

О РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

На современном этапе успех восстановления и поддержания генеративной функции мужчины неодинаков у всех групп больных. Прогноз зависит от тех анатомических изменений, которые успели развиться в паренхиме яичек. Лечение мужского бесплодия носит комплексный характер, а также является длительным процессом, так как учитывается многогранность патологических процессов в организме, взаимосвязь половых гонад с другими эндокринными органами и системами организма. В работах И. М. Порудоминского, С. А. Когана, Е. Молнара [2, 3, 4] недостаточно освещены вопросы, посвященные реабилитации генеративной функции мужчин. В связи с этим мы решили остановиться на вопросах реабилитации генеративной функции мужчин, у которых в результате проведенной терапии восстановлен сперматогенез, но у жен по тем или иным причинам беременность еще не наступила.

В кабинете «Семья и брак» 40 ГКБ под нашим наблюдением состояло 130 брачных пар, в которых мужчины закончили лечение и считались способными к оплодотворению, а жены их продолжали лечиться. Срок наблюдения до трех лет был у 24% пациентов, до 5 лет — у 76%.

Качество ранее проведенного нами лечения оценивали по спермограмме. Оценку спермограммы производили по методике Я. С. Дубинчика как наиболее приемлемой в практической деятельности [1, 5]. Из числа леченных 18 пациентов были с первичным гипогонадизмом и олигоспермией II—III степени, 36 пациентов с вторичным гипогонадизмом и олигоспермией I—II степени, 76 пациентов с гипогонадизмом без гормональных нарушений.

Всем пациентам было проведено комплексное лечение, заключающееся в назначении гормональных препаратов — гонадотропинов и андрогенов по показаниям, витаминов А, В, С, Е, аминокислот, общеукрепляющего лечения. Большое внимание уделялось ликвидации причин, препятствующих нормальному сперматогенезу. 20 больных, страдавших воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей, в том числе хроническими простатитами специфической и неспецифической этиологии, лечились урологами, 8 больных оперировались по поводу варико-

целе II—III степени. Пациентам во время лечения запрещалось курить и пить алкогольные напитки. У 20 больных установлена зависимость патоспермии от профессиональной вредности и решался вопрос о трудоустройстве их. Большое внимание уделялось нормализации эндокринных нарушений, в том числе стероидного обмена при заболеваниях печени. Тщательный сбор анамнеза, подкрепленный биохимическими лабораторными данными (исследования липидного обмена, сахарной кривой, тироксинсвязывающей способности глобулинов *in vitro*, основного обмена), позволил выявить 18 человек, страдающих нарушениями функции щитовидной железы и печени, жирового обмена. Этих больных лечили совместно с эндокринологами и терапевтами.

После восстановления нормальных показателей спермограмм у всех наблюдаемых проводилось контрольное исследование семени через 6 месяцев, в целях установления их способности к оплодотворению. В связи с тем, что спустя 6 месяцев после проведенного лечения у многих мужчин наступало снижение их генеративной способности, мы считали необходимым проводить им после курса основного лечения реабилитационные мероприятия.

В группах с первичным и вторичным гипогонадизмом (18 и 36 чел.) уже через 6 месяцев после отмены лечения было вновь зарегистрировано ухудшение сперматогенеза и снижение показателей спермограмм до 1—2 баллов. В связи с этим больным назначалась реабилитационная терапия малыми дозами андрогенов (по 0,005—0,0025 метилтестостерона) на 72 дня, комбинированного витаминного препарата декамевита, фолиевой и глютаминовой кислоты, настойки родиолы розовой — на 1 месяц, а также рекомендовалось соблюдение режима труда и отдыха, полноценное питание, прекращение курения и приема алкоголя. Проведение повторных поддерживающих курсов (1—2 в год) позволило сохранить сперматогенез на достаточном уровне и длительное время. Очевидно, сперматогенная функция сертолиевых клеток, особенно у больных с первичным и вторичным гипогонадизмом, восстановленная под влиянием лечения, на первых этапах лечения носит временный характер, стабилизируясь лишь под влиянием повторных курсов лечения.

В группе больных с нормогонадотропным гипогонадизмом, обусловленным хронической табачной и алкогольной интоксикацией или профессиональными вредностями (20 чел.), после лечения и прекращения курения и злоупотребления алкоголем, а также устранения профессиональных вредностей сохраняется

сперматогенез на необходимом уровне без проведения реабилитационной терапии.

Стабильные показатели нормальных спермограмм после лечения наблюдались и в группе пациентов, где проводилась коррекция эндокринно-обменных нарушений. Больным же с обострением хронических воспалительных заболеваний простаты и мочевыводящих путей (20 чел.) требовалось дополнительное лечение. Только повторные курсы противовоспалительной терапии (пирогенал, массаж простаты, антибиотики), 1—2 раза в год, позволили сохранить сперматогенез на достаточном для оплодотворения уровне.

При варикоцеле оперативное лечение для восстановления генеративной функции дало положительный эффект у 6 из 8 оперированных больных. Однако при осложнении в послеоперационном периоде (вторичное заживление шва, лихорадка) необходимо проводить профилактическое лечение витаминами и биостимуляторами.

Следовательно, комплексная санация всего организма, максимальное устранение всех вредных факторов, препятствующих сперматогенезу, позволяют длительное время сохранять нормальный уровень репродуктивной функции. Частичным с первичным и вторичным гипогонадизмом требуется проведение повторных курсов медикаментозной терапии для поддержания сперматогенеза на необходимом уровне. За всеми пациентами до наступления беременности у их жен необходимо динамическое наблюдение за состоянием репродуктивной функции с целью своевременной коррекции возникающих нарушений. Во всех случаях при наблюдении за характером восстановленного сперматогенеза рецидивы ухудшения генеративной функции, в основном, наблюдаются в первые три года, что требует обязательного периодического наблюдения с исследованием спермы через 6 месяцев и проведением поддерживающей терапии при ухудшении качественного состава спермы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базарнова М. А. и др. Лабораторная диагностика мужского бесплодия. Метод. рекоменд. М., 1979.
2. Каган С. А. Стерильность у мужчин, Л., 1974.
3. Молнер Е. Общая сперматология, Будапешт, 1969.
4. Породоминский И. М. Половые расстройства у мужчин, М., 1968.
5. Тетер Е. Гормональные нарушения у мужчин и женщин, Варшава, 1968.