

УЗИ органів мошонки і предстатальної залози, доплерографія органів мошонки і малого таза, цитологічне дослідження водяночної рідини, мікроскопія еякулята.

Всім хворим виконано оперативне втручання по Бергману. Показники еякулята до операції були наступними: об'єм еякулята – 1,5-2,5 мл., кількість сперматозоїдів в 1мл – 15-20 млн, їх рухливість – 45-50%, патологічні форми 60-70%, час розрідження еякулята – 45-50 хвилин, показник плідності Фарриса – від 10 до 110. В післяопераційному періоді при повторній мікроскопії спермальної рідини через 4 місяці якість еякулята значно покращилася: об'єм еякулята – 3-4 мл., кількість сперматозоїдів в 1мл – 45-50 млн, їх рухливість – 55-65%, патологічні форми зменшилися до 30-40%, час розрідження еякулята – 25-30 хвилин, показник плідності Фарриса – від 130 до 180.

В післяопераційному періоді всі пацієнти отримували комплексну консервативну терапію, в тому числі ректально свічки Простекс: по 1 свічці 2 р в день в теченні 1 місяця.

Вважаємо, що основними патогенетичними факторами порушення сперматогенезу при гідроцеле були тривалість здавлення яєчка водяночної рідиною, лімфостаз, що призводило до порушення мікроциркуляції в яєчку (Т.А. Квятковська, Е.А. Квятковський, 2014).

Негативний вплив гідроцеле на сперматогенез у чоловіків репродуктивного віку вважається неспірним. Своєчасне оперативне лікування гідроцеле з комплексною медикаментозною терапією в післяопераційному періоді достовірно покращує якість еякулята.

ЧОЛОВІЧЕ БЕЗПЛІДДЯ – СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

В.П. Стусь, М.Ю. Поліон

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Демографічна ситуація, що склалася в Україні і широко обговорюється, потребує відтворення чисельності населення. Значення негативного впливу соціально-економічних, екологічних, навіть політичних негараздів, притаманних сьогодні не зменшують, а, навіть, збільшують роль охорони здоров'я в цьому процесі. Серед різновидів медичної допомоги, спрямованих на підтримку, збереження населення, подовження тривалості його життя у вирішенні зазначених актуальних питань чоловіче безпліддя не може залишатися поза увагою. Важливим з цієї точки зору, передусім, є дані щодо поширеності патології в аспекті чисельності чоловічого населення, зазначене й стало метою дослідження.

Матеріали і методи. Основною дослідження стали дані офіційної статистики Центру Медичної статистики МОЗ України та Держкомстату України. Період вивчення 2004 – 2013 рр. поділено на два п'ятиріччя, що разом забезпечувало отримання не тільки трендової динаміки показників із встановленням її тенденцій та особливостей, але й інтенсивності змін. Аналізувалися абсолютні та відносні показники (на 100 тис. чоловічого населення; надалі для зручності подаватимуться величини) в цілому по Україні та її адміністративним територіям. При опрацюванні матеріалу застосовувалася загальновідома система показників (приріст чи зменшення темпу росту, середня похибка), коефіцієнт варіації.

Результати та обговорення. Встановлено, що в Україні спостерігається поступове зменшення чоловічого населення старшого за 18 років; в перше п'ятиріччя (2004 – 2008 рр.) – на 0,17%, в друге (2009 – 2013 рр.) – на 0,75%, за 10 років – на 1,17%. Зазначені зміни відбувалися за рахунок Центрального, Північно-Східного, південно-Східного регіонів. Інша динаміка притаманна чоловікам працездатного віку. Вона чітко розмежується за періодами вивчення і є характерною для України та практично усім її регіонам. Особливість проявилася у повсюдному достовірному збільшенні контингенту в першому періоді і такому ж повсюдному достовірному зменшенню їх в другому. В результаті у 2013 р. чоловіків працездатного віку стало менше на 2,7% (13900957), ніж у 2004 році. На такому фоні особливого значення набувають відомості щодо поширеності чоловічого безпліддя. А вони свідчать про зростання їх кількості в країні. У 2013 р. на обліку було 12704 осіб, що більше, ніж удвічі (на 115,6%) порівняно з 2004 роком; за перші 5 років приріст – 81,5%, за другий – 16,2%. Рівень поширеності відповідно становив 94,7 з темпом приросту 78,3% та 18,5% відповідно. Впродовж усього спостереження найбільше хворих було у Південно-Східному регіоні і кількість їх вірогідно зростає (у 2004 р. – 32,5±1,0%, 2008 р. – 59,5±0,6%, 2013 р. – 68,7±0,5%). Йому притаманний й найвищий показник варіабельності (151%). Підвищеної уваги потребує також Південний регіон за інтенсивністю зростання поширеності патології. Виявлені області з високим та низьким рівнями. До перших відносяться: Дніпропетровська, Запорізька, Одеська, Хмельницька, Тернопільська, Сумська,

Волинська; до других – Чернівецька, Рівненська, Київська, Полтавська, Луганська, Харківська, Миколаївська.

Таким чином, в контексті загальної тенденції скорочення чисельності чоловічого населення виявлено зростання поширеності чоловічого безпліддя в Україні, визначені регіони і області, що його обумовлюють. Зазначене вимагає поглибленого вивчення причин, експертної оцінки якості лікування, ведення обліково-звітної документації із залученням владних структур, суспільних організацій.

Висновки. Встановлено, що в Україні на тлі зменшення чоловіків працездатного віку на 2,7% за 2004 – 2013 роки на 115,6% зросла кількість безплідних. Підвищеної уваги потребують Південно-Східний, Південний регіони, перший стійким зростанням, другий – його інтенсивністю. Серед областей за високими показниками виділяються Запорізька, Дніпропетровська, Одеська, Хмельницька, Тернопільська.