УДК 616.681-007.41+616.697-085.357

Т.И. Данилова, В.Ю. Тихомирова, Е.А. Мельникова,
В.Н. Хлудеев

КРИПТОРХИЗМ И СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Ключевые слова: крипторхизм, мужское бесплодие, гормоны.

Продолжающийся демографический кризис, связанный с отрицательным приростом населения, неуклонный рост количества бесплодных браков и ухудшение репродуктивного здоровья населения все чаще привлекают к этому вопросу внимание специалистов различного профиля, включая генетиков, морфологов, иммунологов, эндокринологов, урологов. Общеизвестно, что бесплодие в семьях составляет 10–20% от всех браков. Если ранее причиной бесплодного брака считалась в основном женщина (до 90%), то изучение бездетных супружеских пар в последнее время показало, что в 40–60% причиной отсутствия детей является бесплодие мужчин. Благодаря современному развитию медицинской науки появилось больше возможностей выявить нарушения фертильности как у мужчин, так и у женщин. Истоки мужского бесплодия почти всегда закладываются в детском возрасте, при этом зачастую имеющуюся у мальчика патологию не диагностируют, а следовательно, не лечат, и к периоду вступления в репродуктивную фазу она оказывается столь запущенной, что практически не поддается коррекции. Увеличилось число генетически детерминированных пороков развития половой системы, которые приводят к нарушениям гаметогенеза.

Одной из причин мужского бесплодия является крипторхизм – системное полиэтиологическое заболевание, одним из проявлений которого является неопущение яичек в мошонку. Крипторхизм не относится к числу редкой хирургической патологии. У взрослых аномалия положения яичек наблюдается в 0,18–0,8% случаев, у детей и подростков – в несколько раз чаще, составляя к периоду полового созревания 1–3%. С учетом недоношенных детей, по данным ряда авторов, встречаемость данной патологии при рождении достигает 30% [4, 7].

Начиная с 1997 г. на базе центра планирования семьи и репродукции Краевого клинического центра охраны материнства и детства (г. Владивосток) специалисты по детской и подростковой андрологии активно занимаются проблемами диагностики и лечения нарушений полового развития у мальчиков.

В 2005 г. на приеме у андрологов побывало 129 детей с крипторхизмом в возрасте от рождения до 18 лет (табл. 1). Анализ работы показывает, что наибольший процент обращений пришелся на возраст до 2 лет (58 детей – 45%). Но, к сожалению, имеют место и позд-

ние направления пациентов к специалистам, когда на фоне всего комплекса лечебных мероприятий сложно обеспечить благоприятный прогноз заболевания.

В качестве неинвазивного метода диагностики использовали ультрасонографическое исследование на аппарате АЛОКА-2000. Информативность метода составила 85%. В 15% случаев исследование оказалось малоинформативным или ложноположительным (в сопоставлении с интраоперационными данными).

Двухсторонний крипторхизм был диагностирован у 17 детей, что составило 13,1%, правосторонний – у 53 (41%), левосторонний – у 41 (31,7%). Псевдотенция зарегистрирована в 17 наблюдениях (13,2%). Правосторонний крипторхизм встречался чаще, чем левосторонний. Паховая ретенция выявлена у 89 детей (69%), брюшная – у 16 (12,4%), эктопия – у 8 (6,2%), парадоксальная поперечная дистопия левого яичка – у 1 ребенка. С рецидивными формами крипторхизма наблюдалось 8 детей.

Мы наблюдали сочетание крипторхизма с грыжами у 13 (10%) и гипоплазией яичек у 15 (11,6%) детей. При этом ретардация или задержка полового развития составила 2,3%, гипогонадизм – 7,8%, гипоспадия – 3,1%, перекрут яичка – 0,8% случаев. Являясь частью эмбриологического дефекта, сопутствующая крипторхизму патология возникает в результате неспособности брюшинно-пахового отростка открыть путь в мошонку так, чтобы яичко могло идти следом и полностью опуститься в полость мошонки.

В нашем центре оперативное лечение крипторхизма в возрасте до 4 лет проведено в 64% случаев. В настоящее время многими специалистами признана необходимость проведения оперативной коррекции крипторхизма до 2-летнего возраста. Установлена взаимосвязь между давностью крипторхизма и степенью дистрофических изменений клеток Сертоли. Как в дистопированном, так и контрлатеральном яичке происходит снижение количества и деформация клеток Лейдига [1–3]. Односторонний крипторхизм вызывает повреждения в контрлатеральном яичке и создает условия для его недоразвития. У 17,9% больных отмечается гипертрофия контрлатерального яичка. При бесплодии, связанном с крипторхизмом, происходит наиболее быстрое по сравнению с другими

Таблица 1

Количество детей, обратившихся с диагнозом крипторхизм в зависимости от возраста

Возраст, лет	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
До 1	30	23,3
1–2	28	21,7
2–4	20	15,5
4–6	18	14,0
6–10	20	15,5
10–14	6	4,6
14–18	7	5,4

заболеваниями половых органов развитие необратимых изменений в паренхиме дистопированного яичка. Отмечается уменьшение объема яичка, уплотнение его тканей, гипоплазия сперматогенного эпителия [5].

Снижение фертильности наблюдается у 76% мужчин с односторонним крипторхизмом. При подобной патологии пубертатный процесс протекает в нормальных границах и заканчивается до 17 лет. Эти больные показывают нормальное развитие первичных и вторичных половых признаков независимо от фертильности. Поэтому наряду с нормальным развитием половых признаков экзокринная функция и фертильность страдают у этих больных несравненно больше вплоть до бесплодия. При двухстороннем крипторхизме всего у 4,1% мужчин имеются сперматозооны.

Последние данные свидетельствуют о нарушении экскреции и метаболизма половых гормонов у 95,7% больных крипторхизмом. На основании длительного наблюдения за такими пациентами, пролеченными на базе планирования семьи и репродукции ККЦОМД, специалистами разработан алгоритм диагностики и лечения хорионическим гонадотропином человека у детей с непальпируемыми яичками. Согласно данной тактике пациентам с непальпируемым яичком или двусторонним крипторхизмом проводится консервативная терапия с целью предоперационной подготовки, а в дальнейшем и в послеоперационный период.

В практике детских урологов-андрологов нашего центра у 31% пациентов с крипторхизмом проводилось консервативное лечение хориогонадотропином. Особенно это показано мальчикам с крипторхизмом в сочетании с гипогонадизмом. Успех от применения гормональной терапии (самостоятельное опущение яичка или яичек в мошонку) наблюдался у 15% пациентов. Все дети после оперативного лечения продолжали наблюдаться у врача детского уролога-андролога.

Следует строго различать показания к применению того или иного вида гормонотерапии. К лечению гонадотропными гормонами можно приступать лишь при отчетливых показаниях в общем плане лечения [6]. Хориогонадотропин эффективен при всех случаях гормонально обусловленных высоких ретенций яичек, при неполном опускании или при псевдоретенции (ложном крипторхизме) в препубертатном возрасте как стимулирующий фактор.

Гормональная терапия как самостоятельный метод показана в тех случаях, когда имеет место явная гормональная дисфункция при гормонально обусловленных ретенциях яичек (вторичный гипогонадотропный гипогонадизм).

Применение гормона при первичном (гипергонадотропном) гипогонадизме до пубертатного периода бесцельно, ибо в этих случаях никакая гормонотерапия не приведет к нормальному развитию или опусканию гипоплазированных яичек. Не показаны попытки гормональной коррекции, когда отчетливо имеются анатомо-механические препятствия, например сопутствующая основному заболеванию грыжа.

С целью развития преемственности среди врачей края, медицинских работников и других специалистов в вопросах планирования семьи, охране репродуктивного здоровья детей и подростков нашими сотрудниками проводится организационно-методическая и учебная работа. Осуществляются выезды в районы для оказания практической и методической помощи. К настоящему времени удалось решить многие задачи, которые в других российских регионах пока не получили должного развития. Кафедрой хирургии детей и подростков с курсом акушерства и гинекологии ФПК разработана учебная программа и цикл лекций по детской урологии-андрологии.

За последние годы много нового внесено в клиническую практику и учение о крипторхизме. Становится очевидным, что решение этой проблемы требует коллективных усилий специалистов различного профиля, включая генетиков, морфологов, иммунологов, эндокринологов, хирургов и др. Профилактика бесплодия заключается в раннем выявлении аномалий развития половой системы, лечении и предупреждении заболеваний, отрицательно влияющих на генеративную функцию, правильном и своевременном оперативном лечении. Проведение этих мероприятий способствует снижению количества случаев бесплодия у мужчин, хотя в целом вопросы профилактики его нуждаются в более глубокой и всесторонней разработке.

Литература

1. Бегиашвили Т.В. *Вопросы патофизиологии мужского бесплодия*. — Тбилиси: Изд-во Тбил. ун-та, 1990.
2. *Бесплодие в супружестве / под ред. И.Ф. Юнды*. — Киев: Здоровье, 1990.
3. Бурнашева С.А., Габаева Н.С., Данилова Л.В. *Современные проблемы сперматогенеза*. — М.: Наука, 1982.
4. Горелик С.Л., Мирлес Ю.Д. *Крипторхизм и его хирургическое лечение*. — М., 1968.
5. Ерохин А. П., Воложин С.И. *Крипторхизм*. — М.: Люкс-арт, 1995.
6. Окулов, А.Б., Матковская А.Н. *Лечение крипторхизма у детей: метод. рекомендации*. — М., 1984.
7. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф., Михайличенко В.В. *Заболевания половых органов у мужчин*. — Л.: Медицина, 1985.

Поступила в редакцию 29.05.06.

UNDESCENDED TESTIS AND THE MODERN APPROACH TO PROPHYLAXIS OF MALE INFERTILITY

T.I. Danilova, V.Yu. Tikhomirova, E.A. Melnikova, V.I. Rybalkina, V.N. Hludeev, O.O. Belyakova
Regional Center of Mother and Child (Vladivostok)

Summary — The analysis of 129 cases of undescended testis is done. The greatest number of references (45%) was in age till 2 years old. Active treatment, conservative therapy and surgical intervention allow to restore anatomy and to normalize testis function. By present time we managed to solve many problems which in other Russian regions have not yet received due development. As a result of preventive actions decrease in amount of cases of infertility at men is achieved.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 4, p. 59–60.