

НАРУШЕНИЕ УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПРИ ОСТРЫХ ЭПИДИДИМООРХИТАХ

Б.Б. Эскеев

Рассматриваются причины снижения уровня тестостерона и влияние несвоевременной коррекции на развитие мужского бесплодия. Представлены данные для применения раннего оперативного метода лечения.

Ключевые слова: тестостерон; сперматозоид; эпидидимоорхит; бесплодие; аспермия.

Актуальность. Острые воспалительные заболевания органов мошонки занимают первое место среди заболеваний наружных половых органов. Чаще всего острые эпидидимоорхиты являются осложнением воспалительных процессов уретры, предстательной железы, семенных пузырьков, которые возникающих на фоне переохлаждений, снижения иммунитета, травм мошонки [1]. Воспаления яичка и/или его придатка опасны, прежде

всего, развитием мужского бесплодия [2]. Если их своевременно и адекватно не лечить, они могут привести к нарушению образования сперматозоидов, их нормального развития и транспорта. Если имеет место двустороннее воспаление органов мошонки – опасность наступления бесплодия значительно выше. Также могут возникнуть проблемы, связанные с недостаточной выработкой мужского полового гормона – тестостерона [3], который вы-

полняет ряд важных функций в организме мужчины (снижение полового влечения, ослабление эрекции, снижение работоспособности, снижение костной и мышечной массы и др.). По мнению М.Н. Зильбермана и соавторов (1984), консервативное лечение в 40–70 % случаев заканчивается атрофией яичка. В работах других авторов [4, 5], оперативное вмешательство показано только при гнойно-деструктивных формах эпидидимоорхита. В.Н. Степанов и др. (2001) доказывают целесообразность раннего оперативного вмешательства при всех формах острого воспалительного процесса органов мошонки [3, 6].

Целью нашего исследования является изучение влияния острых эпидидимоорхитов на уровень тестостерона и функциональное состояние сперматозоидов, выявление причин возникновения острых эпидидимоорхитов, а также оценка эффективности лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении урологии Ошской межобластной объединенной клинической больницы. При этом изучены результаты лечения 89 больных в возрасте от 17 до 65 лет с острыми эпидидимоорхитами, находившихся на лечении с января 2010 г. по февраль 2011 г. Из них 10 больных (11,2 %) были в возрасте до 20 лет, 71 больной (79,7 %) – от 21 до 50 лет, 8 больных (8,9 %) – от 51 до 65 лет. Больным проводились общий анализ крови и мочи с посевом на чувствительность к антибиотикам и микрофлору, анализ секрета простаты, мазка из уретры и спермограммы, кровь на тестостерон и бруцеллез, по возможности УЗИ органов мошонки.

Результаты и обсуждение. Все больные поступали в экстренном порядке от одних до 12 суток от начала заболевания. Больных беспокоили припухлость мошонки и боли в яичках, усиливающиеся при движении, иногда выделения из уретры, учащенное мочеиспускание с резью, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39°C, и общими симптомами интоксикации. Острый эпидидимит (ОЭ) встречался гораздо чаще и выявлен у 43 больных (48,3 %), острый эпидидимоорхит (ОЭО) – у 39 больных (43,8 %) и острый посттравматический эпидидимоорхит – у 7 больных (7,8 %). У большинства больных в общем анализе крови выявлено ускорение СОЭ и лейкоцитоз, в моче – лейкоцитурия и протеинурия. 10 больным проведен посев мочи, где обнаружены кандиды, клебсиеллы, стафилококки и стрептококки. По результатам мазка из уретры у всех больных выявлена патогенная и условно патогенная микрофлора, а именно: гонококки обнаружены у 10 больных, трихомонады – у 20, дрожжеподобные грибки –

у 14, грамм+ кокки – у 21, гарднереллы – у 22, реже хламидии, микоплазмы, герпес, грамм– кокки, диплококки, стрептококки и лейкоциты. Часто у одного и того же больного в мазке обнаружено несколько микробных флор, т. е. смешанная инфекция. Секрет простаты взят у 39 больных и почти у всех обнаружено увеличение количества лейкоцитов, которое указывает на наличие хронического простатита. Спермограмма проведена 35 больным, при этом выявлена олигозооспермия, пиозооспермия, астенопиозооспермия, пионекрозооспермия, бактериоолигозооспермия, гемопиоолигозооспермия, в 6 случаях выявлена даже аспермия и только в 4 случаях – нормозооспермия. Проведен анализ крови на тестостерон 33 больным и в 13 случаях отмечено снижение его уровня до 0,43 ммоль/л. Реакция Райта – Хедельсона (кровь на бруцеллез) проведена 46 больным и только в одном случае оказалась положительной. УЗИ органов мошонки было проведено 10 больным.

Из общего числа обследуемых, 47 больным (52,8 %) проведено консервативное лечение. Им проведена новокаиновая блокада семенного канатика по Лорин – Эпштейну, приложен суспензорий на мошонку с мазью Вишневского, назначены антибиотики широкого спектра действия, спазмолитики, анальгетики. Оперативное лечение проведено 42 (47,1 %) пациентам. В 3 случаях произведена орхозпидидимэктомия, в 1 – орхиэктомия, в 1 – эпидидимэктомия, 2 – вскрытие абсцесса мошонки и ликвидация водянки оболочек яичка. В 35 случаях произведена орхозпидидимотомия по нашей методике.

Результаты оперативного и консервативного методов лечения были следующими. У больных перенесших своевременную операцию на фоне антибактериального лечения в более ранние сроки лечения наблюдалось улучшение общего состояния и исчезновение местных симптомов болезни, таких как болезненность и отечность мошонки, дизурические явления, снижение температуры тела, по сравнению с больными, которым было проведено консервативное лечение. При консервативном лечении с выздоровлением выписаны всего 2 (2,2 %) больных, с улучшением – 45 больных (50,5 %). Из 42 прооперированных с выздоровлением выписаны 33 больным (37 %), а с улучшением – 9 (10,1 %) больных. Также объективным критерием эффективности лечения был показатель койко-дней, уменьшение которого связано с более быстрым наступлением выздоровления у прооперированных пациентов. Средний койко-день у оперированных больных равен 8,7, а у пациентов, получавших консервативное лечение, он составил 9,9.

Таким образом, воспалительные процессы органов мошонки могут значительно снизить уровень тестостерона, что при несвоевременной коррекции может привести к серьезным осложнениям. Показатели спермограммы значительно ухудшаются вплоть до аспермии, что является одной из основных причин развития бесплодия. Острые эпидидимоорхиты чаще встречаются в репродуктивном возрасте (от 21 до 50 лет), что составляет 79,7 % от общего числа исследуемых пациентов, чему способствуют имеющиеся у них воспалительные заболевания мочеполовых органов, а именно, уретриты и простатиты. Восстановление адекватного кровообращения, снижение активности процессов воспаления, улучшение проницаемости тканей яичка для антибактериальных препаратов не представляется возможным без применения раннего оперативного метода лечения.

Литература

1. *Горюнов В.Г.* Диагностика и лечение бесплодного брака / В.Г. Горюнов и др. М., 1988. С. 214–219.
2. *Калинина С.П.* Половая функция мужчин, перенесших острый эпидидимит и леченных оперативным путем: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.П. Калинина. Л., 1991.
3. *Лопаткин Н.А.* Электрохимическое окисление крови при острых орхоэпидидимитах / Н.А. Лопаткин, И.И. Деревянко, Л.А. Нефедова // Всероссийское научное общество урологов: материалы пленума. Киров, 2000. С. 5–29.
4. *Тиктинский О.Л.* Руководство по андрологии / О.Л. Тиктинский. Л., 1990.
5. *Мак-Каллах Д.Л.* Трудный диагноз в урологии / Д.Л. Мак-Каллах. М., 1997. С. 35–55.
6. *Степанов В.Н.* Острые заболевания органов мошонки: клиника, диагностики, лечение / В.Н. Степанов, З.А. Абоев // Урология и нефрология. 2001. № 3. С. 3–8.