



В. Е. Мирский, С. В. Рищук

РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ АНДРОЛОГИИ

(организационно-клинические аспекты)



Санкт-Петербург
СпецЛит

**Владимир Ефимович Мирский
Сергей Владимирович Рищук
Руководство по детской и
подростковой андрологии
(организационно-
клинические аспекты)**

*http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=10254124
Руководство по детской и подростковой андрологии:
ISBN 978-5-299-00380-2*

Аннотация

Мужское бесплодие напрямую связано с высокой распространенностью детской андрологической патологии в России. Однако факторы и причины возникновения андрологических заболеваний у маленьких пациентов, а также вопросы организации андрологической службы изучены недостаточно полно.

Данное руководство написано сотрудниками СевероЗападного института андрологии, в котором изучение распространенности, клинических проявлений, способов лечения андрологических заболеваний и организации андрологической службы ведется уже более 10 лет.

В книге подробно рассмотрены андрологические заболевания, методы их диагностики, лечения и профилактики. Особое внимание уделено эндокринной патологии, влияющей на репродуктивную функцию будущих мужчин, а также важнейшим вопросам организационного плана.

Руководство будет полезно педиатрам, организаторам здравоохранения, узким специалистам в детском поликлиническом звене и всем тем, кто интересуется современными проблемами андрологии.

Содержание

Условные сокращения	5
ВВЕДЕНИЕ	8
Глава 1 АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	21
Конец ознакомительного фрагмента.	57

**Владимир Мирский,
Сергей Рищук**
**Руководство по детской и
подростковой андрологии
(организационно-
клинические аспекты)**

Условные сокращения

АГ	— антигены
АМГ	— антимюллеров гормон
АТ	— антитела
АТ к МФ	— антитела к микросомальной фракции
АТ к ТГ	— антитела к тиреоглобулину
АТ к ТПО	— антитела к тиреопероксидазе
АТФ	— аденозинтрифосфат
АФ	— активная фаза
ВЗОМТ	— воспалительные заболевания органов малого таза
ГнРГ	— гонадотропин-рилизинг гормон
ДГТ	— дигидротестостерон
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота
ДЭА	— дегидроэпиандростерон
Е ₂	— эстрадиол
ЕИЦ/мл	— единица изменения цвета в миллилитре пробы
Ж(-)М(-)	— пара с отсутствием признака у обоих партнеров
Ж(-)М(+)	— пара с наличием признака только у мужчины
Ж(+)М(-)	— пара с наличием признака только у женщины
Ж(+)М(+)	— пара с наличием признака у обоих партнеров
ЗПР	— задержка полового развития
ИЛ	— интерлейкин
ИФ	— интерферон
ИФА (EIA, ELISA)	— иммуноферментный анализ
кДа	— килодальтон
КОЕ/мл	— колониеобразующая единица в миллилитре пробы
КРФ	— клеточный разъединяющий фактор
ЛГ	— лютеинизирующий гормон
ЛПС	— липополисахариды
ЛФ	— латентная форма
ЛЦР (LCR)	— лигазная цепная реакция
МНС	— локус главного комплекса гистосовместимости у мышей
НГУ	— негонококковый уретрит
НИФ	— непрямая иммунофлюоресценция
ПЗОР	— прогностическое значение отрицательного результата
ПЗПР	— прогностическое значение положительного результата
ПИФ	— прямая иммунофлюоресценция
ССГ	— стероидсвязывающий глобулин
ПРЛ	— пролактин
ПТ	— промежуточные тельца
ПЦР (PCR)	— полимеразная цепная реакция
РАГА	— реакция агрегатгематглютинации

РИМ	– реакция ингибции метаболизма
РИФ	– реакция иммуофлюоресценции
РНК	– рибонуклеиновая кислота
иРНК	– рибонуклеиновая кислота (информационная)
рРНК	– рибонуклеиновая кислота (рибосомальная)
РПГА	– реакция пассивной гемагглютинации
РСК	– реакция связывания комплемента
РТ	– ретикулярные тельца
СТГ	– соматотропин
Т	– тестостерон
Т ₃	– трийодтиронин
Т ₄	– тироксин
ТАНК	– тесты амплификации нуклеиновых кислот
ТТГ	– тиреотропный гормон
УФОК	– ультрафиолетовое облучение крови
ФИТЦ	– флюоресцеина изотиоцианат
ФНО	– фактор некроза опухолей
ФСГ	– фолликулостимулирующий гормон
ХГЧ	– хорионический гонадотропин человека
ХИУ	– хронический инфекционный уретрит
ХМ	– хронический микоплазмоз
ХТ	– хронический трихомониаз
ХУГМ	– хронический урогенитальный микоплазмоз
ХУГТ	– хронический урогенитальный трихомониаз
ХУГХ	– хронический урогенитальный хламидиоз
ЦТЛ	– цитотоксические лимфоциты
ЭТ	– элементарные тельца
17-ОН-ПРТ	– 17-гидроксипрогестерон
α-TGF	– α-трансформирующий фактор роста
EGF	– эпидермальный фактор роста
FGF	– фактор роста фибробластов
HLA	– локус главного комплекса гистосовместимости у человека
HPV	– <i>Papillomavirus</i>
ICSI	– (IntraCytoplasmic Sperm Injection) – интрацитоплазматическая инъекция единственного сперматозоида в яйцеклетку
IgA	– иммуноглобулины класса А
IgG	– иммуноглобулины класса G
<i>Ch. trachomatis</i>	– <i>Chlamydia trachomatis</i>
<i>M. genitalium</i>	– <i>Mycoplasma genitalium</i>
<i>M. hominis</i>	– <i>Mycoplasma hominis</i>
<i>M. incognitus</i>	– <i>Mycoplasma incognitus</i>
<i>M. pneumoniae</i>	– <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
<i>T. vaginalis</i>	– <i>Trichomonas vaginalis</i>
<i>U. urealyticum</i>	– <i>Ureaplasma urealyticum</i>

ВВЕДЕНИЕ

Сложная демографическая ситуация, возникшая в нашей стране в конце прошлого века, во многом обусловлена низким репродуктивным потенциалом молодежи, вступающей в семейную жизнь. Состояние здоровья людей фертильного возраста закладывается с первых дней жизни. Именно в детстве начинают развиваться многие общесоматические заболевания, болезни половых органов, формируется репродуктивное сознание будущих родителей. Трудно ожидать, что от больных родителей родится здоровый ребенок. Возникает замкнутый круг: больные дети – больная молодежь – больные родители – больные дети (Юрьев В. К., 2002). Следовательно, одной из важнейших задач здравоохранения является необходимость разорвать этот круг. Только тогда можно ожидать рождения здорового поколения.

В современных условиях охрана репродуктивного здоровья приобретает очень большое значение. Так как многие органические и функциональные нарушения со стороны органов репродукции дебютируют в детском возрасте, можно сделать вывод, что биологические и социальные основы, формирующие репродуктивное здоровье, закладываются в период детства и полового созревания.

Условия и образ жизни являются главными факторами, определяющими процесс формирования репродуктивного

потенциала подростков. Особую значимость они приобрели в период социально-экономического кризиса, который переживает страна. Изменения, произошедшие в обществе, отразились в смене стереотипов поведения в подростковой среде: снизилась заинтересованность молодежи в занятиях спортом, отсутствуют необходимые знания и социальные мотивации для сохранения и укрепления собственного здоровья. В то же время получили широкое распространение такие вредные привычки, как курение, употребление алкоголя и наркотических средств, возросла частота сексуальных добрых отношений. Нарушение экологии в различные периоды развития ребенка влечет за собой риск возникновения заболеваний репродуктивной системы и нарушений полового развития. В связи с этим экологическая обстановка в ряде регионов страны вызывает обеспокоенность и тревогу. Отсутствуют единые научно обоснованные подходы к гигиеническому и половому воспитанию в семье и в образовательных учреждениях. В стране начал складываться резко суженный характер воспроизводства населения, когда каждое поколение рожившихся малочисленнее поколения своих родителей и не восполняет убыли. Такие неблагоприятные общественные тенденции, как снижение уровня жизни и благосостояния семей, отсутствие финансовой и политической стабильности, неэффективность государственных экономических мер поддержки семьи и стимуляции рождаемости, привели к тому, что особенно в городах преобладают семьи,

в которых воспитывается один ребенок. По данным официальной статистики, число таких семей достигает 67 % от общего количества семей с детьми. Число бесплодных браков в России достигает 20 %. Сегодня частота разводов начала приближаться к частоте вновь заключенных браков, на фоне сниженной рождаемости растет число внебрачных детей. В 2007 г. в Санкт-Петербурге вне брака рожден каждый третий ребенок. При этом существенно страдает традиционно считающийся в России сильным институт брака. В этой ситуации особое значение приобретает прогрессивное параллельное ухудшение репродуктивного здоровья российского населения, выступающее в качестве отягощающего фактора.

В настоящее время нет определения предмета и задач одного из разделов науки о половой сфере – педиатрической андрологии (Окулов А. Б., 1990). Нет общепризнанной классификации поражений органов мужской репродуктивной и копулятивной систем, что затрудняет поиск информации, необходимой для научных исследований по изучению распространенности этой патологии. Нет четких диагностических программ и установок в области лечения поражений этих сложных систем. Нередко применяются неадекватные методы лечения, в том числе хирургические, что приводит к росту ятрогенной патологии. Знания врачей в области педиатрической андрологии явно недостаточны. Этот раздел практически отсутствует в учебных программах медицинских вузов. В программах последипломного обучения не от-

работана система диспансеризации, не разрешены организационные и юридические вопросы. В связи с этим необходимо определить место педиатрической андрологии в системе современных медицинских наук.

Многие комплексные медико-социальные исследования, направленные на изучение репродуктивного здоровья девочек – будущих матерей, способствовали созданию системы охраны здоровья девочек в связи с их будущим материнством и организации детской гинекологической службы.

Однако репродукция – двуединая система, или функция, непосредственно связанная как с женским, так и с мужским организмом (Артюхин А. А., 1997). В России действует развитая система мер профилактики и лечения нарушений репродуктивного здоровья у женщин с соответствующей инфраструктурой и производственной базой. Развивается амбулаторно-поликлиническая помощь по детской гинекологии, существуют отделения детской гинекологии в составе крупных детских клинических больниц. Таким образом, в стране завершается создание стройной системы охраны репродуктивного здоровья девочек. При этом система аналогичных мер в отношении подрастающего поколения мужчин явно отстает. В результате число заболеваний, прямо или опосредованно влияющих на органы репродукции мужчин, неуклонно растет. Причем наиболее проблемная ситуация сложилась сегодня с мальчиками и юношами-подростками: около 60 % заболеваний детского и подросткового возраста

могут представлять угрозу фертильности. Система детской андрологии на сегодняшний день в лечебно-профилактических учреждениях представлена крайне мало. Поэтому возникает необходимость проведения неотложных медико-социальных и организационных мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи детскому населению по профилю «детская андрология и профилактическая репродуктология».

Однако исследований в области медико-социальных аспектов репродуктивного здоровья мальчиков как будущих отцов практически нет. Несмотря на некоторую стабилизацию репродуктивно-демографических процессов мужского населения в России, в современных социально-экономических условиях тенденция к улучшению этих показателей формируется очень медленно. Отмечена также достоверная тенденция к снижению качества отцовства. При этом в инфраструктуре показателя потенциально возможного отцовства наибольшую долю занимают мужчины с несостоявшимся отцовством (69,1 %). Случаи отказа мужчин-отцов от родившегося ребенка имеют достоверную тенденцию к росту. Ситуация усугубляется тем, что эти данные ориентированы на период регистрации отказа от отцовства, а на момент зачатия показатели еще выше. В структуре состоявшегося отцовства доля мужчин-отцов, имеющих детей с андрологической патологией и с высокой степенью риска с рождения, составляет 52,5 %.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации в стране изучение репродуктивного здоровья мальчиков приобретает как медицинский, так и социальный аспект. Актуальность проблемы обусловлена, прежде всего, мужским бесплодием, причины которого следует искать в детском и подростковом периодах.

Известно, что более 15 % супружеских пар являются инфертильными, а количество семей, имеющих меньше детей, чем они желали бы, не поддается точному учету. Мужской фактор в бездетном браке имеет тенденцию к росту и составляет, по данным отечественных и зарубежных авторов, 40 – 60 % (Хадсон Б. [и др.], 1996; Михайличенко В. В., 2003). Нередко патология, являющаяся причиной развития мужского бесплодия, вовремя не диагностируется, не лечится и к моменту вступления в репродуктивную фазу практически не поддается коррекции (Deshamps J. P., Pommier J., 1996; Мирский В. Е., 2006). ВОЗ считает проблему фертильности одной из важнейших проблем современной науки, где регулированию рождаемости и созданию условий для воспроизводства здорового потомства уделяется большое внимание.

Бесплодие в браке – это практически всегда социальное, психическое, а иногда и физическое неблагополучие. Так, психическое неблагополучие проявляется уменьшением стабильности высших отделов центральной нервной системы, снижением интереса к окружающей среде и работе, возникновением комплекса неполноценности, психосексуальными

расстройствами и неустойчивостью семейных отношений. При этом подобные нарушения имеют значение не только для самих лиц, состоящих в бесплодном браке, но и оказывают влияние на общество в целом, способствуя увеличению числа разводов, снижению социальной активности этой части населения. О психическом неблагополучии мужчин, страдающих бесплодием, свидетельствует большое количество работ, посвященных этой проблеме. Осознание потребности иметь детей естественно для человека. Бесплодие становится причиной хронического психологического дистресса, а в ряде случаев и депрессии.

Для достижения репродуктивного здоровья подростков, по мнению ВОЗ, необходимы «понимание всеми ключевыми группами общества, включая молодежь, физических, психологических и социальных аспектов репродуктивного здоровья подростков, внедрение политики и программ, наиболее полно отвечающих нуждам подростков...» (ВОЗ, Европейский региональный отдел, 1999).

Официальное признание детская андрологическая амбулаторно-поликлиническая помощь получила с выходом приказа Минздрава России от 05.05.1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», который параллельно с передачей подростков в детские поликлиники предусматривает усиление специализированной помощи приемами специалистов по вопросам репродуктивного здоровья, в том числе андрологами.

По мере развития научной и клинической медицины отчетливо прослеживается тенденция все более возрастающей специализации и самоопределения ее отдельных областей. Примером этого может служить андрология.

В широком смысле слова андрология – это наука о мужчине. Андрологию можно считать одной из древнейших медицинских наук, берущих начало еще от Гиппократата. Наиболее распространен традиционный подход, согласно которому андрология представляет собой составную часть урологии, так как предметом ее являются прежде всего болезни мужской половой сферы. Первая в России андрологическая клиника была открыта профессором Ф. И. Синицыным в 1877 г. на базе клиники мочеполовых болезней медицинского факультета Московского университета. Со временем рядом андрологических заболеваний стали заниматься другие специалисты. Рост числа андрологических пациентов вызвал заметное повышение интереса к ним со стороны представителей различных медицинских и биологических наук: дерматовенерологов, эндокринологов, иммунологов, генетиков и др.

В зарубежных странах развитие андрологии имело ряд отличительных особенностей. Так, в Германии эта наука выделилась из дерматовенерологии.

Большинство отечественных и зарубежных исследователей подчеркивают необходимость комплексного междисциплинарного подхода к андрологии, учитывающего как медицинские (урологические, эндокринологические, иммуноло-

гические и др.), так и социально-психологические аспекты заболеваний мужского организма. При этом можно признать справедливым утверждение В. Г. Горюнова (1993), что важные направления в лечении заболеваний органов мужской репродуктивной системы остаются в сфере урологии, так как возможны только на ее методологическом базисе, клиническом опыте и сформированной оперативной технике. Исследователи считали целесообразным готовить квалифицированных детских урологов-андрологов из специалистов, ранее работавших в области общей урологии (Окулов А. Б. [и др.], 1990; Лопаткин Н. А. [и др.], 1993). В связи с этим в работах, освещающих вопросы организации медицинской помощи пациентам с патологией мужских половых органов, обосновывается целесообразность оказания андрологической помощи детям в рамках педиатрической урологической помощи.

В последние годы в условиях социально-экономического кризиса в России наблюдается резкое ухудшение большинства медико-демографических показателей среди населения страны. С конца 80-х – начала 90-х гг. XX в. в России в целом и в Санкт-Петербурге в частности регистрировалось постоянное снижение уровня рождаемости и рост смертности. Уровни отрицательного естественного прироста (убыли) населения все более увеличивались. С 1987 по 1996 г. в России родилось почти на 6 млн детей меньше, чем за 10 предыдущих лет. Количество молодых людей за этот же период со-

кратилось на 3 млн человек. Стало наблюдаться снижение доли лиц детского и юношеского возраста в общей структуре населения. Рождаемость неуклонно снижалась и в отдельных регионах достигала рекордно низких цифр. Общий коэффициент рождаемости достиг беспрецедентного минимума – 8,3 в 1999 г., а затем начал повышаться, достигнув в 2003 г. величины 10,2. В этих условиях особое значение имело бы принятие действенных мер по оптимизации и увеличению рождаемости в стране на всех уровнях (государственном, региональном, ведомственном и т. д.), однако этого не происходило. Госкомстат РФ, следуя, очевидно, старой советской традиции, уже в январе 2003 г. поспешил объявить это ничтожное повышение, причем всего за 3 года, «устойчивой тенденцией». И напрасно поспешил. Для такого утверждения не было никаких научных оснований. И потом, разница между 8,3 и 10,2 невелика. Подобное «повышение» ни в малейшей степени не подвигает нас к решению демографической проблемы в стране. В целом, за 1999 – 2003 гг. общий коэффициент рождаемости в России повысился на 22,9 %. Однако разложение структуры общего коэффициента по факторам показывает, что на реальное повышение уровня рождаемости приходится лишь 12,3 % (т. е. 53,7 % общего повышения, если его принять за 100 %), а 10,6 % (или 46,3 % общего повышения, т. е. почти половина) обусловлено изменением возрастной структуры населения.

Первый год, когда можно говорить о какой-то тенденции

к увеличению рождаемости, – 2007 г. В Санкт-Петербурге рождаемость повысилась на 7 %. Несмотря на это увеличение, Санкт-Петербург по этому показателю занимает одно из последних мест среди всех субъектов Российской Федерации. В течение 1994 – 2003 гг. показатель рождаемости в среднем по России был выше, чем по Санкт-Петербургу, на 17 – 30 %. Показатель младенческой смертности за последние годы имеет выраженную тенденцию к снижению. В 1997 г. в Санкт-Петербурге зарегистрирован самый низкий уровень младенческой смертности среди всех субъектов Российской Федерации. С 2003 г. показатель младенческой смертности в Санкт-Петербурге продолжает занимать одно из последних мест среди всех субъектов Российской Федерации. Уровень материнской смертности в городе за последние 15 лет был самым низким в 2003 г.

По данным экспертов ВОЗ, около половины бесплодных браков обусловлены мужским бесплодием, успехи в лечении которого более чем скромные. Бесплодные браки – это не только важнейшая медицинская проблема (которая в большей степени поставлена и изучается), но и социально-экономическая, а также морально-психологическая. Как показывает ряд исследований, в бездетных семьях нередко отмечается нездоровый психологический климат, имеет место чувство душевного дискомфорта, что отражается на общем уровне здоровья и благополучия супругов. В связи с этим повсеместно наблюдается снижение количества браков. Около

70 % разводов приходится на молодые семьи. Уже складывается демографическая ситуация, существенно сказывающаяся на темпах социально-экономического развития.

Другим аспектом проблемы является то, что андрологическая патология нередко является причиной различных сексуальных нарушений. Они, в свою очередь, приводят к формированию комплекса неполноценности, психическим нарушениям той или иной выраженности, нестабильности семейных отношений. На фоне общего падения рождаемости растет число внебрачных детей. Особое значение в этой ситуации приобретает параллельное прогрессивное ухудшение репродуктивного здоровья российского населения, выступающее в качестве отягощающего фактора (Юрьев В. К. [и др.], 2000).

Следует отметить, что если детская гинекологическая служба получила свой социальный статус, то единая андрологическая служба (и детская, в частности) вообще отсутствует, и высказываются лишь различные мнения о возможности ее развития и воплощения в жизнь. К сожалению, проблема охраны репродуктивного здоровья мальчиков только начала находить свое практическое воплощение как в программных и распорядительных документах органов здравоохранения, так и на практике. Система аналогичных мер в отношении подрастающего поколения мужчин отсутствует и специально не рассматривается. Однако следует отметить, что именно в детском возрасте, в период социализации ин-

дивида, закладывается основа будущего сексуального поведения, формируются репродуктивные установки, отношение к своему будущему потомству.

В 1995 г. в Санкт-Петербурге впервые в России был создан Детский андрологический диспансер, который в дальнейшем стал одним из отделений Северо-Западного института андрологии. По данным института, частота андрологической патологии, выявленной при скрининговых осмотрах более 200 тыс. школьников мужского пола, в условиях городов и областных регионов Северо-Запада высока и составляет 167,8 ‰ среди всех осмотренных (Мирский В. Е., 2005).

Настоящее руководство подготовлено с учетом возросшего в последние годы интереса к андрологическим заболеваниям у детей и подростков. Наиболее подробно рассматриваются вопросы, связанные с регуляцией репродуктивно-половой системы, лабораторной диагностикой и лечением андрологических заболеваний, вызванных скрытыми инфекциями. Особое внимание уделяется факторам риска возникновения андрологической патологии и организационным основам андрологической службы для детей и подростков.

Глава 1 АНАТОМО- ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Дети и подростки составляют значительную и наиболее перспективную часть нашего общества. В период выраженного демографического спада, переживаемого Россией, их здоровье приобретает особую ценность.

Отечественное здравоохранение считает детьми лиц в возрасте от 1 года до 12 лет, а подростками лиц от 13 до 16 лет. Если определение детского возраста особенных дискуссий не вызывало, то понятие *подростковый возраст* компетентными отечественными специалистами давно научно обосновано. Международными экспертами на совещании ВОЗ в 1974 г. было дано определение подросткового возраста как периода, в течение которого:

- 1) завершается половое развитие от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости;
- 2) психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослых;
- 3) происходит переход от полной социально-экономиче-

ской зависимости от взрослых к относительной независимости.

Основываясь на изложенных принципах, комитет экспертов ВОЗ предложил считать подростками лиц в возрасте от 10 до 20 лет, что и принято сейчас во всем мире. Таким образом, подростковый возраст включает в себя два чрезвычайно важных периода: пубертатный – от начала появления вторичных половых признаков до обретения способности к эффективному выполнению репродуктивной функции (от 10 до 15 лет) и этап социального созревания, когда молодой человек избирает профессию и овладевает ею (от 16 до 20 лет). Подросток в возрасте от 14 до 18 лет, обратившийся за медицинской помощью с показаниями к дальнейшему динамическому наблюдению, выпадает из поля зрения педиатров, так как возраст 14 лет выводит его из-под наблюдения детской поликлиники. Терапевта же взрослой поликлиники он не интересуется, поскольку ему еще не исполнилось 18 лет. Такая позиция медицинских работников приводит к тому, что у мальчиков в возрасте 14 – 16 лет пропускается большое количество андрологической патологии, которую можно диагностировать на более ранней стадии.

Важно еще раз подчеркнуть, что от здоровья подростка мужского пола зависит здоровье мужчины во все последующие возрастные периоды, включая зрелость и старость. Поэтому, чем раньше патология будет выявлена и устранена, тем более здоровым будет общество.

Как отмечает И. А. Аршавский, «физиологическая зрелость – это соответствие физиологического возраста календарному; физиологическая незрелость – это ретардированное несоответствие физиологического возраста своему календарному возрасту». Важная особенность пубертатного периода – возникновение у части подростков несоответствия между биологическим и календарным возрастом.

При оценке физиологической зрелости проверяют соответствие индивидуального биологического возраста типичным характеристикам календарного возраста. Существует также тесная связь между скелетной зрелостью и стадиями полового развития.

Для наиболее глубокого понимания работы репродуктивно-половой системы у детей и подростков необходимо учитывать анатомические и физиологические аспекты половых органов мужчины с некоторыми их особенностями в детском и подростковом возрасте.

Половые органы мужчин анатомически делятся на внутренние и наружные. К внутренним относятся яички, придатки яичек, семявыносящие протоки, бульбоуретральные железы, предстательная железа и семенные пузырьки. К наружным – половой член и мошонка.

Половой член (*penis*) имеет три пещеристых тела: два парных (*corpora cavernosae*) и одно непарное (*corpus spongiosum penis* *S. corpus cavernosum urethralis*). Эти части совместно окутываются фасцией полового члена и кожей.

Два пещеристых тела заканчиваются сзади двумя ножками, покрытыми оболочкой (*tunica albuginae*). Посредством этой оболочки они связаны с лонной костью. Сверху ножки покрываются седалищно-пещеристой мышцей. Кпереди от лобкового симфиза пещеристые тела и губчатое тело сходятся вместе и прикрепляются к нему поддерживающей связкой и подвижной пращевидной связкой, охватывающей основание полового члена в виде петли. В этом месте заканчивается фиксированная часть члена, которая переходит в подвижный висячий отдел. Между двумя пещеристыми телами находится перфорированная перегородка. Кровоснабжение пещеристых тел осуществляется неособобленно. От фасции идут многочисленные перегородки и «балочки» внутрь пещеристых тел. Сама пещеристая ткань напоминает по строению губку. Преобладающая ее часть состоит из гладкомышечных клеток, которые, соединяясь между собой с редкими волокнами соединительной ткани и прикрепляясь к белочной оболочке, образуют беспорядочно расположенные тяжи, содержащие сосуды, капилляры и нервные волокна. Губчатое тело в дистальном отделе полового члена заканчивается конусообразным утолщением – головкой полового члена, которая в виде «шапочки» покрывает пещеристые тела, открываясь на верхушке вертикальной щелью – наружным отверстием мочеиспускательного канала. Белочная оболочка, в которой заключено губчатое тело, содержит большое количество эластических волокон. Такое строение

обеспечивает свободное прохождение жидкости и смыкание просвета уретры после мочеиспускания и семяизвержения. Губчатое тело головки, содержащее много фиброзно-соединительной ткани, и венозное сплетение с большим количеством анастомозов, участвуют в осуществлении эрекции. Кожа лежит рыхло на фасции полового члена. Ее передний отрезок – крайняя плоть (*praeputium*) – покрывает головку полового члена «чехлом». Уздечка крайней плоти (*frenulum praeputium*) прикрепляет ее к головке полового члена. На внутреннем листке крайней плоти расположены сальные железы, секрет которых входит в состав препуциальной смазки, собирающейся в венечной борозде.

У новорожденных половой член имеет длину 2 – 2,5 см. Его заметный рост начинается в 12 – 13 лет. К концу подросткового периода размеры полового члена переменны. В состоянии покоя его длина от лобка до головки в среднем составляет 9 – 10,5 см, окружность 5 – 6 см.

Кровоснабжение. После разделения брюшной аорты на две общие подвздошные артерии от каждой из них отходит внутренняя подвздошная артерия, которая после ответвления от нее крупных сосудов к ягодичным мышцам носит название внутренней половой артерии (*a. pudenda int.*). Концевыми ветвями внутренней половой артерии являются тыльные артерии полового члена (*a. dorsalis penis*) и глубокие артерии полового члена (*aa. profunda penis*), которые впадают в пещеристые тела. Они являются основным источником снаб-

жения артериальной кровью эректильной ткани пещеристых тел, которая представляет собой своеобразно расширенные капилляры. В стенках артерий имеется сильная «мускулатура», которая под влиянием психоэмоциональных воздействий расслабляется, в результате чего в полость пещеристых тел поступает большое количество крови. Возникает эрекция. Во время эрекции отток венозной крови из пещеристых тел задержан, а из губчатого тела мочеиспускательного канала – свободен.

Венозный отток происходит по поверхностным и глубоким венам полового члена, которые анастомозируют друг с другом. Поверхностная вена полового члена (*v. dorsalis penis superficialis*) впадает через наружную половую вену, раздваиваясь у основания полового члена, в большую подкожную вену бедра (*v. saphena magna*) или прямо в бедренную вену с каждой стороны. Отток из пещеристых и губчатого тел происходит в основном через системы глубокой центральной (*v. profundae penis*) и глубокой тыльной вены (*v. prof. dorsalis penis*). Из проксимальной части пещеристых тел кровь оттекает в глубокие вены, которые покидают пещеристые тела в месте их расхождения и вливаются в мочеполовое венозное сплетение.

Тыльная вена – самая крупная вена полового члена с хорошо развитой системой клапанов – возникает из венозного сплетения позади его головки. Она проходит под фасцией, по средней линии в верхней бороздке между двумя од-

ноименными артериями. Имеются также анастомозы, соединяющие глубокие вены с подкожной поверхностной тыльной веной, благодаря чему кровь от подкожной клетчатки и кожи может оттекать через тыльную вену в мочеполовое венозное сплетение.

Лимфатические сосуды. Лимфатические сосуды собираются из трех сетей лимфатических капилляров, расположенных в белочной оболочке, фасциях и коже полового члена. Сформировавшись в крупнопетлистое сплетение, они проходят в толще фасции, направляясь к корню члена, а от него к поверхностным и глубоким паховым лимфатическим узлам и к узлам, расположенным вдоль наружной подвздошной артерии.

Иннервация. Соматическая (чувствительная) иннервация осуществляется ветвями полового нерва (*n. pudendus*), которые проходят через корешки S₂ и S₃. Общим стволом половой нерв направляется рядом с половой артерией на тыл члена. После отхождения от него промежностного нерва в качестве тыльного нерва (*n. dorsalis penis*) он дает ветви в пещеристые, губчатые тела и головку, располагаясь вдоль верхней борозды, латеральнее тыльной артерии. Иннервирует кожу, крайнюю плоть и уздечку полового члена.

Вегетативная иннервация обеспечивается нижним подчревным сплетением (*pl. hipogastricus inferior*), которое содержит как симпатические, так и парасимпатические элементы. Симпатические волокна берут начало в тораколюм-

бальном отделе спинного мозга T_{12} – L_2 , распространяясь в направлении подчревного сплетения, опутывают бифуркацию аорты и левую подвздошную артерию. Парасимпатические нервные волокна берут начало в крестцовых сегментах спинного мозга S_{1-3} и далее идут в составе тазового нерва (*n. pelvicus*). Симпатические волокна, тесно переплетаясь с парасимпатическими, опускаются к предстательной железе, где часть их образует пещеристое сплетение. Их нервные окончания находятся в гладкомышечных волокнах структур полового члена, в кавернозных и губчатом телах. Принято считать, что эректильный рефлекс связан с преимущественной стимуляцией парасимпатической системы, которая вызывает расслабление гладкомышечных и эластических элементов артерий и фасций. Это сопровождается усилением притока крови к половому члену. Эякуляторный рефлекс возникает вследствие превалирующей стимуляции симпатической системы, что приводит к сокращению гладкомышечных структур семявыводящих путей, придаточных половых желез, мочеиспускательного канала и др.

Физиология. Половой член является органом, способным при возбуждении увеличиваться и приобретать значительную плотность, что необходимо для введения его во влагалище, совершения фрикций и подведения эякулята к шейке матки. В состоянии эрекции головка полового члена остается эластичной, что препятствует травмированию половых органов женщины. Эрекция – рефлекторный акт, в основе

которого лежит кровенаполнение кавернозных тел, имеющих многокамерное сетчатое строение.

Выделяются четыре фазы эрекции (Вагнер Г., 1985).

1. **Фаза покоя** характеризуется постоянным объемом полового члена и внутрипещеристым давлением. В этой фазе внутрипещеристое давление составляет около 5 мм рт. ст., объем оттекающей крови (от 2,5 до 8 мл/мин) равен объему притекающей.

2. **Фаза набухания** проявляется увеличением объема полового члена, сопровождающимся постепенным возрастанием внутрипещеристого давления до 80 – 90 мм рт. ст. Продолжительность ее зависит от интенсивности сексуальной стимуляции, восприимчивости к ней и возраста мужчины. При этом приток артериальной крови увеличивается до 90 мл/мин, а отток остается прежним.

3. **Фаза эрекции** определяется постоянным объемом эрогированного полового члена, увеличением внутрипещеристого давления по меньшей мере до 80 мм рт. ст., достигающего уровня артериального. Объем артериального притока в период наступления эрекции составляет от 120 до 270 мл/мин.

4. **Фаза детумесценции** проявляется исчезновением ригидности полового члена и уменьшением объема с постепенным возвращением к исходному уровню. Это достигается за счет резкого увеличения оттока крови до 40 мл/мин, одновременно с этим постепенно уменьшается приток и снижа-

ется внутрипещеристое давление.

В период эрекции сохраняется отток крови по системе дорсальной вены, но увеличивается приток артериальной крови. В этот момент отток крови по этой системе почти прекращается и поддерживается лишь за счет высокого внутрипещеристого давления, восстанавливаясь полностью после эякуляции в фазе детумесценции. Сохраняющийся во время эрекции ток крови обеспечивает ее достаточную длительность при нереализованном половом акте. Эрекция регулируется парасимпатическими волокнами, идущими в составе *n. erigentes*, импульсами из крестцовых и спинномозговых центров, находящихся под контролем высших нервных отделов коры головного мозга.

Мочеиспускательный канал (*uretra*) представляет собой щель шириной 5 – 6 мм, отграниченную от окружающих тканей слизистой оболочкой и мышечно-эластическими элементами, которая начинается от шейки мочевого пузыря внутренним отверстием и заканчивается на головке полового члена наружным отверстием между двумя продольно расположенными губками. На своем пути мочеиспускательный канал проходит через различные образования, поэтому анатомически делится на внутрипузырную, перепончатую, предстательную и губчатую части. По данным некоторых авторов, длина мочеиспускательного канала у мальчиков месячного возраста составляет около 60 мм. Ежегодно она увеличивается в среднем на 5ммик16годам достига-

ет 16 см. Отмечается неодинаковый рост различных отделов уретры. У новорожденных протяженность перепончатой и предстательной частей составляет $1/3$ общей длины мочеиспускательного канала. У мальчиков от 1 года до 3 лет – $1/4$, 8 лет – $1/5$; 11 лет – $1/6$. Внутрипузырный отдел у взрослого мужчины располагается в толще стенки мочевого пузыря (его длина 0,5 – 0,6 см), покрыт слизистой оболочкой, содержащей многослойный эпителий, приближающийся по характеру строения к слизистой оболочке мочевого пузыря. К внутрипузырному отделу непосредственно примыкает предстательная часть канала, которая является наиболее широким участком и имеет длину около 3 – 3,5 см. На задней ее стенке, приблизительно посредине, находится возвышение (семенной холмик). На нем открываются два устья семявыбрасывающих протоков и отверстие мужской маточки, занимающее центральную часть семенного холмика. По бокам семенного холмика располагаются множественные отверстия, которыми открываются выводные протоки предстательной железы.

Слизистая оболочка предстательного отдела мочеиспускательного канала образует продольные складки, и ее эпителий переходит в эпителий протоков и железистых ходов предстательной железы. Предстательная часть переходит в наиболее узкий перепончатый отдел мочеиспускательного канала, имеющий длину 1,5 – 2 см и проникающий через мочеполовую диафрагму позади дуги лобковых костей. Пере-

пончатый отдел прочно фиксирован и вместе с предстательным отделом составляет неподвижный задний отдел мочеиспускательного канала.

После перепончатого участка начинается передний губчатый подвижный участок длиной около 17 – 20 см. Выделяют луковичный и висячий отделы этого участка, которые проходят через губчатое тело.

В луковичном отделе, длина которого составляет около 7 – 8 см, мочеиспускательный канал вновь расширяется. В этом месте в него открываются протоки множественных желез слизистой оболочки (железы Литтре) и протоки двух луковично-уретральных (куперовых) желез.

Далее луковичный участок губчатого отдела мочеиспускательного канала переходит в висячий (10 – 12 см), дистальная часть которого проходит через головку полового члена и носит название головчатого отдела. В этом отделе щель мочеиспускательного канала расширяется, образуя ладьевидную ямку, которая является рудиментом влагиалища и выстлана многослойным плоским эпителием. Слизистая оболочка остальной части губчатого отдела уретры не имеет подслизистого слоя и покрыта одно- и многослойным призматическим эпителием. На ее передней поверхности определяются лакуны мочеиспускательного канала (лакуны Морганьи), куда открываются парауретральные железы Литтре.

Мочеиспускательный канал образует два изгиба в виде буквы S. Первый – предлобковый (постоянный) – вогнут

вниз и огибает симфиз. Второй – подлобковый (непостоянный) – образован при переходе фиксированной части в подвижную и вогнут кверху. Кривизна мочеиспускательного канала у мальчиков грудного возраста выражена более сильно, чем у взрослых.

Таким образом, по ходу мочеиспускательного канала отмечается чередование анатомических сужений и расширенных участков. Анатомическими сужениями мочеиспускательного канала являются: наружное отверстие уретры, перепончатый (наружный сфинктер) и внутрипузырный (внутренний сфинктер) отделы. Расширенными участками в мочеиспускательном канале считают ладьевидную ямку, луковичное расширение и предстательный отдел.

Нижняя стенка переднего отдела уретры, вплоть до перепончатого, может быть пальпирована. Просвет мочеиспускательного канала постоянно находится в спавшемся состоянии. Только прохождение мочи и семяизвержение расправляют его стенки.

Кровоснабжение. Кровоснабжение уретры осуществляется по ветвям внутренней подвздошной артерии, продолжением которой является внутренняя половая артерия. Предстательная часть уретры кровоснабжается средней прямокишечной и нижней пузырной артериями, а перепончатая – нижней прямокишечной и промежностной артериями.

Губчатый отдел мочеиспускательного канала кровоснабжается ветвями внутренней половой артерии, а также тыль-

ной и глубокой артериями полового члена.

Венозный отток осуществляется через вены полового члена к венам мочевого пузыря.

Лимфоотток. Лимфоотток из предстательной и перепончатой частей уретры осуществляется к сосудам предстательной железы и внутренним подвздошным узлам, а из губчатой части мочеиспускательного канала – к паховым лимфоузлам.

Иннервация. Чувствительная иннервация мочеиспускательного канала обеспечивается ветвями тыльного полового и промежностного нервов. Вегетативная иннервация обеспечивается из предстательного сплетения нижнего надчревного нерва.

Физиология. Мочеиспускательный канал у мужчин выполняет три функции:

- 1) удерживает мочу в мочевом пузыре;
- 2) проводит мочу при мочеиспускании;
- 3) выводит сперму в момент эякуляции.

Удержание в мочевом пузыре мочи осуществляется за счет внутреннего (непроизвольного) и наружного (произвольного) сфинктеров. При переполнении мочевого пузыря основную роль играет мощный наружный произвольный сфинктер. Удерживать мочу также помогает сокращение мышечной массы предстательной железы. Мочеиспускание является сложным рефлекторно-произвольным актом. Когда внутрипузырное давление достигает определенного уровня, появляется позыв к мочеиспусканию. Под влиянием волево-

го импульса происходит сокращение мышц мочевого пузыря и брюшной стенки с одновременным расслаблением сфинктеров, и мочевой пузырь опорожняется.

Проведение спермы по мочеиспускательному каналу осуществляется в момент эякуляции. Эякуляция – рефлекторный акт, в котором активное участие принимают сам мочеиспускательный канал и все образования, связанные с ним.

При этом происходит сокращение внутреннего сфинктера (сфинктера мочевого пузыря), который вместе с набухшим во время эрекции семенным холмиком препятствует забрасыванию эякулята в мочевой пузырь. Одновременно с этим расслабляется наружный сфинктер (сфинктер мочеиспускательного канала) и происходит последовательное опорожнение от содержимого придатков яичек, семявыносящих протоков, включая ампулярную часть. После этого происходит сокращение гладкой мускулатуры семенных пузырьков и предстательной железы, присоединяются мощные сокращения поперечно-полосатой мускулатуры седалищно-пещеристых и пещеристо-луковичных мышц, мышц тазового дна и промежности, в результате чего эякулят выбрасывается наружу со значительной силой. Акт эякуляции осуществляется с помощью симпатического и парасимпатического отделов нервной системы, под воздействием импульсов, следующих из сегментов Th₁₂– L₂ и S₂– S₄.

Предстательная железа – непарный железисто-мышечный орган, по форме напоминающий усеченный конус. Мас-

са предстательной железы составляет около 25 г, длина по вертикали – около 25 см. В железе выделяют: верхушку, основание, переднюю и заднюю поверхности. Предстательная железа охватывает начальную часть мочеиспускательного канала и тесно прилежит своим основанием ко дну мочевого пузыря, а верхушкой – к мочеполовой диафрагме. Передняя поверхность предстательной железы прикрепляется к лобковому симфизу парной лобково-предстательной связкой и отделена от него рыхлой клетчаткой с расположенным в ней венозным сплетением. Задняя поверхность предстательной железы граничит со стенкой прямой кишки и отделяется от нее лишь тонкой прямокишечно-пузырной перегородкой, являющейся фронтальным листком брюшно-промежностной фасции.

Висцеральный листок фасции таза (предстательная фасция) покрывает предстательную железу вместе с венозным сплетением и, соединяясь с прямокишечно-пузырной перегородкой, образует вместилище. Сзади и сверху к предстательной железе прилежат семенные пузырьки, а медиальнее их – семявыносящие протоки. В предстательной железе различают три доли: две боковые (правая и левая), разделенные бороздой и средней долей (перешейком). Она располагается между задней поверхностью мочеиспускательного канала, дном мочевого пузыря и обоими семявыносящими протоками.

Гистологическое исследование предстательной железы не

подтверждает деление ее на самостоятельные доли. Железа состоит из 30 – 50 трубчато-альвеолярных железок, между которыми находится соединительная ткань, богатая гладкомышечными волокнами. Железки открываются в предстательную часть мочеиспускательного канала вокруг семенного холмика 20 – 30 выводными протоками. Снаружи предстательная железа покрыта капсулой, богатой эластическими волокнами и содержащей мощные пучки гладких мышц, составляющих кольцевую мышцу. Вверху она сливается с круговым мышечным слоем мочевого пузыря, внизу – с мышцами, образующими произвольный сфинктер перепончатой части уретры.

Кровоснабжение предстательной железы осуществляется из нижних пузырных и средних прямокишечных артерий. Они проникают в нее многочисленными веточками вдоль выбрасывающих протоков, образуя богатую сеть капилляров. Многочисленные вены железы, анастомозируя между собой, образуют сплетение, являющееся частью мочеполового сплетения, имеющего связь с венозным прямокишечным сплетением.

Лимфатические сосуды начинаются в паренхиме предстательной железы и образуют вокруг нее богатую лимфатическую сеть. Оттуда лимфоотток осуществляется в предпузырные лимфоузлы, по боковым стенкам таза, к наружным и внутренним подвздошным узлам, а также, огибая прямую кишку, идет вдоль передней поверхности крестца и далее в

параортальные железы.

Иннервация. Иннервация происходит за счет чувствительных и постганглионарных симпатических и парасимпатических нервных волокон из нижнего подчревного сплетения, которые образуют на поверхности предстательной железы «нервные» узлы. Кроме этого, железа иннервируется почечным, аортальным и брыжеечным сплетениями.

Физиология. Предстательная железа является андрогенозависимым органом, поставляющим около 25 – 35 % плазмы спермы. При уменьшении содержания андрогенов в крови ее секреторная активность значительно снижается. Слабощелочной секрет предстательной железы в норме содержит значительное количество преломляющих свет зернышек (липоидных телец), которые придают ему опалесцирующий беловатый оттенок. Значительное содержание в секрете предстательной железы спермина придает эякуляту характерный запах. При медленном охлаждении в эякуляте появляются кристаллы фосфата спермина. Фибринолизин и фиброгеназа, являясь мощными протеолитическими ферментами, принимают участие в разжижении эякулята. В предстательной железе также образуется лимонная кислота, концентрация которой служит показателем уровня ее функционального состояния и своеобразным андрологическим эквивалентом эндокринной функции яичек.

В норме концентрация лимонной кислоты в сперме колеблется от 2,5 до 3,5 ммоль/л. Секрет предстательной желе-

зы содержит кислую и щелочную фосфатазы. Соотношение содержания кислой фосфатазы и щелочной (фосфатазный индекс) является довольно стабильной величиной. Под действием фосфатазы происходит расщепление холинфосфорной кислоты плазмы спермы на холин и фосфорную кислоту. Холин оказывает сенсibiliзирующее действие на клетки железы. Спермин, соединяясь с фосфорной кислотой, образует кристаллы фосфата спермина. Кроме этого предстательная железа вырабатывает простагландины, влияющие на сократительную способность ее гладкой мускулатуры, а также 5α -редуктазу, активизирующую метаболизм тестостерона (Т). Под действием 5α -редуктазы Т превращается в еще более активный метаболит 5α -дигидротестостерон, способный образовывать с белками плазмы андрогенорецепторный комплекс, который может проникать в ядерные структуры и стимулировать многие биохимические процессы.

Таким образом, предстательная железа увеличивает объем эякулята, участвует в его разжижении, оказывает на него ферментативное действие, активизирует движение сперматозоидов. Функционально предстательная железа тесно связана с семявыводящими путями. Патологические изменения в ней могут привести к нарушениям репродуктивной и копулятивной функций, а также акта мочеиспускания. Размеры предстательной железы значительно меняются с возрастом. Железистая ткань ее развивается у мальчиков в период полового созревания и дегенерирует у мужчин пожилого

возраста.

Семенной бугорок (*collicullus seminalis*), или семенной холмик, – возвышение продолговатой формы, расположенное на задней стенке предстательной части мочеиспускательного канала. Длина – около 2 см, ширина – 3 – 4 мм, высота – 3 – 4 мм. Центральную часть тела семенного бугорка занимает предстательная, или мужская, маточка (*utriculus prostaticus*). Она является рудиментом сращенных концевых отделов мюллеровых ходов. В центре ее на семенном бугорке открывается отверстие диаметром 1 – 2 мм, ведущее в полость маточки на глубину до 3 – 5 мм. По бокам от входа в полость, а иногда и на дне полости, открываются отверстия семявыводящих протоков. С обеих сторон от семенного бугорка имеются углубления, куда открываются устья около 20 – 30 выводных протоков предстательной железы.

Кровоснабжение. Кровоснабжение семенного бугорка осуществляется веточками артерий семявыносящих протоков, а также нижних пузырных и средних прямокишечных артерий. Вены семенного бугорка образуют лакуны, анастомозирующие между собой, а также с венами предстательной железы, куда происходит отток крови.

Лимфоотток. Лимфоотток осуществляется в лимфатические сосуды предстательной железы.

Физиология. Физиологические особенности семенного бугорка до конца не изучены. Будучи эмбриологически и анатомически связанным с органами половой системы, се-

менной бугорок активно участвует в акте эякуляции. Вокруг него концентрируются выводные протоки большинства половых желез и нервные окончания, связанные с центром эякуляции.

Семенной пузырек – парный железистый орган веретенообразной извитой формы с множественными выпячиваниями. Длина семенного пузырька 5 см, ширина 2 см, толщина 1 см. Верхний расширенный закругленный конец пузырька называют основанием. Основание переходит в тело и, суживаясь, заканчивается соединением выделительного и семявыносящего протоков, образуя семявыбрасывающий проток. Семявыбрасывающий проток проникает через предстательную железу и открывается общим отверстием на каждой стороне семенного холмика. Нижние концы семенных пузырьков сходятся и лежат на основании предстательной железы. Верхние расширенные концы отстоят на значительном расстоянии, прикрывая собой место вхождения мочеточников в стенку мочевого пузыря. Положение семенных пузырьков может значительно меняться в связи с наполнением и опорожнением мочевого пузыря.

Кровоснабжение. Семенные пузырьки кровоснабжаются из нисходящей ветви артерии семявыносящего протока, а также ветвями артерий мочевого пузыря.

Венозный отток происходит в мочепузырное венозное сплетение и даже во внутреннюю подвздошную вену.

Физиология. Семенные пузырьки являются андрогеноза-

висимыми секреторными органами. Их секрет состоит из вязкой беловато-серой желатиноподобной субстанции, которая после эякуляции разжижается в течение нескольких минут и составляет около 50 – 60 % объема спермы.

Наиболее важной функцией семенных пузырьков является секреция фруктозы, уровень которой является показателем андрогенной насыщенности организма. Фруктоза служит источником энергии, метаболизма и поддержания подвижности сперматозоидов. Нормальное содержание фруктозы в сперме здорового мужчины составляет 13 – 15 ммоль/л. Пузырьки секретируют и другие составные части спермы: азотистые вещества, белки, инозит, аскорбиновую кислоту, простагландины и др. Секрет семенных пузырьков с рН 7,3 примешивается к секрету яичек и играет роль защитного коллоида, придавая сперматозоидам большую сопротивляемость. При нереализованном половом возбуждении сперматозоиды попадают в семенные пузырьки, где они могут поглощаться клетками-спермиофагами. Семенные пузырьки также способны к резорбции жидких компонентов.

Луковично-уретральные железы (железы Купера) – парный железистый орган, расположенный в толще мочеполовой диафрагмы, над луковицей губчатого тела полового члена. Луковично-уретральные железы являются гомологом больших желез преддверья влагалища (бартолиновых желез) у женщин. Имея шарообразную форму (около 1 см в диаметре), они располагаются рядом, а иногда соприкасают-

ся, разделяясь волокнами глубокой поперечной мышцы промежности (*m. transversus perinei profundus*). Поэтому луковично-уретральные железы могут прощупываться через промежность лишь при воспалении, когда они значительно увеличены. Чаще всего левая железа развита сильнее, чем правая. Каждая железа имеет свой выводной проток длиной 3 – 6 см. Выводные протоки от желез проходят через мочеполовую диафрагму, сходятся на уровне луковицы и проникают между ней и задней стенкой мочеиспускательного канала. Прободавая ее, они оканчиваются щелевидными отверстиями в его луковичном отделе. Общий выводной проток образуется из мелких протоков, выходящих из альвеол, сливающихся в более крупные.

Кровоснабжение. Луковично-уретральные железы получают кровоснабжение из веточек внутренней половой артерии.

Венозный отток осуществляется по венам луковицы и мочеполовой диафрагмы.

Лимфоотток. Лимфоотток происходит в наружные подвздошные лимфатические узлы.

Иннервация. Иннервация железы идет из полового нерва (*n. pudendus*).

Физиология. Секрет луковично-уретральных желез, выделяющийся в мочеиспускательный канал при половом возбуждении за счет сокращения мышц промежности, представляет собой бесцветную, прозрачную, лишенную запаха

слизь со щелочной реакцией. При прохождении по уретре секрет нейтрализует кислую реакцию оставшейся в ней мочи и, выделяясь из наружного отверстия мочеиспускательного канала, облегчает введение полового члена во влагалище. С возрастом железы гипотрофируются.

Яичко (*testis*) – парный железистый орган с внешней и внутренней секрецией, вырабатывающий сперматозоиды, внешний секрет, мужские и женские половые гормоны.

Яичко представляет собой овальное тело, несколько вытянутое и сплюснутое с боков. У взрослого мужчины яичко имеет длину 4 – 5 см, ширину 2,5 – 3 см, толщину 3 – 3,5 см. Масса каждого яичка составляет 20 – 30 г. Рост яичка происходит неравномерно. При рождении мальчика длина его семенной железы составляет около 10 мм и к году достигает 16 мм при массе около 0,7 г. До 7 – 8-летнего возраста яичко почти не меняется, затем его рост увеличивается. С 11 лет рост яичка становится интенсивным, оно увеличивается на 1,6 мм в год, а после 13 лет – на 2,54 мм в год. В последние годы была определена норма объема яичка у детей школьного возраста. У мальчиков 8 лет она должна соответствовать 1,4 мл, а к 11 годам достигать уже 2,9 мл. В возрасте старше 11 лет объем яичка менее 2,9 мл свидетельствует о его инфантильности. Яичко подвешено к нижнему концу семенного канатика, который прикрепляется к задне-верхнему его краю. По заднему краю к яичку плотно прилежит придаток. За нижнезадний край яичко вместе с хво-

стом придатка фиксировано к мошонке связкой (*lig. scrotale*). Левое яичко располагается в мошонке несколько ниже правого и отделено от него вертикальной перегородкой. Ткань яичка покрыта белой плотной фиброзной белочной оболочкой (*tunica albuginea*). Белочная оболочка яичка по заднему его краю образует клиновидное утолщение – средостение яичка (гайморово тело), вдающееся своим острым краем внутрь органа. От него лучеобразно отходят фиброзные перегородки, соединяясь с внутренней поверхностью белочной оболочки и разделяя паренхиму яичка на 250 – 300 долек. Вершины долек обращены к средостению, а основание – к белочной оболочке. В каждой такой дольке располагается по 2 – 3 и более извитых семенных канальцев. Диаметр канальца составляет 0,2 – 0,3 мм при длине дольки 2 – 3 см. Длина канальца составляет около 30 – 45 см. Приближаясь к средостению яичка, извитые канальцы соединяются друг с другом и переходят в прямые канальцы. Прямые канальцы, проникая в средостение, образуют в толще его сеть ходов (галерова сеть). Из сети яичка выходят 12 – 15 выносящих канальцев, которые проникают сквозь фиброзную оболочку головки придатка и, вновь сильно извиваясь, образуют в ней ряд конических долек, соответствующих количеству входящих в нее выносящих канальцев яичка. Далее, сливаясь, выносящие канальцы образуют одиночный канал придатка.

Местом образования сперматозоидов являются извитые канальцы, собственная оболочка которых выстлана суспен-

тоцитами (клетками Сертоли) и зародышевым эпителием, из которого развиваются сперматозооны.

Прямые каналцы и каналцы сети яичка принадлежат к выводящим путям. Между извитыми каналцами располагаются соединительнотканые элементы, сосуды, нервы, а также интерстициальные эндокриноциты – гландулоциты яичка (клетки Лейдига), которые осуществляют инкреторную функцию, вырабатывая половые гормоны.

Кровоснабжение. Яичко получает кровь из яичковой артерии (*a. testicularis*), отходящей от переднебокового отдела брюшной аорты. Кроме этого, оно питается из артерии семявыносящего протока, являющейся ветвью внутренней подвздошной артерии, и из поднимающей яичко артерии мышцы (*a. cremasterica*), которая отходит от нижней подчревной артерии. Все артерии широко анастомозируют между собой, обеспечивая хорошее кровоснабжение яичка, придатка и его оболочек.

Вены, собираясь в лозовидное сплетение, превращаются во внутреннюю семенную вену (*v. spermatica interna*) и впадают справа в нижнюю полую вену, а слева – в левую почечную вену.

Лимфоотток. Лимфатические сосуды с обеих сторон в составе семенных канатиков сопровождают яичковые артерии и вены до пахового кольца. Выйдя из него, они впадают в регионарные лимфатические узлы, расположенные забрюшинно. Справа отток идет в лимфатические узлы, располо-

женные на передней поверхности нижней полой вены, а слева – в узлы, находящиеся в области брюшной аорты, и далее – в узлы в области ворот почек.

Иннервация. Иннервация яичек осуществляется за счет ветвей бедренно-полового и полового нервов (*n. genitofemoralis et n. pudendus*), которые образуют сплетение вокруг семенной артерии и далее идут к придатку и яичку.

Физиология. Яички одновременно выполняют герминативную и внутрисекреторную функции. Герминативная функция за счет сперматогенеза обеспечивает образование мужских половых клеток (сперматозоидов), способствуя тем самым продолжению рода (Тиктинский О. Л., Михайличенко В. В., 1999).

Процесс сперматогенеза осуществляется в извитых семенных канальцах паренхимы яичка, которые составляют основную его массу. Внутренняя поверхность мембран извитых канальцев выстлана двумя видами клеток: sustentоцитами и сперматогониями – первичными половыми клетками. Именно здесь недифференцированные семенные клетки сперматогонии размножаются и превращаются в зрелые сперматозоиды.

В течение эмбрионального развития и в детском возрасте первичные сперматогонии делятся митотически, давая начало дополнительным сперматогониям. С 10-летнего возраста в семенных канальцах мальчиков начинается усиленное ми-

тотическое деление сперматогоний и формирование суспен-тоцитов. Начальные этапы сперматогенеза появляются в 12-летнем возрасте, когда происходит образование сперматид из сперматоцитов второго порядка. Полное формирование сперматогенеза происходит к 16 годам.

Изнутри мембрану семенного канальца выстилают суспен-тоциты (клетки Сертоли), которые обеспечивают спермато-генные клетки продуктами своей секреторной активности, выполняют фагоцитарную функцию в отношении остатков после сперматогенеза, синтезируют эстрогеноподобное ве-щество (ингибин) и выделяют андрогенсвязывающий про-теин, способствующий переносу Т и дигидротестостерона в половые клетки, где они закрепляются в ядре, обусловли-вая различные метаболические процессы, необходимые для созревания сперматозоидов. Как бы «втиснутые» между су-спен-тоцитами, ближе к основанию мембраны, располагаются сперматогонии. В просвет канальца направлены многочис-ленные цитоплазматические отростки суспен-тоцитов, меж-ду отростками располагаются клетки сперматогенного эпи-телия. По мере созревания клетки сперматогенного эпи-телия продвигаются к просвету канальца. В результате митоти-ческого деления приумножается число сперматогоний. По-следние, увеличиваясь в размерах, превращаются в сперма-тоциты 1-го порядка, каждый из которых содержит дипло-идный набор хромосом (46XY). Сперматоциты 1-го поряд-ка после усиленного роста и созревания вступают в стадию

мейоза (редукционного деления). При этом из сперматоцитов 1-го порядка образуется два сперматоцита 2-го порядка с гаплоидным набором хромосом (22 аутосомы и одна половая – X или Y). Из каждого сперматоцита 2-го порядка образуются путем быстрого митотического деления две сперматиды. В конечном итоге из одного сперматоцита 1-го порядка образуются четыре сперматиды, содержащие уменьшенный наполовину (гаплоидный) набор хромосом. Сперматиды захватываются цитоплазматическими выростами sustentоцитов, в цитоплазме которых происходит развитие и формирование сперматозоидов. Сперматίδα удлиняется, ядро ее эксцентрично смещается. Из части цитоплазмы формируется шейка и вырастает жгутик сперматозоида. После распада протоплазматических выростов sustentоцитов сперматозоиды освобождаются, выходят в просвет канальцев и накапливаются в придатке, где происходит их созревание.

Развитие и дифференциация сперматозоидов происходят в три этапа: 1) сперматоцитогенез – пролиферация сперматогоний;

2) сперматогенез – деление и созревание сперматоцитов; 3) спермиогенез – конечная фаза дифференциации сперматид в сперматозоиды.

Профаза первого (мейотического) деления сперматоцита 1-го порядка занимает значительную долю (около $\frac{3}{4}$) времени сперматогенеза. Второе (митотическое) деление сперматоцитов 2-го порядка, приводящее к образованию спер-

матид, происходит довольно быстро. Морфологические изменения в сперматиде, включающие в себя перестройку ядра и цитоплазматических элементов и завершающиеся образованием сперматозоидов, суммарно описываются как спермиогенез и также длятся около $\frac{3}{8}$ времени сперматогенеза. Для превращения первичной клетки в сперматозоид требуется около 74 – 75 дней. Жидкость, заполняющая просвет семенных канальцев, представляет собой продукт секреции клеток семенных канальцев и содержит гормон ингибин, который угнетает продукцию фолликулостимулирующих гормонов (ФСГ) гипофизом. При поражении семенных канальцев и угнетении сперматогенеза уменьшается продукция ингибина. Это приводит к повышенному выделению ФСГ гипофизом.

В зародышевом эпителии яичек образуется фермент гиалуронидаза, который локализуется в головке сперматозоида. Небольшое количество гиалуронидазы попадает в плазму эякулята из сперматозоидов. Гиалуронидаза растворяет слизь шейки матки и обладает свойством разъединять клетки лучистого венца (*corona radiata*) яйцеклетки без их деструкции и таким образом создавать возможность для внедрения в нее сперматозоида. Значительная концентрация гиалуронидазы создается достаточным количеством сперматозоидов. При аспермии гиалуронидаза в эякуляте отсутствует.

Другим продуктом секреции яичек являются простоглан-

дины. Ранее предполагалось, что они образуются в предстательной железе. Затем было установлено, что основным местом их образования являются яички. Было доказано влияние простогландинов на сократительную способность гладкой мускулатуры и на выработку ФСГ и лютеинизирующих гормонов (ЛГ). Из выделенных в настоящее время нескольких десятков простогландинов практическое значение имеют два вида: E_2 – очень неустойчивый и $E_{2\alpha}$ – стойкий. В больших объемах эякулята содержится большее количество простогландинов. Их способность расслаблять и сокращать гладкую мускулатуру женских половых путей повышает скорость прохождения яйцеклетки через маточные трубы навстречу сперматозоидам в процессе зачатия. Высокое содержание простогландинов стимулирует сократительную способность гладкой мускулатуры матки, прерывая беременность.

Базальная мембрана канальцев (особенно мышечноподобные клетки внутреннего слоя и sustentоциты) создает гематотестикулярный барьер, защищающий генеративный эпителий, ответственный за наследственность и продление рода, от инфекционных и токсических поражений.

Исследование эякулята позволяет судить о степени и характере нарушений внутрисекреторной и экскреторной функций яичек, так как Т и гонадотропины влияют на морфологические и физико-химические свойства эякулята.

Внутрисекреторная функция заключается в выделении

мужских половых гормонов (андрогенов), среди которых основным является Т. Помимо андрогенов, в яичке образуются эстрагены, главным образом эстрадиол.

Тестостерон является наиболее активным андрогенным гормоном. Местом синтеза андрогенов у мужчин являются гландулоциты яичка (клетки Лейдига), расположенные в интерстициальной ткани яичек поодиночке или группами. Гландулоциты имеют значительные размеры, правильную форму и содержат в цитоплазме липоидные и пигментные включения. Тестостерон способствует возникновению вторичных половых признаков и либидо, а также созреванию сперматозоидов. Он обладает выраженной анаболической активностью, стимулирует эритропоэз, существенно влияет на синтез белка, индуцирует ферменты. В больших дозах андрогены тормозят пролиферацию хрящевой ткани и стимулируют ее оссификацию. Дефицит гормонов приводит к торможению процессов окостенения хряща. Под влиянием Т, вырабатываемого яичками плода, происходит маскулинизация наружных и внутренних половых органов и развитие их по мужскому типу.

Андрогены яичек плода вызывают регресс мюллеровых протоков и развитие из вольфовых протоков придатков яичек семявыносящих протоков, семенных пузырьков и предстательной железы с маскулинизацией наружных половых органов. Добавочные половые железы постоянно испытывают на себе влияние андрогенов, которые способствуют

их правильному формированию и нормальному функционированию. Тестостерон стимулирует образование фруктозы в семенных пузырьках, лимонной кислоты и фосфатазы в предстательной железе и корнитина в придатках яичка. Уменьшение содержания в сперме фруктозы, лимонной кислоты, кислой фосфатазы и корнитина может указывать на снижение внутрисекреторной функции яичек.

Изучение механизма действия гормонов осложняется взаимопревращением андрогенов в эстрогены и андростендиола (основного андрогеноподобного стероида, секретируемого надпочечниками) в тестостерон. У мужчин 80 % эстрогенов образуются в яичках и лишь 20 % – в надпочечниках.

Биологическое значение эстрогенов в мужском организме заключается в стимулирующем влиянии на интерстициальные клетки половых желез, гладкую мускулатуру, соединительную ткань и специфический эпителий.

В работе организма человека большое значение имеют антиандрогены. Отмечается антиандрогенное действие эстрогенов, основанное на подавлении секреции гонадотропинов, ингибировании системы 5α -редуктазы и стимуляции синтеза половых стероидных гормонов.

Андрогенные стероиды вырабатываются как яичками, так и надпочечниками. В коре надпочечников вырабатываются производные андростана, обладающие андрогенной активностью: дегидроэпиандростерон, этиохоланолон, андростендион, андростерон, тестостерон, а также эстрогены (эстра-

диол и эстрон). Важным промежуточным продуктом синтеза гормонов коры надпочечников является прогестерон. Значительная часть андрогенов, претерпевающая изменения, выделяется почками в виде нейтральных 17-кетостероидов (17-КС).

Из общего количества 17-КС, выделяемых с мочой, $\frac{1}{3}$ образуется за счет метаболизма соединений, продуцируемых гландулоцитами яичка, а $\frac{2}{3}$ – клетками коры надпочечников. Колебания уровня экскреции 17-КС зависят от состояния ЦНС и системы гипоталамус – гипофиз – надпочечники. Однако определение 17-КС в моче дает лишь общие сведения о метаболизме стероидных соединений, вырабатываемых яичками и корой надпочечников. Поэтому определение выделения 17-КС с мочой не может служить методом оценки эндокринной функции гландулоцитов яичка. Понятно, что только прямое определение в крови и моче тестостерона и эстрадиола, являющихся в основном продуктами яичек, может служить показателем их гормональной функции.

Одной из важнейших функций андрогенов, и в особенности тестостерона, является поддержание процесса сперматогенеза. Его состояние зависит от концентрации андрогенов в ткани яичек, и поэтому снижение образования тестостерона может быть одной из причин нарушения репродуктивной функции мужчин.

Для нормального течения процесса сперматогенеза боль-

шое значение имеет андрогеносвязывающий белок, который образуется в яичках и способствует переносу андрогенов в цитоплазму клеток сперматогенного эпителия. Цитоплазматический рецептор, соединяясь с андрогенами, облегчает их проникновение непосредственно в ядра.

Придаток яичка (*epididymis*) – парный продолговатый орган, тесно связанный с яичком, часть семявыносящих путей. Располагается вертикально по задней поверхности яичка, имеет длину 5 – 6 см, ширину 1 – 1,5 см, толщину 0,6 – 0,8 см. Придаток яичка имеет головку, тело и хвост, который, изгибаясь кверху, переходит в семявыносящий проток. Головка и хвост придатка передней поверхностью интимно связаны с яичком. Сверху они фиксированы верхней связкой придатка, снизу – нижней связкой. Тело придатка утолщено и отстает от яичка, образуя карман. В норме придаток легко пальпируется через стенку мошонки. В головку придатка открываются 12 – 15 выносящих канальцев яичка, образуя в ней столько же конических долек. Выносящий каналец, соединившись с канальцами других долек, впадает в единый проток придатка, который совершает многочисленные изгибы в теле и хвосте придатка, а затем переходит в семявыносящий проток. Большая часть передней поверхности придатка покрыта висцеральным листком собственной оболочки яичка, который глубоко проникает между его телом и яичком, образуя карман. Поэтому придаток лежит в серозной полости, за исключением хвоста, внутреннего края

тела и головки, которые находятся вне серозной оболочки, так как не покрыты листком собственной оболочки яичка.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.