

Таким образом, из клинических форм АС в нашем регионе чаще встречается центральная форма (62.7% случаев). Дебют заболевания существенно не отличается от описанного в других регионах. По нашим данным, из лабораторных показателей наиболее информативными при определении степени активности АС являются повышенное СОЭ и наличие С-реактивного белка. Преобладание среди больных АС 0 (I) и А (II) групп крови объясняется особенностями популяции.

Литература

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней.- М.: Медицина, 1988.- 137 с.
2. Габидулина Г.Х. Клинико-генетические аспекты семейного АС у казахов: Дис. ... канд. мед. наук.- Москва, 1993.- 157 с.
3. Горяев Ю.А., Васильева Е.И., Щуко Н.И. Течение болезни Бехтерева в Восточной Сибири// Тез. докл. пленума правления ВНОР.- Казань, 1979.- С. 25.
4. Попов В.В. Влияние метеорологических и гелио-физических факторов на течение анкилозирующего спондилоартрита: Дис. ... канд. мед. наук.- Ярославль, 1987.- 140 с.
5. Чепой В.М. Воспалительные и дегенеративные заболевания позвоночника.- М.: Медицина, 1978.- С. 52.
6. Ситяй Ш., Швеиц В., Отто В. Характеристика ранней стадии анкилозирующего спондилоартрита// Ревматология.- 1983.- № 2.- С. 17-20.

SOME CLINICAL ASPECT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS) IN EAST SIBERIA.

O.G. Karlova, V.A. Fatyhova

(Irkutsk State Medical University)

When examining 110 people with AS Roman diagnostic criteria, variants of AS emergence were studied. A detailed clinical characteristic of the examined group is given. The attained results are compared against the data found in the literature. The particularity of AS in our region is prevailing of the central form of the disease (62.7%), among the patient with 0 (I) and A (II) group of blood.

© ПОЛЯКОВ В.М., БОЙКО И.К., МАГОЛИНА Ю.В., АЛЕКСЕЕВА Л.В. - 1998
УДК 616.69-008.1-07-08:615.015

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОШОНКИ У МУЖЧИН, СОСТОЯЩИХ В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

В.М. Поляков, И.К. Бойко, Ю.В. Маголина, Л.В. Алексеева

(Иркутская областная клиническая больница, главный врач - к.м.н. Ю.Л. Птиченко)

Резюме. Представлены результаты изучения анамнестических данных, ультразвукового исследования органов мошонки, анализа эякулята у 72 мужчин в возрасте от 22 до 38 лет, состоящих в бесплодном браке. Показана высокая информативность ультразвукового исследования органов мошонки для диагностики причин мужского бесплодия.

В последние годы проблема мужского бесплодия привлекает к себе пристальное внимание. Это обусловлено значительным числом бесплодных браков, удельный вес которых в мире достигает 15%, в США - 10%, в Великобритании - 12% [1]. В Иркутской области, по нашим предварительным данным, этот показатель составляет не менее 18%. При этом нарушение репродуктивной функции мужчин в структуре бесплодных супружеских пар составляет по данным разных авторов от 30% до 50% [1, 2].

Сложность установления причины мужского бесплодия, нередко обусловлена длительностью периода от нарушения сперматогенеза, до момента обращения мужчины с жалобами на отсутствие детей в браке. Этот период может составлять более 10 лет. К числу наиболее часто встречаемых неблагоприятных воздействий относятся: воспалительный процесс мужской репродуктивной системы, хирургические вмешательства по поводу крипторхизма, варикоцеле, паховых грыж.

Для выявления возможных патологических изменений в органах мошонки нами было прове-

дено ультразвуковое обследование мужчин, состоящих в бесплодном браке.

Методы и материалы

Основным методом оценки функционального состояния половых желез и определения фертильности мужчин является анализ эякулята. Исследование эякулята проведено нами на основе Руководства ВОЗ по диагностике и лечению бесплодия в браке. Ультразвуковое исследование и дуплекс-сонографию проводили на ультразвуковой системе Sonoline Versg «Simens» с использованием конвексного и линейного датчиков с частотой 5.0 и 7.5 МГц. Прямой контактный способ исследования мошонки позволяет визуализировать яичко и другие анатомические структуры и выявлять объемные патологические образования размером менее 0.4 см [3]. Критериями ультразвуковой диагностики являлись размеры видимой части и эхогенность яичек и придатков, однородность или неоднородность эхо-структуры, наличие дополнительных образований в проекции придатков и выявление жидкости в оболочках яичка.

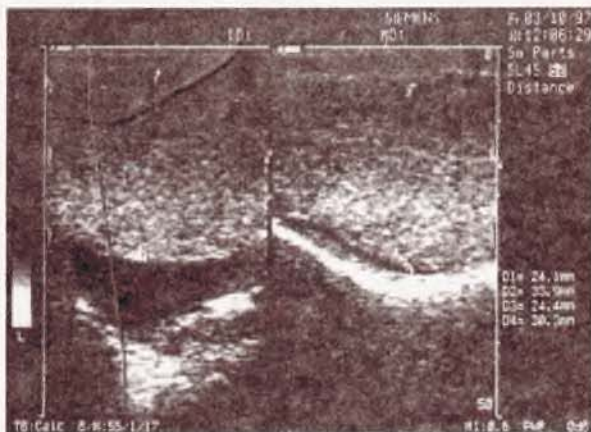


Рис. 1. Гидроцеле обоих яичек.

Оба яичка визуализировались в виде овоидной формы эхопозитивных образований относительно однородной структуры и примерно одинакового размера. В норме возможно определение минимального количества серозной жидкости, определяемой в виде узкой анэхогенной зоны не более 3 мм, окружающей яичко. Наличие большего количества жидкости является признаком гидроцеле (рис. 1). В норме головка придатка яичка по структуре и эхогенности соответствует его паренхиме, не превышая размеры 10-15 мм. Рациональным условием эффективной ультразвуковой диагностики является сочетание исследований в режиме реального времени и дуплексного сканирования с цветным картированием кровотока. Наличие кровотока в ячеистой структуре с округлыми экзогенными образованиями, расположенного за яичком, позволяет дифференцировать варикоцеле от кистозных образований яичка и придатков [3]. Кисты придатков выглядят округлыми однокамерными или многокамерными анэхогенными образованиями с четкими контурами (рис. 2).

Нами обследованы 72 мужчины в возрасте от 22 до 38 лет, состоящих в бесплодном браке, жителей г. Иркутска и Иркутской области. Продолжительность бесплодного брака колебалась от 1 до 9 лет.

Таблица 1.

Группы обследованных пациентов (n=72)

1	2	3	4	5	6	Всего
26.4%	12.5%	11.0%	4.2%	4.2%	41.7%	100.0%

Результаты и обсуждение

По данным анамнеза были выделены следующие группы пациентов: перенесших гонорею (1), травму мошонки (2), орхоэпидидимит (3), прооперированных по поводу паховой грыжи (4), варикоцеле (5). Отдельно выделена группа пациентов с неотягощенным анамнезом (6), составившая 41.7% (табл. 1). Как видно из таблицы 1, среди перенесенных заболеваний у обследованных чаще встречаются гонорея, травма мошонки и орхоэпидидимит. Следует отметить, что в большинстве случаев орхоэпидидимита и во всех случаях травмы больные не получили специализированной урологической помощи.

Анализ эякулята выявил ряд патологических изменений:

Литература

1. Пепперелла Р.Дж., Хадсон Б., Вуд К. Бесплодный брак.- М.: Медицина, 1983.- С. 9-30.
2. Руководство по андрологии/ под ред. О.Л. Тикстинского.- М.: Медицина, 1990.- 296 с.



Рис. 2. Киста придатка яичка.

1. астенозооспермия - 69.5% ,
2. олигозооспермия - 23.6%,
3. азооспермия - 6.9%.

Ультразвуковое исследование выявило:

1. кисты придатков яичек - 18.1%,
2. гидроцеле - 19.4%.

При этом преобладала левосторонняя локализация кист - 61.5%, кисты двухсторонней локализации отмечались в 30.8% наблюдений. Размеры кист составляли от 3.2 до 9.0 мм.

При анализе распространенности кист придатков яичек и гидроцеле в группах обследованных обращает внимание значительный процент кист в группах перенесших травму мошонки - 30.7% и орхоэпидидимит - 23.1% (табл. 2). Это позволяет предположить зависимость частоты возникновения кист придатков яичек от наличия в анамнезе травм мошонки и орхоэпидидимита.

Гидроцеле чаще встречается в группах лиц, перенесших гонорею и орхоэпидидимит - 28.6%

Таблица 2.

Результаты УЗИ органов мошонки в обследованных группах (%)

Нозологическая форма	1	2	3	4	5	6	Всего
Киста	15.3	30.7	23.1	7.7	7.7	15.4	100.0
Гидроцеле	28.6	7.1	21.4	-	-	42.9	100.0

и 21.4% соответственно. Кроме того, в группах обследованных с отягощенным анамнезом кисты придатков яичек и гидроцеле выявлялись в два раза чаще, чем в группах с неотягощенным анамнезом - 26.4% и 11.0% соответственно от числа всех обследованных.

Таким образом, можно сделать вывод, что ультразвуковое исследование органов мошонки является информативным методом для диагностики причин мужского бесплодия.

ULTRASONOGRAPHY OF SCROTUM'S ORGANS IN MEN WITH INFERTILE COUPLE

V.M. Polyakov, I.K. Boyko, Y.V. Magolina,
L.V. Alekseeva

(Irkutsk Regional Clinical Hospital)

Ultrasonography inspection was conducted in 72 infertile men. The scrotum's organs pathology was described.