

О ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГИПОГОНАДИЗМОМ

Гипогонадизм представляет собой одну из форм патологии генеративной функции мужчины, отличающуюся андрогенной недостаточностью, недоразвитием наружных и внутренних гениталий, слабой выраженностью вторичных половых признаков.

Различают первичный и вторичный гипогонадизм. Для первого характерно врожденное (аплазия или дисгенезия яичек) или приобретенное (травмы, орхит) поражение половых желез и обусловленная этим недостаточная секреция тестостерона.

Вторичный гипогонадизм — тестикулярная недостаточность, являющаяся следствием общих экстрагенитальных заболеваний или нарушений функции гипоталамо-гипофизарной системы в виде недостаточной стимуляции тестикул гонадотропными гормонами.

Обе формы гипогонадизма имеют несколько вариантов клинического течения, отличающихся тонкими механизмами развития гормональной недостаточности и требующих различной терапии [2, 3, 4, 5, 6].

При первичном гипергонадотропном гипогонадизме применение гонадотропинов нецелесообразно, так как их содержание в организме мужчины повышено, а тестикулярная ткань патологически изменена или отсутствует и не может реагировать на гормональные импульсы. Повышение содержания андрогенов в организме этих больных может быть достигнуто только путем их экзогенного введения и лечение гипергонадотропного гипогонадизма сводится, в основном, к заместительной терапии [8].

Лечение первичного гипогонадизма проводят различными препаратами тестостерона, дозы которых для получения заместительного эффекта должны быть достаточно высокими. Адекватным считают применение тестостерона по 25—30 мг 3 раза в неделю в течение 2-х месяцев, назначая также андротест, неогомбрасл, тестовирон. О правильном подборе дозы и достаточной гормональной насыщенности организма судят по нормализации картины эякулята, снижению содержания гонадотропинов в моче до нормальных величин, а в некоторых случаях по улучшению потенции. В настоящее время применяются также препараты пролонгированного действия, содержащие эфиры тестостерона: сустанон — 250 по 1 мл внутримышечно 1—2 раза в месяц, па

курс 4—6 инъекций; омнотрен — 250 по 1 мл внутримышечно 1—2 раза в месяц, на курс 5—6 инъекций.

При синдромах Кастилло и Клайнфельтера гормональная терапия неэффективна.

При гипоплазии зародышевого эпителия в спермограмме наблюдается гипоспермия и этим больным мы применяем малые дозы тестостерона, рассчитывая на их стимулирующее воздействие и зная, что высокие дозы тестостерона полностью тормозят сперматогенез [1, 7, 9, 10]. Мы применяем небольшие дозы андрогенов, по 10—15 мг 2—3 раза в неделю; один раз в неделю по 25 мг или по 10 мг сублингвально ежедневно в течение 3-х месяцев. Сублингвальное введение препарата обеспечивает быстрое поступление его в кровоток и исключает инактивирующее влияние желудочного содержимого на препарат.

Улучшают результаты лечения применением гонадотропина в сочетании с витамином «Е» и андрогенами.

При гипоспермии, обусловленной гипофизарными расстройствами, как и в других случаях вторичного гипогонадотропного гипогонадизма, проводим лечение гонадотропинами, назначая их в тех или иных вариантах. Так, при снижении выхода ФСГ и, следовательно, недостаточной стимуляции генеративной функции яичка, применяют сывороточный гонадотропин, содержащий этот гормон в значительном количестве. Препарат назначается по 400—500 ЕД три раза в неделю на протяжении 1,5—2 месяцев, на курс лечения — 10.000 ЕД. Сывороточный гонадотропин, имеющий белковую структуру, может вызывать температурную реакцию и при длительном применении приводит к образованию антигонадотропинов, снижающих эффект его действия.

В последнее время для лечения применяют «human menopausal gonadotropin» (кастрационный гонадотропин) — препарат с высоким содержанием ФСГ, а также хумегон, выпускаемый в ампулах по 500 ЕД, которые вводятся 3 раза в неделю по 500 ЕД внутримышечно на протяжении 1,5 месяцев.

При недостаточном образовании гормона, стимулирующего интерстициальные клетки (ГСИК), и снижении функциональной активности клеток Лейдига уменьшается образование андрогенов в тестикулах. Таким больным проводят лечение хориальным гонадотропином (содержащим преимущественно фактор ГСИК), назначая его по 1500 мг внутримышечно 2—3 раза в неделю в течение 2 месяцев.

Если поражение гипофиза характеризуется функциональной недостаточностью клеточных структур, продуцирующих ФСГ и

ГСИК, то возможно комбинированное назначение медикаментов, содержащих ФСГ и ГСИК в указанных выше дозах. Показано также применение тотального экстракта аденогипофиза, стимулирующего деятельность канальцев и интерстициальной ткани яичек и содержащего другие тропные гормоны, обеспечивающие выделение андрогенов корой надпочечников.

В кабинете «Семья и брак» нами проведено обследование и лечение 252 мужчин с первичным гипогонадизмом и 400 — со вторичным, страдавших бесплодием. В группе больных с первичным гипогонадизмом гипоспермия наблюдалась у 15% мужчин, олигоспермия I степени — у 15%, а у остальных 70% олигоспермия II—III степеней. При вторичном гипогонадизме гипоспермия отмечалась в 41% и олигоспермия I и II степени в 59% случаев.

Лечение мужчин проводилось следующим образом. При первичном гипогонадизме назначали метилтестостерон по 0,005 два раза в день под язык в течение 1—2 месяцев, используя также сустанон — 250 или омнотрен — 250 по 1,0 мл один раз в месяц внутримышечно, 2—3 месяца.

В курс лечения входили 20 инъекций аревита по 1,0 внутримышечно в чередовании с ФИБСом или алоэ по 1,0—2,0 мл, а также фолиевая кислота по 15 мг, липоевая кислота по 150 мг и глютаминовая кислота в течение 1—1,5 месяцев по 1500 мг в сутки, ретаболит по 1 мл 1 раз в неделю, 4 недели. Больные с тяжелыми степенями первичного гипогонадизма лечились в стационаре, где им проводилась еще инфузионная терапия (внутривенные капельные вливания нативной плазмы, гидролизата казеина, гидролизина), массаж предстательной железы, хвойные и углекислые ванны, восходящий душ, в некоторых случаях применялась квантовая гемотерапия.

При лечении мы придерживались принципа: чем серьезнее выражено поражение, тем более бережной, щадящей быть терапия, особенно гормональная. Лечение проводилось прерывистыми курсами по 1—2 месяца с интервалами по 1—1,5 месяца под контролем спермограммы.

При вторичном гипогонадизме назначались гонадотропины (хориогонин) по 1500 ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, 10 инъекций, биостимуляторы (ФИБС, алоэ), настойка родиолы (золотого корня) по 25—30 капель 3 раза в день, витамин «Е» по 1,0 внутримышечно, 15—20 инъекций. Лечение начиналось после устранения профессиональных вредностей, бытовых интоксикаций (курение, прием алкоголя), ликвидации хронических воспалительных заболеваний, в частности мочевыводящей си-

стемы; в случаях наличия у больных варикоцеле и гидроцеле рекомендовалось оперативное лечение.

Курс лечения продолжался до 2 месяцев под контролем спермограммы и после 1,5—2-месячного перерыва повторялся.

После проведения 2 курсов лечения в группе больных с первичным гипогонадизмом улучшились анализы спермы до нормоспермии у всех больных с гипоспермией и у 21% мужчин с олигоспермией I степени; до гипоспермии — у 39% больных с олигоспермией II—III степени, у остальных больных положительных изменений спермограммы не произошло.

В группе мужчин со вторичным гипогонадизмом нормализация анализов спермы наблюдалась у всех больных с гипоспермией и у 30% при олигоспермии I и II степени. У 50% пациентов с олигоспермией I—II степени отмечено улучшение характера спермы до состояния гипоспермии и лишь у 20% мужчин с указанной патологией изменений в спермограмме не выявлено.

Таким образом, следует считать, что лечение гипогонадизма целесообразно и включает в себя проведение целого ряда лечебных мероприятий, направленных на восстановление основных функций тестикулярной ткани, то есть генеративной и инкреторной, о чем свидетельствует положительная динамика спермограмм. При выборе метода лечения следует руководствоваться данными о генезе тестикулярной недостаточности и рекомендовать комплексную и в то же время сугубо дифференцированную терапию в зависимости от общего состояния организма, формы гипогонадизма и бесплодия.

Общеукрепляющие, тонизирующие и стимулирующие жизненные функции и обменные процессы средства, малые дозы андрогенов, витамины А и Е, препараты, улучшающие белковый обмен и утилизацию кислорода тканями, биостимуляторы, гонадотропины и физиотерапевтические методы должны быть обязательными компонентами современной терапии мужского бесплодия при первичном и вторичном гипогонадизме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутрова С. А., Каган С. А. Пробл. эндокр., 1971, № 5, с. 13—16.
2. Каган С. А. Стерильность у мужчин, Л., 1974.
3. Кушин М. А. Бесплодие в браке, Л., 1976.
4. Молнар Е. Клиническая сперматология, Будапешт, 1968.
5. Порудоминский И. М. Мужское бесплодие, М., 1964.
6. Старкова Н. Т. Основы клинической андрологии, М., 1974.

7. Таринский А. П. В кн.: Тезисы 1-й научно-практической конференции врачей 40 ГКБ, Свердловск, 1977, с. 48—49.
8. Тетер Е. Гормональные нарушения у мужчин и женщин, Варшава, 1968.
9. Harvey C. et al., Lancet, 1957, 272/6971, 711.
10. Kimmig J. et al., Hautarzt, 1956, 7/5, 198.

А. П. ТАРИНСКИЙ

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭКСКРЕТОРНОГО БЕСПЛОДИЯ И НЕЙРОРЕЦЕПТОРНОЙ ИМПОТЕНЦИИ У МУЖЧИН

Известно, что воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, задней уретры встречаются весьма часто. При заболеваемости этих органов может наступить выраженное количественное и качественное изменение их секретов, что приводит к понижению оплодотворяющей способности эякулята и к снижению либидо, эрекции, ускорению эякуляции, снижению оргазма [1, 2].

Инфекционный агент вызывает воспалительный процесс не только в силу своей особой вирулентности, но и потому, что организм к нему сенсибилизирован, резко повышена чувствительность тканей. В динамике развития воспалительного процесса из-за деструкции тканей специфические белки органов, часто денатурированные, непрерывно поступают в кровь, что вызывает аутоаллергические реакции, которые поддерживают воспалительный процесс по механизму порочного круга, независимо от того, сохраняются или исчезают из тканей возбудители [3, 4, 5]. Следовательно, для того, чтобы разорвать порочный круг, необходимо местное лечение с созданием лекарственного депо в толще стенок уретры, семенных пузырьков и предстательной железе. Действующим началом лекарственных веществ должны быть десенсибилизирующие, противовоспалительные средства с пролонгированным действием.

Существующие методы лечения путем инстилляций уретры различными антисептиками с включением антибиотиков, глюкокортикоидов, средств, оказывающих вяжущее, прижигающее действия на слизистые, и с использованием различного температурного режима, направлены на отмывание и вымывание с поверхности слизистой микробов, грибов, простейших, а также на из-