

Мужское бесплодие. Азооспермия

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

- 1. Полное название:** Мужское бесплодие. Азооспермия
- 2. Код протокола:**
- 3. Код по МКБ-10:**
N 46 – Мужское бесплодие
- 4. Сокращения, используемые в протоколе:**

МБ- мужское бесплодие
УЗИ- ультразвуковое исследование
- 5. Дата разработки протокола:** апрель, 2013 г.
- 6. Категория пациентов:** мужчины от 18 до 45 лет с жалобами на отсутствие детей в браке
- 7. Пользователи протокола:** врачи урологи стационара, андрологи стационара, репродуктологи поликлиники.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

- 8. Определение:**
Бесплодным называется брак, в котором отсутствует беременность в течение 12 месяцев половой жизни без предохранения. Мужское бесплодие является заболеванием репродуктивной системы, характеризуется нарушением генеративной функции яичек. (Определение ВОЗ).
- 9. Клиническая классификация: (Лопаткин Н.А.1998 г.) по этиологии:**
обструктивная азооспермия (ОА) и необструктивная азооспермия (НОА)
- 10. Показания к госпитализации (плановая госпитализация):**

Плановая госпитализация. Отсутствие беременности в течение 12 месяцев половой жизни без предохранения, азооспермия. [1]

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

№	Основные диагностические исследования
1	- Общий анализ крови
2	- Общий анализ мочи
3	- Коагулограмма крови
4	- Гистологические исследования ткани яичка
5	- УЗИ мочевыделительной системы
6	- Тестостерон
7	- ФСГ, ЛГ, пролактин
8	- Спермограмма (старше 18 лет)
№	Дополнительные диагностические исследования
1	- Определение мочевины и остаточного азота
2	- Определение глюкозы
3	- Определение билирубина
4	- Тимоловая проба
5	- ЭКГ
6	- Определение группы крови и резус-фактора

12. Диагностические критерии: (Лопаткин Н.А.1998 г) [1,3]

12.1 Жалобы и анамнез: бесплодный брак, недоразвитие вторичных половых признаков.

12.2 Физикальные данные: уменьшение в размерах яичек, потеря эластичности.

12.3 Лабораторные исследования:

- Гормональные тесты: повышение Пролактина, ФСГ, ЛГ, снижение тестостерона.(Норма: Тестостерон 2,8—11 мкг/л, ЛГ-1,5-8,4 мМЕ/л, Пролактин 86-390 мМЕ/л, ФСГ- 1,5-12,4 мМЕ/л)
- Наличие изменений спермограммы: азооспермия (отсутствие сперматозоидов в эякуляте). В норме по ВОЗ 2010 год: Концентрация сперматозоидов 20 млн/мл и более, Общее количество сперматозоидов 40 млн и более. Подвижность сперматозоидов 50 % или более подвижных (категории А+В) или 25 % или более с поступательным движением (категория А) в течение 60 мин после эякуляции. Жизнеспособность сперматозоидов 50 % и более живых

12.4 Инструментальные исследования:

- УЗИ: может быть расширение семенных пузырьков, их отсутствие.

Структурные изменения в яичках и придатках яичек

12.5 Показания для консультации специалистов: при необходимости консультация эндокринолога

12.6 Дифференциальная диагностика:

Признаки	Мужское бесплодие. Азооспермия	Варикоцеле
Объективные данные	Уменьшение в размерах яичек, потеря эластичности.	Наличие варикозно расширенных вен семенного канатика. Проба Вальсальвы.
УЗИ	Структурные изменения в яичках и придатках яичек.	Наличие варикозно расширенных вен гроздьевидного сплетения.
Спермограмма	Азооспермия	Астенозооспермия

13. Цель лечения: микрохирургическое восстановление проходимости семявыносящих путей при обструктивной форме бесплодия, взятие биопсии яичка при необструктивной форме бесплодия

14. Тактика лечения: [2].

14.1 Немедикаментозное лечение: режим стационарный, стол №15.

14.2 Медикаментозное лечение:

- в случае с гипогонадотропным гипогонадизмом (вторичный гипогонадизм) проводится введение препаратов хорионического гонадотропина (прегнил, профази, хорагон, ХГЧ и др.) в дозе 2000 МЕ 3 раза в неделю, менотропины 1/2 до 1 ампулы внутримышечно 3 раза в неделю [2].

- препараты антибиотики цефалоспоринового ряда: цефотаксим (цефазолин) 1,0х 2 р/д

- уросептики фторхинолонового ряда: ципрофлоксацин 250 мг х 2 р/д

- противовоспалительные препараты местного применения: свечи «Витапрост» по 1 суппозиторию на ночь ректально

- анальгезирующие препараты (кетонал 2,0 в/м, анальгин 1,0, носпазин 2,0 в/м)

- улучшающие микроциркуляцию: пентоксифиллин 5,0 в/в капельно

- противогрибковые: итраконазол оральный раствор 150 мл-10 мг\мл по 100 мг 2 раза в день, флуконазол 150 мг 1 раз

- витамины С (аскорбиновая кислота)

№	Основные	Количество в сутки	Длительность применения
1	ХГЧ 2000 МЕ	3 раза в неделю	13 Дней
2	Хорагон 2000 МЕ	3 раза в неделю	14 дней,
3	Менотропин 2,0	3раза в неделю	14 дней
4	Цефазолин 1,0	2 раза в сутки	7 дней
5	Ципрофлоксацин 100,0	1 раз в сутки	5 дней
6	Свечи Витапрост	1 раз в сутки	10 дней
7	Кетонал 2,0	2 раза в сутки	5 дней
8	флуконазол 150 мг	1раз в сутки	1 день
№	Дополнительные	Количество в сутки	Длительность применения
1	Носпазин 2,0	2 раза в сутки	5 дней
2	Аскорбиновая кислота 2,0	1 раз в сутки	4 дня
3	Пентоксифиллин 5,0	1 раз в сутки	5 дней

14.3. Физиолечение в послеоперационном периоде (УВЧ – в течение 5 дней)

14.4 Хирургическое лечение:

Операция: ревизия органов мошонки с взятием биопсии яичка и микрохирургическое устранение обструкции с созданием вазоэпидидимоанастомоза [2,4].

14.5 Профилактические мероприятия: избегать переохлаждений, при необходимости проведение противовоспалительной терапии, с целью санации хронических очагов инфекции мочевой системы

14.6 Дальнейшее ведение:

- наблюдение у уролога, андролога
- ограничение физической нагрузки в течение 2-х месяцев
- контроль Гормонов, спермограммы через 1 месяц

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

отсутствие болевого синдрома, наличие единичных сперматозоидов в спермограмме, отсутствие воспаления яичка и придатка после взятия биопсии. Мониторинг состояния уровня гормонов и спермограммы 1 раз в месяц.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков:

Мухамеджан И.Т. – к.м.н., старший научный сотрудник, НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова

17. Указания на отсутствие конфликта интересов: конфликта интересов нет.

18. Рецензенты:

Асубаев А.Г., – к.м.н., ассистент кафедры урологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

19. Указание условий пересмотра протокола:

Пересмотр протокола через 5 лет после его вступления в действие и/или при появлении новых методов диагностики/лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1.Тиктинский О.Л. Андрология. – Медиа Пресс.М 1999.
- 2.Люлько А.В. Хирургическая андрология – М. 2005
- 3.Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. – М., 1998.
4. Шилл В.Б. Клиническая андрология (перевод с английского)- М, 2011г. уровень достоверности А.