

Артюхин А.А.

(Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова)

Лечение секреторных форм бесплодия способом непрямой (кремастерной) реваскуляризации половых желез в сочетании с регионарной эндартериальной лекарственной терапией.

Ключевые слова: секреторное бесплодие, связанное с мужским фактором.

Справка IT- системного администратора сайта: материал получен и в автоматическом режиме размещен в 12: 34 по мс 02.06:2009 на сайте medtsu.tula.ru

Более 15% супружеских пар являются в Российской Федерации бесплодными. В структуре инфертильного брака мужской фактор составляет от 40% до 50%, а в 25% случаев - причина отсутствия детей в семье заключается в патологических изменениях репродуктивной функции обоих супругов (С.Б. Артифексов, Д.И.Рыжаков, 2003 и др.). Расчеты демографов показывают, что только по причинам мужского бесплодия за последние 20 лет в России потеряно не родившимися от 1,5 до 2,0 млн (население области центральной полосы РФ!) детей, что в масштабах народонаселения нашей страны необходимо рассматривать как огромные демографические потери (Е.П.Тавокин, 2001 и др.). Таким образом, развитие репродуктивной андрологии, как составной и неотъемлемой части репродуктивной медицины, в целом, необходимо рассматривать в качестве национальной стратегии по комплексу принимаемых мер в области организации медицинской науки и здравоохранения, репродукции человека и планирования семьи, в целях эффективного преодоления демографического кризиса в Российской Федерации.

Следовательно, разработка новых патогенетически обоснованных технологий лечения мужской инфертильности, осмысление и корректировка существующих методик лечения, проводимых на основе результатов современных фундаментальных исследований, является актуальной медицинской и социальной проблемой.

Цель работы: разработать новые патогенетически обоснованные технологии лечения некоторых форм мужской инфертильности, основываясь на комплексных фундаментальных экспериментальных и клинических исследованиях сосудистой системы органов мошонки и семенного канатика. **Задачи:**

1. Исследовать магистральные внеорганные сосуды (артерии и вены) артерии органов мошонки и семенного канатика и анастомотические связи между ними на микроанатомическом уровне;

- Выявить механизмы функционирования сосудистой системы органов мошонки в норме и в условиях моделирования различных вариантов регионарной дисгемоциркуляции органов мошонки в эксперименте. **Впервые** дана клинико-лабораторная оценка эффективности лечения тестикулярных форм бесплодия способом общей озонотерапии и предложена новая технология получения культуры семенника, обогащенной клетками Лейдига и оригинальный генитальный экстракстестикулярный способ ее трансплантации. Разработана схема патогенеза и этиопатогенетического лечения при сосудисто-обусловленных формах секреторного бесплодия, связанного с мужским фактором. В 38 анатомических экспериментах выполнено формирование хронической сосудистой фистулы на ННА, с учетом отхождения от нее кремастерной артерии и анатомо-экспериментальная оценка сформированной фистулы.

В условиях анатомического эксперимента выполнено 10 операций по отработке этапов и техники исполнения на венах органов мошонки и семенного канатика, с технологией прецизионного вмешательства на межсистемных венозных коммуникантах 2-го уровня. Всего выполнено 438 анатомических и анатомо-экспериментальных исследований. Прошло в эксперименте лечение 40 больных в возрасте от 22 до 42 лет, состоящих в бесплодном браке от 2 до 15 лет. Пациенты отобраны из числа «бесперспективной группы», в связи с резистентностью к ранее применяемым методам лечения. При обследовании у 6 больных диагностирована гипоплазия яичек; у 3 - гипоплазия придатков; у 8 - сочетанная гипоплазия яичек и придатков; у 5 - состояние после операции по поводу одностороннего крипторхизма; у 5 - состояние после операций по поводу билатерального крипторхизма; у 3 - хронических посттравматический орхит в стадии ремиссии; у 10 - идиопатическая форма бесплодия. В соответствии с тяжестью спермиологических изменений больные распределились по следующим группам: 6 - олигозооспермия 2 ст., 21 - олигозооспермия 3 ст., 10 - азооспермия; 3 - аспермия. Наблюдалось 102 пациента, в возрасте от 18 до 42 лет в варикозной трансформацией вен левой половины мошонки и инфертильностью, распределенных в три равнозначные группы, в зависимости от примененной лечебно-диагностической тактики 37 больным выполнена операция по Иванисевичу слева, с последующем послеоперационным приемом препаратов - стимуляторов сперматогенеза; 32 пациента проходили курсы консервативной венопротекторной терапии; по отношению к 33 бесплодным супружеским парам (у супруга диагностировано варикоцеле слева) применен комплексный диагностический и лечебный подход, с воздействием на все выявленные (мужские и женские) звенья субинфертильности. 12 пациентов оперированы по поводу развившийся спустя 4-6 месяцев после выполнения операции по Иванисевичу слева гидроцеле. 4 пациентов оперированы в связи с осложнениями трансфеморальной склеро-

терапии левой яичковой вены, из них 2 - с выраженным хроническим болевым синдромом мошонки и 2 - хроническим болевым синдромом, сочетающимся с гидроцеле.

Всего способом общей озонотерапии прошли лечение 126 пациентов, в возрасте от 24 до 48 лет с различными степенями тяжести тестикулярного бесплодия, из них 32 больным курсы лечения проводились два и более раза, с интервалом 3-6 месяцев. Иммуномодулирующие свойства общей озонотерапии изучены при лечении 68 пациентов с различными аутоиммунными реакциями (антиспермальный иммунитет, КФА к ткани яичка). Клинико-лабораторные результаты разработанной схемы консервативной терапии патоспермии, ассоциированной с левосторонним варикоцеле, позволяют утверждать о ее приоритете по сравнению с результатами хирургического иссечения яичковой вены, заключающихся как в позитивных спермиологических изменениях, так и в репродуктивных результатах (3 беременности, завершившиеся 2 деторождениями при проведении венопротекторной и сосудистой терапии).

Выводы:

1. Комплексный подход с участием не только андрологов и гинекологов, но и других специалистов (эндокринологов, профпатологов и др.) к бесплодной супружеской паре, с учетом и соответствующей коррекцией всем возможных причин субинфертильности, не зависимо от преобладания мужского или женского факторов (исходя из концепции единого репродуктивного потенциала бесплодной супружеской пары), дает самые высокие клинико-лабораторные результаты терапии, а главное - репродуктивные результаты (13 беременностей, завершившихся 11 деторождениями у 33 инфертильных пар).

2. Способ общей озонотерапии относится к высокоэффективной технологии, позволяющей воздействовать на различные патогенетические звенья инфертильности (гипоксия, нарушения микроциркуляции и тканевого дыхания и др.), включая аутоиммунитет к половым клеткам и тестикулярной ткани.

3. Результаты клинических испытаний позволяют рекомендовать широкое лечебное применение общей озонотерапии в качестве самостоятельного метода и составного компонента комплексной программы по реабилитации фертильной функции мужчин, в том случае, когда бесплодность пары обусловлена мужскими факторами.

(дайджест статьи публикуется по оригинальному авторскому материалу: Артюхин А.А. Лечение секреторных форм бесплодия способом не прямой (кремаштерной) реваскуляризации половых желез в сочетании с регионарной эндартертериальной лекарственной терапией.// Вестник ММА им. И.М. Сеченова.-2009.-№7.-С.15-16)

