шляхів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 92% вагітних 2-ї групи визначено суттєве підвищення рівня С-реактивного білка в крові та у 86% вагітних поява його в сечі. Підвищення рівня С-реактивного білка в крові в 15 разів від норми спостерігалось у 64% вагітних, у 23% вагітних підвищення рівня в 21 раз, у 3% підвищення в 9 разів та у 2% підвищення в 5 разів. У 74% вагітних поява С-реактивного білка в сечі більш ніж 100 мг/л, у 8% більш 60 мг/л, у 2% більше 30 мг/л та у 2% більше 6–29 мг/л. У всіх пацієнток 2-ї групи, у яких рівень С-реактивного білка перевищував 60 мг/л, при ретельному дообстеженні було діагностовано гострий пієлонефрит. У вагітних цієї самої групи, у яких рівень С-реактивного білка становив менш ніж 60 мг/л, була діагностована інфекція нижніх сечових шляхів.

ВИСНОВКИ

Констатація рівня С-реактивного білка в крові та сечі дає можливість використовувати цей тест для диференціації діагнозу ураження інфекційно-запальним процесом нирок та сечових шляхів.

Клинический опыт лечения методом TESA/MESA больных с азооспермией

Ф.И. Костев, Р.В. Савчук, М.В. Шостак, А.П. Поддубняк

*Одесский национальный медицинский университет

**Репродуктивный центр «Лада»

По определению ВОЗ бесплодным называется брак, в котором отсутствует беременность в течение 12 мес половой жизни без предохранения. Согласно статистическим данным на долю мужского фактора в структуре бесплодного брака приходится от 30% до 60%, азооспермия встречается в 10–15% случаев. Различают обструктивную и необструктивную форму азооспермии. Обструктивная азооспермия характеризуется отсутствием или непроходимостью семявыносящих протоков и обусловлена их врожденной аплазией либо гипоплазией, наличием воспалительных процессов придатка яичка, травм, вазэктомии, операций по поводу паховой грыжи, вазотомии в целях контрацепции в анамнезе. Основными методами диагностики и выделения сперматозоидов являются:

PESA – перкутанная (через кожу) аспирация сперматозоидов из придатка яичка;

TESA – перкутанная аспирация сперматозоидов из ткани яичка;

MESE – получение сперматозоидов при проведении открытой биопсии придатка яичка;

TESE – получение сперматозоидов при проведении открытой биопсии яичка с последующей их экстракцией.

Цель исследования: оценить эффективность проведения TESA/MESA для достижения беременности методом ICSI.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Репродуктивного центра в течение трех лет было проведено 26 биопсий яичка, лечение методами MESE/ICSI, TESE/ICSI прошли 16 супружеских пар, средний возраст составил 32 года. Всем пациентам было проведено общее андрологическое обследование, анализ спермы трехкратно, исследование гормонального статуса – ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон; цитогенетический анализ, гистологическое исследование. Экстракцию сперматозоидов из тестикулярной ткани проводят в день пункции фолликулов или выполняют криоконсервацию. После биопсии яичка кусочек ткани переносят в питательную среду. Под микроскопом кусочки ткани раздавливают, чтобы получить сперматозоиды и сперматиды. Дальнейшая процедура не отличается от процедуры обработки эякулята для ICSI или криоконсервации.

Оплодотворяют яйцеклетки методом ICSI. Гормональное зеркало у 12 пациентов было в пределах нормы, 6 пациентов с нормогонадотропным гипогонадизмом, 4 пациента с гипогонадотропным гипогонадизмом и 4 пациента с гипергонадотропным гипогонадизмом, причем решение о биопсии последних было принято по настоянию пациентов. По результатам биопсии у 6 пациентов диагностировано отсутствие гаплоидных форм сперматозоидов, у 18 отмечены зре-

лые подвижные формы сперматозоидов и у 2 пациентов – неподвижные формы сперматозоидов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При генетическом обследовании пациентов с азооспермией у трех был диагностирован синдром Клайнфелтера, который встречается в 7–11% случаев у мужчин с азооспермией и характеризуется кариотипом 47,XXY. У одного пациента выявлена делеция AZF-а локуса Y-хромосомы.

По данным гистологического исследования у 2 пациентов диагностирован синдром Дель Кастильо (синдром клеток Сертоли), кариотип мужчины при этом остается нормальным по хромосомному набору 46 XY.

По нашим данным в случаях проведения MESE/ICSI процент оплодотворения ооцитов и правильного дробления

эмбрионов был значительно выше, чем при TESE/ ICSI, и составлял 82,5% и 56,3% против 72,7% и 36,1% соответственно. Но частота наступления беременности и родов была практически одинаковой в группе MESE/ ICSI – 5 беременностей и трое родов из 8 случаев, по сравнению с TESE/ ICSI, где наступили 4 беременности и трое родов.

Двоим пациентам проведена криоконсервация биоптата медленным методом – постепенное замораживание в паровой фазе жидкого азота в течение 40 мин. Шести парам предложено оплодотворение донорской спермой.

ВЫВОДЫ

Проведение ICSI сперматозоидами, полученными в результате биопсии эпидидимуса либо ткани яичка, является эффективным методом лечения пациентов с разными формами азооспермии и дает им единственную возможность иметь генетическое потомство.

Эффективность комплексной патогенетически-направленной терапии в лечении уретрального синдрома у женщин

Ф.И. Костев, М.В. Шостак, Р.В. Савчук

Одесский национальный медицинский университет

Термин «уретральный синдром» (УС) на протяжении почти 40 лет используют для описания распространенного патологического симптомокомплекса у женщин, характеризующегося хроническим позадилобковым дискомфортом, напряженностью либо болью, частыми позывами к мочеиспусканию, дизурией, часто – диспареунией в сочетании с отсутствием проявлений воспалительных заболеваний половых органов и цистита (в том числе при лабораторной и культуральной диагностике). Пациентки данной категории – весьма частые посетители урологов, гинекологов и невропатологов, только в США гинекологов посещает не менее 7 млн пациенток с УС в год. Несмотря на обилие существующих подходов к ведению этого заболевания, проблема УС остается нерешенной.

В настоящее время существует достаточная доказательная база в отношении наличия локализованных в превагинальном пространстве небольших парауретральных желез, гомологичных предстательной железе и соединенных с дистальной третью мочеиспускательного канала, из которых наиболее изученными являются железы Скинне. Они обладают сходством с ПСА, подобно предстательной железе подвержены инфекционно-воспалительным изменениям и канцерогенезу, а воспалительная патология этих желез на фоне их функциональной обструкции, а также роль Chlamydia – патогенетический базис большинства случаев УС у женщин. Симптоматический вектор и недостаточная эффективность современных средств фармакотерапии уретрального синдрома, его драматическое влияние на качество жизни пациентов, определяют целесообразность поиска новых средств эффективного и безопасного устранения патологии, что и послужило целью исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом нашего исследования послужили 18 женщин (средний возраст 32,3 года) с уретральным синдромом, связанным с воспалением парауретральных желез. В ходе исследования пациенткам проводили интравагинальный электрофорез хемотрипсина в 50% диметилсульфоксиде (ДМСО) с

локализацией электрода над областью желез Скинне, при максимальной напряженности тока в течении 25–30 мин, 3 раза в неделю на протяжении 1 мес (12 процедур). Параллельно пациентки проводили тренировку тазового дна (ТТД) по А. Кегелю, схема PERFECT (ежедневно по 20 мин, 1 мес) в сочетании с курсовым применением фторхинолона (левофлоксацин 750 мг 1 раз в день в течение 14 дней). Оценку эффективности лечения проводили прямым опросом пациенток, а также согласно динамике изменений шкал опросника по качеству жизни, связанному со здоровьем SF-36 через 1 и 3 мес от начала патогенетической терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Негативных проявлений назначенного лечения отмечено не было. По завершению лечения позитивный эффект терапии отметили 15 (83,3%) пациенток и он оставался достаточно высоким у 11 (61,1%) больных через 3 мес. При оценке доменов качества жизни SF-36 через 1 и 3 мес от начала лечения у большинства больных отмечены позитивные изменения, характеризовавшиеся уменьшением болевого синдрома на 46,5% и 32,7%, беспокойства на 57,1% и 39,1%, увеличением физической активности на 29,8% и 23,6% соответственно. Выявлено уменьшение показателей эмоционального влияния заболевания на 61,2% и 43,3%, повышение самооценки больных на 31,6% и 30,9%, а общее качество жизни характеризовалось увеличением суммарного балла SF-36 на 36,6% и 28,9% соответственно.

ВЫВОДЫ

Предварительные данные демонстрируют безопасность и эффективность устранения объективных и субъективных симптомов УС на фоне предложенной методики комплексного патогенетического лечения, что наряду с распространенностью патологии в популяции и ее драматическим влиянием на все аспекты качества жизни женщины, определяет целесообразность и перспективность дальнейших исследований в этой области.