

В сперматозоидах пациентов капсиды вируса простого герпеса (ВПГ) выявлены в 298 образцах (40%), в 194 образцах (26%) уровень инфицирования превышал 5%. В 263 (21%) образцах капсиды ВПГ обнаруживали в сперматозоидах нормальной морфологии. В образцах эякулята 30 доноров капсиды ВПГ выявлены у 5 (17%), множественности заражения не выше 5%. Наличие ВПГ в подвижных сперматозоидах нормальной морфологии было доказано с помощью ультраструктурных, иммунохимических и вирусологических методов исследований. После проведения специфической антигерпетической терапии капсиды ВПГ не обнаружили в сперме 18 из 26 обследованных после лечения пациентов. У 8 пациентов количество инфицированных сперматозоидов снизилось до 2–4%.

**Заключение.** Методом ЭМИС в эякуляте инфертильных пациентов выявлено бактериальное и внутригаметное вирусное инфицирование.

## **Влияние онкологической патологии на фертильность**

*Владыченко К. А.*

*Медицинский центр лечения бесплодия,*

*Буковинский государственный медицинский университет,*

*г. Черновцы, Украина*

В структуре онкологической патологии отмечается тенденция к росту числа больных более молодого возраста. При установлении данного диагноза лечение пациента требует применения лучевой, химио-, иммуно-, гормонотерапии. Эти методы приводят к повреждению герминативного эпителия, часто необратимого характера. Значительное количество составляют больные репродуктивного возраста, не имеющие детей. При благоприятном прогнозе для жизни у данной группы пациентов актуальным является восстановление репродуктивной функции. По международной классификации ВОЗ, бесплодие у онкологических больных, получающих специфическую терапию, не выделяется и рассматривается как ятрогенное или приобретенное поражение яичек. Пациентам репродуктивного возраста с верифицированным онкологическим заболеванием, желающим иметь детей, рекомендовано проведение криоконсервации эякулята. При течении заболевания с опухолевыми процессами происходит прекращение импульсной секреции ЛГ, снижение концентрации общего и свободного

тестостерона, превалирование катаболических процессов. Общеизвестно, что лучевая терапия в низких дозах меньше влияет на сперматогенез, чем химиотерапия. Если стволовые клетки герминогенного эпителия не повреждены, то через 60–70 дней в эякуляте появляются сперматозоиды (Акопян А. С., Корякин М. В., Резниченко А. Г., 2010). Установлено, что фракционирование дозы облучения увеличивает повреждение стволовых клеток герминогенного эпителия. При лучевой терапии экранирование яичек позволяет уменьшить их повреждение, но рассеянная доза облучения (около 2% от общей) довольно часто превышает порог угнетения сперматогенеза. Химиотерапия приводит к повреждению ДНК сперматогоний. Например, андриамицин, винкристин, метотрексат вызывают необратимую азооспермию у 16 % больных подросткового возраста. При назначении препарата цисплатин азооспермия возникает у 37 % больных подросткового возраста. Проведение курса лечения циклофосфамидом или прокарбазином приводит к бесплодию в 68 % случаев. Риск необратимой азооспермии увеличивается при комбинации лучевой и химиотерапии. За последние годы криоконсервация сперматозоидов становится все более распространенной процедурой. В специализированных центрах репродукции сперматозоиды для криоконсервации, кроме обычных путей, при необходимости можно получить с помощью микрохирургических технологий (TESA, PESA, MESA). Разговор с больным о криоконсервации сперматозоидов происходит на фоне тяжелого психологического состояния. Поэтому рекомендуется не включать в эту программу пациентов с неопределенной перспективой выживания (IV клиническая группа). В то же время признается, что криоконсервация сперматозоидов некоторой степени может психологически поддержать больного. Во многих странах данная процедура включена в стандарты лечения онкологических больных репродуктивного возраста. Специалисты медицинского центра лечения бесплодия г. Черновцы (Украина) имеют опыт работы с больными онкологической патологией. Проводится криоконсервация сперматозоидов пациентов данной группы. У пациента III клинической группы есть здоровый ребенок, родившийся после программы ICSI. У пациентов фертильного возраста с благоприятным прогнозом выполнение криоконсервации сперматозоидов и вспомогательные репродуктивные технологии помогают реализовать планы супружеской жизни, улучшают медико-социальную адаптацию и качество жизни. Необходимо оптимизировать протоколы оказания медицинской помощи больным с онкологической патологией с учетом прогностического выживания больных и возможного планирования семьи.