

# ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО СТИМУЛЮЮЧОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ЧОЛОВІКІВ З СЕКРЕТОРНИМ НЕПЛІДДЯМ

Нікіфоров О.А., Пироженко Г.Ю.

*Запорізький державний медичний університет*

В роботі наведені результати оцінки ефективності стимулюючої гормональної терапії при секреторному чоловічому неплідді. Спостерігається поліпшення кількісних та якісних показників під впливом гонадотропінів у чоловіків зі слабковираженою олігозооспермією та нормальним рівнем гонадотропінів. Також, спостережується збільшення рухливості та зменшення кількості патологічних сперматозоїдів під дією гонадотропінів при вираженій олігозооспермії. При азооспермії та вираженій олігозооспермії гормонотерапія не приводить до покращення фертильності через відсутність функціональних резервів гонад .

Чоловіче непліддя, викликане порушенням сперматогенезу, прийнято називати секреторним. Підстави зниження фертильності поділяють на тестикулярні та передтестикулярні. Перші з них включають вроджені (Синдром Клайнфельтера, делеції Y-хромосоми, крипторхізм) та набуті (радіо-та хіміотерапія, перекрут яєчка, орхіт паротитної етіології) порушення сперматогенезу. Передтестикулярні причини включають випадки гіпогонадотропного гіпогонадізму: вроджені (Синдром Кальмана), набуті (травма головного мозку, пухлина гіпофізу) та ідіопатичні форми. Незважаючи на різноманіття етіології захворювань, що призводять до секреторного непліддя, їх об'єднує порушення гормонального балансу в гіпоталамо-гіпофізарно-гонадній (ГГГ) системі. Первинні форми, викликані ураженням тканини яєчок, характеризуються низьким рівнем вмісту в крові андрогенів та високим рівнем гонадотропних гормонів. Вторинний гіпогонадізм, зумовлений недостатністю гіпофіза та (або) гіпоталамусу, відрізняється низькими показниками андрогенів та гонадотропінів. Виявлення таких порушень в процесі діагностичного пошуку визначає призначення відповідних гормональної терапії.

Метою дослідження була оцінка ефективності існуючих методів гормональної терапії, стимулюючої сперматогенез, при секреторних неплідді.

В клініці репродуктивної медицини Запорізького державного медичного університету з приводу секреторного непліддя отримували лікування 87 чоловіків у віці від – 25 до 40 років. Першу (I) групу склали 28 пацієнтів з необструктивною азооспермією з нормальним вмістом гонадотропінів у крові; II групу склали 26 пацієнтів з необструктивною азооспермією та високим вмістом гонадотропних гормонів крові; III група – 18 пацієнтів з олігозооспермією та нормальним вмістом гонадотропінів крові; IV група – 15 пацієнтів з олігозооспермією та високим вмістом гонадотропінів крові.

Обстеження пацієнтів включало визначення в динаміці вмісту тестостерону, лютеїнізуючого гормону та фолікулостимулюючого гормону в сироватці крові; аналіз еякуляту до лікування та через 75 днів після нього.

При азооспермії секреторний характер патології встановлювався на підставі патогістологічного обстеження біоптату яєчка. Пацієнти з нормальним та низьким вмістом гонадотропінів крові (I та III групи) отримували препарати гонатропінів.

Пацієнти з високим вмістом гонадотропінів крові (II та IV групи) отримували препарати тестостерону

**Результати досліджень.** В результаті проведеного лікування пацієнтів I та III груп гонадотропінами спостерігалось достовірне збільшення вмісту в крові лютеїнізуючого гормону, фолікулостимулюючого гормону та тестостерону в сировотці крові. У той же час, лікування тестостероном пацієнт II та IV груп також достовірно збільшувало концентрацію тестостерону в сироватці крові, а рівень лютеїнізуючого гормону та фолікулостимулюючого гормону достовірно знижувався. Отримані дані свідчать про адекватну корекцію гормональних порушень при секреторному неплідді, що дозволяє очікувати адекватних змін сперматогенезу та, як наслідок, нормалізації показників спермограми.

Стимулюючий ефект гонадотропінів в разі азооспермії у пацієнтів I групи відсутній: в усіх випадках після лікування діагностована азооспермія.

В результаті проведеного лікування гонадотропінами пацієнтів III групи статистично значущі зміни зазнали такі якісні показники еякуляту, як вміст рухливих сперматозоїдів та процент сперматозоїдів з нормальною голівкою. Стимулюючий вплив на концентрацію сперматозоїдів менш виражено та не має достовірного характеру.

Стимулюючий ефект тестостерону при азооспермії, як і вразі з гонадотропінами, відсутній. Отримані результати відповідають даним інших авторів, що свідчить про низьку ефективність стимуляції сперматогенезу при азооспермії. Достатню ефективність має тільки лікування гонадотропінами пацієнтів з олігозооспермією з нормальним або низьким вмістом лютеїнізуючого гормону та фолікулостимулюючого гормону в сироватці крові. Низьку ефективність гормонального лікування секреторного непліддя при азооспермії та вираженій олігозооспермії можливо інтерпретувати визначальним впливом інших факторів негормональної природи. Найбільш ймовірними причинами порушення сперматогенезу в таких випадках являються генетичні порушення, здатні змінити чутливість структур гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи до відповідної гормональної стимуляції, а також зумовити зміни гормонального балансу та непліддя чоловіків.

#### **Висновки:**

1. Гормональні порушення у чоловіків з секреторним непліддям піддаються корекції.

2. Покращення кількісних та якісних показників еякуляту нами відмічено у пацієнтів III групи (олігоастенозооспермія та нормальний рівень гонадотропних гормонів)

3. У хворих з азооспермією та вираженою олігозооспермією (I, II групи) – на фоні гормональної терапії бажаний ефект не був досягнутий та не призводить до покращення фертильності через відсутність функціональних резервів гонад.

4. Призначення андрогенів у випадках з первинним гіпогонадізмом показано з метою регуляції гормонального балансу та корекції сексуальної, анаболічної функції.

**Ключові слова:** чоловіче неплоддя, гормонотерапія.

#### **Література:**

1. Vermeulen A., Comhaire F. Hormonal effects of an antiestrogen, tamoxifen, in normal and oligospermic men // Fertil. Steril.-1978.- Vol. 29.-P. 320-327.
2. Mesterolone and idiopathic male infertility: a double-blind study. World Health Organization Task Force on the Diagnosis and Treatment of Infertility // Int. J. Androl. 1989.1974.-Vol. 12. -P. 254-264.
3. Comhaire F.H. Conventional treatment of oligo-asthenoteratozoospermia. – Vienna: Blackwell, 1992. – P. 115–123.
4. Fehm H.L., Clausing J., Kern W. et al. Sleep-associated augmentation and synchronization of luteinizing hormone pulses in adult men // Neuroendocrinology. 1991. – Vol. 54. – P. 192-195.

### **КІЛЬКІСНИЙ ВМІСТ ІЛ-10 В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ОПЕРІЗУВАЛЬНИЙ ГЕРПЕС ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ TLR 2 ТИПУ (RS 5743708)**

Онiщенко Н.В., Рябокoнь О.В., Онiщенко Т.Є.  
*Запорiзький державний медичний унiверситет*

Захворюваність на оперізувальний герпес в Канаді, Японії, Тайвані, США серед загального населення становить від 3,4 до 5,0 випадків на 1000 населення, віком більше 65 років – від 8,0 до 11,0 на 1000 населення. В країнах Європи цей показник становить близько 2,0-4,6 випадків на 1000 населення щорічно. Частота рецидивуючого перебігу оперізувального герпесу складає близько 14 випадків на 1000 населення, а смертність коливається від 0,017 до 0,465 випадків на 100000 населення щорічно. Останнім часом все частіше реєструється тяжкий перебіг оперізувального герпесу з розвитком ускладнень у імунокомпетентних осіб молодого та середнього віку. Лише близько 3 % пацієнтів госпіталізуються, що призводить до несвоєчасного призначення етіотропного лікування, тяжкого перебігу захворювання та розвитку ускладнень.

**Мета роботи** – з'ясувати залежність кількісного рівня інтерлейкіну 10 від поліморфізму гену тол-подібного рецептору 2 (rs 5743708) у хворих на оперізувальний герпес.

**Матеріали і методи.** В дослідження включено 50 хворих на оперізувальний герпес, віком від 27 до 85 років, в середньому 66,5 [55,0; 77,0] роки. Серед госпіталізованих чоловіків було 19 (38,0 %), жінок – 31 (62,0 %). Середньотяжкий перебіг захворювання реєструвався у 35 (70 %) пацієнтів, тяжкий – у 15 (30 %). Всім пацієнтам були проведені традиційні клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження. Всі хворі мали негативний результат дослідження крові на антитіла до вірусу імунодефіциту людини. Всі пацієнти включені в дослідження за випадковою ознакою та інформованою