

зоиди в еякуляте не знайдені, метки сперматогенеза не об'явлені, об'єм 1,0 мл, запах слабкий, лейкоцити – до 10 в полі зору, лецитинові зерна – умерене кількість, фруктоза – 6,3 (норма – 13,9–27,2 ммоль/л), фруктоліз відсутній, аскорбинова кислота не об'явлена.

Діагноз: СК, мозаїчна форма. Первичний (пипергонадотропний) гіпогонадізм. Азооспермія. Істинна гінекомастія. Хронічний специфічний бактеріально-вірусний простатит.

Лікування: пацієнту назначено тестостерон пролонгированого дії, а також антибактеріальна і противовоспалительна терапія для лікування простатиту.

Рекомендації: контроль рівня статевих гормонів крові на фоні замісної гормональної терапії. Біопсія яєчок. Моніторинг області турецького седла з використанням КТ або МРТ, так як постійна підвищена гіпоталамічна стимуляція гіпофіза може привести до його гіперплазії з розвитком специфічних нейроендокринних розладів.

Дискусія: в представленому випадку діагноз СК був встановлено на основі цитогенетичного і молекулярно-генетичного дослідження, що показали наявність додаткової статевих хромосом при відсутності пошкоджень (мікроделецій) в субрегіонах локуса АТФа, (3, с Y-хромосома). Фенотипічно СК проявився зменшенням і ущільненням яєчок, недостатністю вираженості вторинних статевих ознак, евнухоїдним телоскладом. Лікування – замісна гормональна терапія андрогенами.

Прогноз стосовно фертильності у даного пацієнта несприятливий.

Таким чином, при виявленні азооспермії у пацієнта в постпубертатному віці або при підозрі на затримку статевих ознак в юнацькому віці проведення сучасних цитогенетичних і молекулярно-генетичних досліджень є абсолютно необхідними, що дозволяють вибрати правильне лікування хворих з хромосомними аномаліями.

Окремо хотілося зупинитися на деяких фактах, встановлених при дослідженні анамнезу. Стало відомо, що в 10 років мати пацієнта зверталася до лікаря з підозрою на затримку статевих ознак у сина, однак углиблене дослідження в той час не проводилося. Пацієнт проходив срочную військову службу і явні зовнішні ознаки СК не викликали підозри у спеціалістів. На момент вступлення в шлюб пацієнт не здогадувався про наявність серйозної патології репродуктивної системи. Варто відзначити, що і пацієнт, і його партнерка дуже болізно сприйняли інформацію про проблеми з фертильністю чоловіка. В бесіді пацієнт висловив думку про те, що «не женився б, якби знав про проблему». Необхідно підкреслити, що складившися конфліктну ситуацію в родині можна було б уникнути при систематичному проходженні обов'язкових медоглядів в школі і медкомісії перед срочною військовою службою. Улучшення якості діагностики подібних ситуацій повинно здійснюватися шляхом впровадження в практичне здоров'я сімейної медицини.

Тіоловий статус у хворих з інфравезикальною обструкцією за умов комплексного хірургічного лікування

К.О. Борисов, Ф.І. Костєв, О.В. Борисов
Одеський національний медичний університет

Метою нашого дослідження стало обґрунтування раціональної диференційованої лікувальної тактики у хворих з інфравезикальною обструкцією (ІО) за умов наявності біоенергетичних порушень в організмі хворих в цілому та у детрузорі сечового міхура.

З метою корекції наявних змін метаболічного гомеостазу хворих, а також відновлення порушень біоенергетичних процесів тіолового обміну тканин детрузора сечового міхура призначали 59 хворим досліджуваної (І) групи у післяопераційний період препарат Кудесан Q10. Останній володіє вираженим антиоксидантним ефектом, активізує окиснювально-відновні процеси, стимулює процеси клітинного дихання та синтез АТФ у мітохондріях клітин.

Препарат призначали по 34,5 мг всередину один раз на день протягом 3 тиж. Контингент хворих групи порівняння (ІІ), до якої входили 56 осіб піддавався традиційному комплексному хірургічному лікуванню з приводу ІО різного походження.

Слід зазначити, що застосування в комплексному хірургічному лікуванні хворих досліджуваної групи метаболізм-коригувального препарату Кудесан Q10 зумовлювало значно більш виражену нормалізуючу дію на активність глутатіонзалежних ферментів у порівнянні з традиційним лікуванням.

Аналізуючи дані щодо вмісту білкових тіолових груп у сечі хворих із ІО до початку і після закінчення лікування слід зазначити достовірне підвищення рівня вмісту тіолових

груп білків у хворих досліджуваної групи (на 18,1%) по відношенню до вихідного рівня.

Так, у хворих із ІО спостерігається істотне порушення тіол-дисульфідної системи в тканинах сечового міхура та в організмі в цілому. Про це свідчить суттєве зниження вмісту тіолових груп білків у крові, а також, за результатами поглиблених біохімічних досліджень, у сечі та тканинах детрузора сечового міхура. У хворих виявлено зниження відновлювального потенціалу глутатіонової системи на фоні пригнічення активності ферментів, що забезпечують окиснювально-відновні перетворення глутатіону і регенерацію окиснених тіолових груп білків (глутатіон-редуктаза, глутатіон-S-трансфераза). Виявлені нами порушення тіол-дисульфідної системи грають важливу роль у реалізації біоенергетичних процесів і транспортних мембранних реакцій.

Використання нами в комплексному хірургічному лікуванні метаболізм-коригувального препарату Кудесан Q10 дозволило значною мірою знизити рівень порушень тіол-дисульфідного обміну та підвищити відновлювальний потенціал глутатіонової системи в організмі хворих з ІО. Одночасно встановлено, що у хворих досліджуваної групи за умов проведення метаболічної корекції перебіг післяопераційного періоду був більш сприятливим, а відновлення функціональної спроможності детрузора сечового міхура та усунення проявів синдрому нижніх сечових шляхів відбувалося у більш ранні строки спостереження.