

Стан репродуктивної функції хворих із розширенням вен сім'яного канатика

Ф.І. Костєв, Р.Б. Чистяков, С.В. Богацький, О.В. Руденко

Одеський національний медичний університет

Таблиця 1

Показники гонадотропних гормонів та тестостерону

Стадії варикоцеле	Гормони			
	ПРЛ, мМО/мл	Т, нмоль/л	ЛГ, мМО/л	ФСГ, мМО/л
I, n=9	251,2±19,3*	16,5±0,9	4,4±0,26	3,3±0,15*
II, n=120	322,5±8,7	17,2±1,01*	3,2±1,21	6,2±0,2*
III, n=41	401±12,3*	13,5±0,25	5,1±0,3*	8,3±2,1

Примітка: * – вірогідна відмінність від контрольної групи $p < 0,05$.

Варикозне розширення вен лівого сім'яного канатика (ліво-стороннє варикоцеле) спостерігається у 100 на 1000 підлітків і осіб молодого віку. Це поширене захворювання зустрічається у чоловіків з частотою 10–16% і виявляється в 10–19,5% дітей старшого віку. При цьому, пік діагностики захворюваності припадає на підлітків 14–17 років, що складає навряд чи не основний контингент планових хірургічних операцій (Кондаков В.Т., 2000; Горпинченко І.І., 1996). З ним пов'язують близько 30–40% бездітних шлюбів. Однак зв'язок між варикоцеле та репродуктивними порушеннями визнають не всі автори.

Належність варикоцеле до захворювань, що мають важливе соціальне значення, і необхідність розроблення нових, оптимальних методів його діагностики і лікування, що у даний час недосконалі, свідчать про актуальність питання.

Метою нашої роботи було визначення стану репродуктивної функції у хворих на варикоцеле.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брали участь 170 хворих на лівобічне варикоцеле (клінічна група) і 20 соматично здорових чоловіків без варикоцеле в анамнезі – (контрольна група).

Усі пацієнти пройшли повний обсяг клінічних досліджень, а саме дослідження сперми (визначення в'язкості, часу розрідження, Ph, кількості і концентрації сперматозоїдів, їхньої рухливості), визначення статевих гормонів (тестостерону, ЛГ, ФСГ, ПРЛ) плазми крові, огляд і пальпаторне дослідження органів калитки, радіоізотопна ренографія, УЗД (органів калитки, нирок, лівої ниркової вени), ультразвукова доплерографія лівої ниркової вени.

У всіх чоловіків контрольної групи були виключені варикоцеле, інфекції статевих органів й інші фактори, що впливають на сперматогенез.

У процесі нашої роботи ми користувалися класифікацією Н.А. Лопаткіна (1998), в основі якої лежать місцеві зміни і клінічна оцінка стану вен гроноподібного сплетення і яєчка.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих на варикоцеле порушення показників спермограми були виявлені у 76 (44,7%) хворих. Вони полягали в зниженні об'єму еякуляту, наявності патологічних форм сперматозоїдів. Кількість живих сперматозоїдів та їхня концентрація у хворих на лівобічне варикоцеле вірогідно відрізнялись від тих, що у здорових чоловіків, але були в рамках норми.

Після проведеного обстеження ми визначили, що у 9 (4,9%) хворих відзначено I ступінь лівостороннього варикоцеле, у

120 (70,5%) – II ступінь, у 41 (24,6%) – III ступінь. Достовірних відмінностей показників спермограми залежно від стадії захворювання нами виявлено не було. При вивченні гормонального статусу пацієнтів відзначалося зростання рівня ПРЛ, ЛГ, ФСГ та тестостерону у пацієнтів на варикоцеле III ступеня (табл. 1). Аналогічні показники у хворих на варикоцеле I ступеня не відрізнялись від контрольних.

Також в ході обстеження нами були виявлені 8 (5,7%) хворих з ознаками гіпергонадотропного гіпогонадізму та 13 (7,6%) з ознаками гіпогонадотропного гіпогонадізму.

Аналізуючи дані спермограми хворих на варикоцеле з гіпогонадізмом (табл. 2) можна відзначити, що вони суттєво відрізняються від аналогічних, у хворих без ознак гіпогонадізму та чоловіків контрольної групи.

Представлені дані свідчать, що порушення якості еякуляту пов'язані не стільки з наявністю лівобічного варикоцеле, а здебільшого порушеннями сперматогенезу на тлі гіпогонадізму, що є підставою для призначення гормональної терапії в замісному або стимулювальному режимі.

ВИСНОВКИ

Порушення репродуктивної функції у хворих на варикоцеле виявлено в 44,7% спостережень.

Чоловіче безпліддя, зумовлене первинним гіпогонадізмом та варикоцеле, є проявом андрогенної недостатності в результаті порушень метаболізму тестостерону. Коливання показників спермограми в межах нормальних є свідченням включення внутрішньосистемних компенсаторних механізмів в підтримку функціонального стану гіпофізарно-гонадної системи, що характеризують неускладнені форми порушення репродукції.

Затяжні та ускладнені форми первинного гіпогонадізму та варикоцеле, що розвиваються на тлі андрогендефіциту, є результатами низької секреторної відповіді ФСГ та ЛГ на екзогенну стимуляцію за рахунок блокування рецепторів та нечутливості органів-мишеней до дії тестостерону.

Таблиця 2

Показники спермограми хворих клінічної групи залежно від форми гіпогонадізму

Показники спермограми	Хворі на варикоцеле			Контрольна група (n=20)
	ускладнене гіпогонадізмом (n=21)		не ускладнене гіпогонадізмом (n=149)	
	Первинний (n=8)	Вторинний (n=13)		
Концентрація сперматозоїдів (млн/мл)	2,32±1,17	8,69±1,96	36,2±15*	63,7±2,14*
Рухливість (a+b) (%)	8	11	38	54
Кількість живих форм (%)	10	14	51	88

Примітка: * – вірогідна відмінність від контрольної групи $p < 0,05$.