

## СПЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ МУЖСКОГО ПОЛА С РАЗНЫМИ ВИДАМИ БЕСПЛОДИЯ

**Шарапова Елена Николаевна**

кандидат медицинских наук, преподаватель

Днепропетровского государственного

медицинского университета,

г. Днепр, Украина

**Введение.** Наличие воспалительного и гормонального факторов в этиологии сочетанного бесплодия оказывает отрицательное влияние на сперматогенез и обуславливает вариабельность клинических проявлений в зависимости от преобладания экскреторного или секреторного компонентов. Преобладание экскреторного компонента даёт картину хронического или латентного воспалительного процесса в придаточных половых железах, секреторного – андрогенную недостаточность различной степени врождённого или приобретённого характера [1].

Изменения сперматогенеза характеризуются преобладанием количественных изменений сперматозоонов (олигоспермией различной степени, вплоть до азоо- и аспермии) в сочетании с морфофункциональными нарушениями и представляют сложность для диагностики, несмотря на наличие большого количества различных диагностических методов исследования. Остаются недостаточно изученными морфологические характеристики биопсии яичка и эякулята, что затрудняет эффективность терапевтических мероприятий [3]. Данные о стимулирующей сперматогенез терапии немногочисленны и достаточно противоречивы [2].

**Ключевые слова:** мужское бесплодие, сперматогенез, патоспермия, половые и гипофизарные гормоны.

**Цель исследования:** изучить сперматогенез, морфологию биопсии яичек и эякулята, их динамику у больных сочетанным бесплодием с наличием варикоцеле, крипторхизма, эпидидимита, простатита, обструкции семявыносящих путей.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 44 мужчин возрастом от 25 до 48 лет, состоящих в браке. Длительность бесплодия – от 1,5 до 17 лет. Из них: у 10 – хронический простатит, 10 – варикоцеле, 10 – эпидидимит, 4 – крипторхизм, 10 – экскреторно-обтурационное бесплодие. Из предшествующих факторов, способствующих развитию бесплодия, в группе больных с хроническим простатитом наблюдались: эпидемический паротит – у 3 (30%) больных, уретрит – у одного (10%), гонорея – у одного (10%), трихомоноз – у одного (10%); эпидидимит перенёс один (10%) больной, операцию низведения левого яичка – один (10%) больной.

В группе больных с эпидидимитом из предшествующих, способствующих возникновению бесплодия, факторов, выявлены: эпидемический паротит – у одного (10%) больного, аппендэктомия – у одного (10%); детские инфекции (ветряная оспа, пневмония) – у 3 (30%) больных; двусторонняя варикоцэлектomia – у 2 (20%), операция по поводу левостороннего гидроцеле, орхоэпидидимит, гонорея – соответственно у 3 (30%) больных.

В группе экскреторно-обтурационного бесплодия - эпидемический паротит и пневмонии перенесли в детском возрасте 2 (20%) больных. Из предшествующих, способствующих развитию бесплодия заболеваний, эпидидимит - у 2 (20%) больных, двусторонний орхоэпидидимит – у 1 (10%), операцию создания искусственного семяприемника перенёс 1 (10%) больной.

**Полученные результаты.** У всех обследованных мужчин ведущей или сопутствующей причиной бесплодного брака являются воспалительный процесс гениталий и андрогенная недостаточность различной степени.

У всех обследованных больных осуществлялась хирургическая диагностика (генитография и биопсия), направленная на установление наличия

окклюзии семявыносящих протоков и оценку степени нарушения сперматогенеза.

При исследовании эякулята у больных установлена аспермия (36 человек - 78%) или азооспермия (12чел. – 28%).

При хирургической диагностике у 5(10,4%) пациентов выявлена врожденная агенезия семявыносящих протоков. Придатки яичек при пальпации расширены, уплотнены, напряжены, не переходили в семявыносящий проток, а слепо заканчивались.

У 5(10,4%) больных семявыносящие протоки были обтурированы на всём протяжении (в проксимальном отделе), что затрудняло последующее хирургическое восстановление их проходимости.

У 38(79,2%) оперированных мужчин проходимость семявыносящих протоков была сохранена, что не подтверждено клиническим диагнозом экскреторно-обтурационного бесплодия.

Результаты гистологических исследований биоптатов яичек у этих больных выявили глубокие степени нарушения сперматогенного эпителия вплоть до полной его атрофии.

При агенезии семявыносящих протоков (у 5 пациентов) также отмечено нарушение структуры семяродного эпителия, но у этих больных наблюдался блок сперматогенеза на стадии сперматоцитов I и II порядка,

У больных с обтурацией семявыносящих протоков (3 человека) сперматогенез был полностью сохранен.

Хирургическое лечение проведено 4 больным с агенезией протоков и одному больному с обтурацией семявыносящих путей,

Больным с агенезией семявыносящих протоков проведена операция по созданию искусственного семяприемника из отрезка большой вены бедра, а в дальнейшем предполагается извлечение накопившегося семени и введение его в половые пути супруги для искусственного осеменения.

Одному больному с обтурацией семявыносящего протока проведена операция по созданию анастомоза между придатком и семявыносящим

протоком по типу "конец в бок". Гистологическое исследование у этого больного подтвердило полную сохранность сперматогенеза в некоторых семенных канальцах.

### **Выводы.**

1. При сперматологическом исследовании наблюдалась патоспермия различной степени с преобладанием количественных изменений сперматозоонов. Среди различных форм мужского бесплодия наибольшие трудности для диагностики и лечения представляет сочетанная форма, что обусловлено наличием как экскреторного, так и секреторного компонентов в её генезе.

2. Хирургическая диагностика (биопсия и генитография) абсолютно показаны при аспермии и азооспермии для установления истинной причины бесплодия. При обтурационных формах аспермии показано хирургическое лечение - восстановление проходимости семявыносящих путей.

3. Учитывая недостаточную эффективность используемой в настоящее время терапии, методы лечебного воздействия требуют дальнейшего совершенствования.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кирпатовский И.Д. Очерки по хирургической андрологии.- Москва: Изд. Университета дружбы народов.- 2009. - 125с.

2. Ильин И.И., Ковалев Ю.Н., Глузмин М.И. Концепции патогенеза хронического простатита //Урология и нефрология. - 2013. - №3.- С. 30-33.

3. Юнда И. Бесплодие в супружестве – Киев: Здоров'я. – 1990. - 462 с.