

**Васкулогенные механизмы защиты тестикулярной ткани****А.А.Артюхин**

ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Васкулогенные причины повреждения тестикулярной ткани являются ведущими в развитии секреторных форм мужской infertility.

Известна исключительная чувствительность и высокая повреждаемость герментативного эпителия в результате действия гемодисциркуляторных факторов, как ишемического, так и гиперемического характеров.

Проведенные комплексные морфолого-экспериментальные исследования на изолированных анатомических комплексах позволили открыть анатомическое образование сложной морфологической структуры, названное нами «Межсистемное слияние артерий яичка» (МСАЯ). Этот анастомоз постоянно встречается в области перехода хвоста придатка в извитой отдел семявыносящего протока и представляет из себя соединение терминальных отделов ветви I порядка яичковой артерии (придатковой артерии, артерии хвоста или тела придатка), артерии семявыносящего протока и кремастерной артерии. МСАЯ встречается в двух анатомических вариантах: 1. вариант «полного сосудистого кольца»; 2. вариант «неполного сосудистого кольца (полукольца)».

Мошоночный отдел кремастерной артерии имеет две принципиальные особенности строения: а). наличие ветвей I порядка возвратного типа (с наличием крутого колена и изменения хода направления); б). наличие спиралевидного завитка сосуда (своеобразной расправляющейся пружины при резком повышении внутрисосудистого давления).

Таким образом, МСАЯ является главным морфологическим субстратом, обеспечивающим дополнительное поступление артериальной крови к ткани яичка из бассейнов артерии семявыносящего протока и кремастерной артерии при гипоксии половой железы, с одной стороны, и сброс крови в указанные сосуды в состоянии активной гиперемии, с другой. Особенности строения терминального отдела кремастерной артерии позволяет рассматривать ее, как «сосуд-адаптор», обеспечивающий основную нагрузку по депонированию артериальной крови и стабилизации внутрисосудистого давления.

Описанное выше, позволяет говорить о существовании «артериальной буферной системы яичка» - универсального сосудистого механиз-

ма защиты сперматогенеза от дисгемоциркуляторных патогенных факторов.

**Лечение секреторных форм бесплодия способом непря-  
мой (кремастерной) реваскуляризации половых желез в соче-  
тании с регионарной эндартериальной лекарственной тера-  
пией**

**А.А.Артюхин**

ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва

Основываясь на открытии « Межсистемного слияния артерий яичка» (МСАЯ), нами разработан и внедрен новый способ лечения тяжелых форм секреторного бесплодия, который преследует цель улучшения кровоснабжения яичка через бассейн кремастерной артерии. Это реализуется путем проведения курса внутриартериальной лекарственной терапии препаратами сосудистого и тканевого действия (реополиглукин, трентал, курантил, никотиновая кислота, аскорбиновая кислота и др.), вводимыми по хронической артериальной фистуле, наложенной на нижнюю эпигастральную артерию, выше места отхождения от нее кремастерной артерии – «Регионарная эндартериальная лекарственная терапия (РЭЛТ). После окончания лекарственного курса производится эмболизация проксимального отдела нижней эпигастральной артерии по отработанной методике. Достигается стабильное увеличение тестикулярного кровотока за счет кремастерной артерии – « Непрямая (кремастерная) реваскуляризация яичка» (НРЯ).

В клинике прошли лечение 40 больных со среднетяжелыми и тяжелыми степенями нарушения спермиогенеза. Сроки наблюдения пациентов составили от 0,5 до 7,5 лет. Установлено, что оптимальное количество внутриартериальных лекарственных инфузий на курс лечение составляет от 8 до 12 вливаний (в среднем -10). Эффективность лечения обратно пропорциональна исходной степени гипоспермиогенеза, т.е. наилучшие результаты получены при лечении олигозооспермий 2-3 степеней.

В 80% случаях удалось добиться стабильной позитивной спермиологической динамики. У жен 8 пациентов наступили беременности в естественном цикле, в 6 случаях завершившиеся рождением здоровых доношенных детей.