

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 женщины, 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-

менение характера кровообращения в половых органах. Лечение импотенции известными способами малоэффективно, либо эффект кратковременный.

Нами разработан новый метод лечения экскреторного бесплодия и нейрорецепторной импотенции у мужчин путем уретрального диализа лекарственной смеси в составе: диметилсульфоксида на новокаине, димедрола и настоя календулы.

Диметилсульфоксид (димексид, ДМСО) обладает способностью растворять большое число химических соединений и лекарственных препаратов. Он обладает высокой проникающей способностью и активно транспортирует растворенные в нем вещества через слизистые оболочки с длительной фиксацией их в тканях организма, потенцируя терапевтические действия лекарственных веществ. Для уретрального диализа лучше использовать пятипроцентный водный раствор ДМСО, поскольку раствор, имеющий большую концентрацию (больше 9%), обладает отрицательной гидроосмотичностью, т. е. проникающая способность лекарственных веществ из них в ткани крайне затруднена. Степень проникновения и длительность пребывания в тканях лекарств изучена опытами с метиленовой синью. Одной группе больных вводилась в уретру 4%-ная метиленовая синь без включения ДМСО, в другой — с включением его. Через 30 минут после введения ДМСО и метиленовой сини определялось окрашивание сока предстательной железы, которое сохранялось в течение 60 часов. В контрольной группе окрашивание наступало через 1 час и сохранялось в течение 2 часов, т. е. в 30 раз меньше.

Для снятия болевого компонента, а также расширения выводящих протоков семенных пузырьков и предстательной железы нами использован 0,5% раствор новокаина. Настой календулы готовился из 20 г цветков на 200 мл кипящей воды. Димедрол применялся ампульный 1% — 1,0. Диализирующий раствор заготавливался в количестве 100 мл в следующем составе: ДМСО — 10 мл; 0,5% раствора новокаина — 40 мл; настой календулы — 50 мл; раствора димедрола — 1 мл. Диализирующий раствор заливался в градуированный флакон и подключался к капельнице, которая соединялась с уретральным самодержателем катетером. Курс лечения состоял из 10 процедур через день.

Нами проведено лечение 44 больных, страдающих бесплодием. Снижение сперматогенеза до олигоспермии I степени было у 24 больных. У 20 больных была гипоспермия различной степе-

ни. Наряду с этим, у всех больных была выраженная олиоспермия (в анализе сока простаты лейкоцитов до 40—60—100 в поле зрения). В посевах сока простаты и содержимого уретры на микрофлору высевался белый, золотистый или эпидермальный стафилококк, с индивидуальной чувствительностью к различным антибиотикам.

Больные предъявляли жалобы на рези при мочеиспусканиях, зуд и жжение в уретре, выделения из уретры, боли в области яичек и в паховых областях, усиливающиеся во время полового акта. Все больные жаловались на снижение либидо, более или менее выраженные нарушения со стороны эрекции полового члена, длительности полового акта и силы оргазма. Все больные обследовались у уролога. У 25 больных диагностированы различные формы хронических простатитов, у 15 больных — уретриты различной локализации, у 4 больных — воспаление семенных пузырьков.

20 больных из этого числа, составляющих контрольную группу, прошли лечение у урологов обычными методами (массаж простаты, антибиотикотерапия, физиотерапия, пирогенная терапия). У 13 больных был отмечен положительный эффект — исчезновение микрофлоры, лейкоцитов из сока простаты, нормализация сперматогенеза и половой функции, у 7 больных эффекта не достигнуто.

24 больным, из которых у 17 были простатиты различной локализации, у 5 — уретриты, у 2 — везикулиты, проведено лечение нашим методом. После курса лечения все больные чувствовали себя хорошо. Усилилось либидо, эрекция, нормализовался сперматогенез и исчезали признаки воспаления. Все это позволило нам говорить о том, что данный метод лечения прост, доступен широкому кругу врачей, выполним в амбулаторных условиях, достаточно эффективен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Имшенецкая Л. П. Врачебное дело, 1979, № 1, с. 59—63.
2. Каган С. А. Стерильность у мужчин, Л., 1974.
3. Юнда И. Ф., Корненко Е. Н., Соколова М. Л. Клинико-лабораторные сопоставления при различных формах мужского бесплодия. Врачебное дело, 1979, № 7, с. 44—47.
4. Gupta A. N. et al. J. Obstet. Gynec. India, 1976, 26, 4, 560—564.
5. Lumenfeld B. Gaz. med. Fr., 1970, 77, 28, 6041—6054.