

Развитие рецидивирующих инфекций на фоне урогенитальной атрофии относят к тяжелой форме ее проявления. Нерациональное назначение курсов антибактериальной терапии приводит к нарушению микробиоценоза у пациенток, развитию дисбиоза как во влагалище, так и в желудочно-кишечном тракте и, вероятно, может быть одной из причин рецидивов заболевания. При наличии урогенитальной атрофии создаются условия для возможного инфицирования нижних мочевых путей, однако, по литературным данным, частота их не превышает 11,8 %. При предварительном сравнении эффективности традиционной терапии и комбинированной терапии с эстриол содержащими свечами (по разработанной нами схеме) через первые 3 месяца терапии имеется разницы в объективных показателях вагинального исследования и выполненной цистоскопии. На фоне лечения во 2-й группе у 12,3 % пациенток в течение первого месяца терапии возникли рецидивы циститов, у пациенток 1-й группы за время наблюдения рецидивов не было. Всем пациенткам, имеющим рецидив заболевания в контрольной группе в последующем была назначена локальная ГЗТ сразу по разработанной схеме.

Выводы

Использование локальной ГЗТ является основой в лечении данной группы пациентов, позволяющая значительно улучшить самочувствие у данной группы пациентов и изменить их качество жизни. Комбинированное лечение с использованием локальных форм ГЗТ является объективно предпочтительной и безопасным так как не обладает системным действием. Локальная ГЗТ позволяет быстрее восстановиться вагинальной микроэкологии, активизирует защитное действие лактобацилл (оно проявляется в продуцировании перекиси водорода, адгезии на эпителиальных клетках, восстановлении и поддержке естественной микрофлоры, антагонистических свойствах в отношении условно-патогенных микроорганизмов). В целом это и препятствует развитию рецидивов заболевания в последующем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома болезненного мочевого пузыря / А. В. Зайцев [и др.] // Русский медицинский журнал. — 2013. — № 5. — С. 76–78.
2. Лоран, О. Б. Лечение и профилактика хронического рецидивирующего цистита у женщин / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова // Consilium medicum. — 2004. — № 7 (6). — С. 31–35.
3. Неймарк, А. И. Дизурический синдром у женщин / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк, Ю. С. Кондратьева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 246 с.
4. Пушкарь, Д. Ю. Уродинамические исследования у женщин / Д. Ю. Пушкарь, Л. М. Гумин // Клиническое руководство. 2006. — 136 с.

УДК 616.97 + 612.616.31

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Симченко Н. И.¹, Анашкина Е. Е.¹, Быкова О. О.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Могилевская областная больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Производство спермы происходит под контролем эндокринной системы. Гипоталамус посылает в гипофиз гонадотропный гормон (ГнТГ); гипофиз выделяет фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и лютеинизирующий гормон (ЛГ), поступающие в клетки Лейдига в яичках; которые вырабатывают тестостерон; заставляющий клетки Сертоли производить клетки спермы. Как правило, гормональный статус при бесплодии у мужчины исследуют только после получения у пациента патологической спермограммы (снижено количество сперматозоидов, есть сперматозоиды измененной формы — с двумя головками, с двумя хвостами, без хвоста и т. п.) да и то, далеко не всегда, хотя гормональные исследования нередко позволяют определить причину патологических изменений. Традиционным является иссле-

дование тестостерона, ЛГ и ФСГ. Если причина гормональных нарушений в яичках — такую гормональную недостаточность называют гипергонадотропный гипогонадизм; если в регулирующих структурах головного мозга (гипоталамусе и гипофизе) — эта недостаточность носит название гипогонадотропный гипогонадизм.

Однако, традиционных исследований зачастую недостаточно, и, после получения результатов обследования, пациент нередко переносится в группу идиопатического бесплодия. Безусловно, в ряде случаев необходимо комплексное исследование гормонального статуса, включающее исследование и половых гормонов, и гормонов коры надпочечника, и щитовидной железы, однако, необходимость в этом возникает не часто.

При комплексном гормональном исследовании мужчин с бесплодием все чаще выявляются нарушения по тем гормонам, которые традиционно не оцениваются — эстрадиол, прогестерон, пролактин.

Материал и методы исследования

В течение 2010–2016 гг. проведено обследование и лечение 52 мужчин с бесплодием. Возраст от 25 до 45. Отсутствие зачатия ребенка в течение года (12 месяцев) без использования методов контрацепции. Гинекологической патологии, препятствующей зачатию, у партнерш не выявлено. Воспалительные заболевания половой сферы, препятствующие зачатию, отсутствовали. Всем пациентам выполнено обследование на ЗППП, УЗИ предстательной железы, семенных пузырьков, мошонки, ПРИ, спермограмма, анализ крови на половые гормоны. Исследовались: прогестерон, эстрадиол, ФСГ, ЛГ, пролактин, свободный тестостерон.

Результаты исследования и их обсуждение

Нарушения уровня свободного тестостерона и пролактина выявлено не было.

Высокий уровень (норма 1,5–12,4 мМЕ/мл) ФСГ выявлен у 9 пациентов. У 3 из них уровень превышал 1000 мМЕ/мл.

Снижение ФСГ выявлено у 4 пациентов — $1,2 \pm 0,2$. Два пациента с повышенной массой тела, 2 — принимали анаболики, занимаясь спортом.

Повышение ФСГ и ЛГ выявлено у 5 пациентов, что являлось свидетельством гипогонадизма. Изолированного повышения ЛГ не выявлено.

У 11 мужчин выявлен повышенный уровень эстрадиола 266 ± 24 (норма 94,8–223 пмоль/л). Восемь пациентов имели избыточную массу тела. Индекс массы тела (вес (в килограммах) разделить на возведенный в квадрат рост (в метрах), то есть ИМТ = вес (кг): (рост (м))²) был от 30 до 35. Один из них курил более пачки сигарет в день, 2 около 10–12 сигарет в день. Двое пациентов принимали карбомазепин по поводу невралгии тройничного нерва.

У 6 больных выявлено снижение эстрадиола в пределах 72 ± 5 пмоль/л. Понижение эстрадиола у мужчин, может быть вызвано резкой и значительной потерей веса, курением, диетой с высоким содержанием углеводов и низким — жиров (вегетарианство).

Повышать эстрадиол у мужчин необходимо, поскольку он влияет на нормальный рост костей, усиливает обмен костной ткани, снижает уровень холестерина, повышает свертываемость крови. Кроме того, эстрадиол обладает анаболическим действием, способствует задержке воды и натрия в организме.

Повышенный уровень прогестерона $5,5 \pm 0,2$ (норма 0,7–4,3 нмоль/л) выявлен у 3 пациентов.

Пониженный уровень прогестерона $0,5 \pm 0,05$ выявлен у 4 пациентов.

При пониженном уровне прогестерона, повышении эстрадиола, повышении ФСГ рекомендовался прием кломифена по 50 мг 1 (2) раза в день в течение 3 месяцев. При повышенном ФСГ положительных результатов не получено.

Выводы

1. Эстрадиол повышен у мужчин, которые страдают от лишнего веса, поскольку избыточная масса тела у мужчин способствует накоплению в жировой ткани эстрогенов. Поэтому для решения проблемы, необходимо избавиться от лишних жировых отложений.

2. Причиной низкого уровня эстрадиола может быть не диагностированный хронический простатит.

3. Если ФСГ выше нормы, лечение, как правило, не эффективно. Гормон ФСГ перерабатывает мужские гормоны в женские. Если снижение уровня ФСГ связано с приемом анаболических гормонов, то у половины пациентов отмена препарата нормализует уровень ФСГ.

4. Повышенный уровень прогестерона в течение длительного времени привел к атрофии яичек у 1 пациента, что не позволило получить желаемый результат лечения.

5. Снижение ИМТ дало эффект у 8 из 10 пациентов с гормональными нарушениями.

6. Отказ от курения дал эффект у 2 пациентов из 6.

7. Назначение кломифена привело к нормализации уровня прогестерона и эстрадиола у 14 пациентов.

8. При диагностике мужского бесплодия необходимо исследовать гормональный статус.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мужское бесплодие при нормозоозоспермии / В. А. Божедомов [и др.] // Тезисы Всерос. конф. «Мужское здоровье». — М., 2003. — С. 15.

2. Кузьмичев, Л. Н. Экстракорпоральное оплодотворение. Отбор, подготовка и тактика ведения больных / Л. Н. Кузьмичев, В. И. Кулаков, Б. В. Леонов. — М., 2001. — С. 165.

3. Кулаков, В. И. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В. И. Кулаков, В. Н. Серов. — М., 2001. — С. 564.

УДК 616.65-002:616.697

РОЛЬ И МЕСТО ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА В СТРУКТУРЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Симченко Н. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, только в США ежегодно хроническим простатитом (ХП) болеет около 3 млн мужчин трудоспособного возраста [С. Д. Дорофеев, А. А. Камалов, 2003]. В России, по данным отечественных ученых, этим заболеванием страдает от 8 до 35 % мужчин в возрасте 20–40 лет [О. Б. Лоран, А. С. Сегал, 2002, В. Н. Ткачук и др., 2006], а в мире, согласно последним эпидемиологическим данным, ХП встречается у 2,5–16 % мужчин. Лечение ХП обходится пациентам значительно дороже лечения сахарного диабета 1 типа.

Под маской ХП может протекать более 20 различных заболеваний, поэтому при недостаточном обследовании нередко диагноз ХП является «корзиной для клинически неясных состояний» [Е. Б. Мазо и др., 2002]. По выражению J. C. Nickel (1999), «хронический простатит — проклятый вопрос урологии, болото и трясина, которые, однако, должны быть преодолены». Он назвал простатит «последним рубежом урологии» [2000], чему свидетельствует отсутствие до настоящего времени доказанного этиологического фактора или эффективного способа лечения ХП/СХТБ. М. А. Pontari (2003) приводит сведения, что при микробиологическом исследовании секрета и биоптатов простаты в 26 % результаты исследований не совпадают, а при посеве биоптатов предстательной железы у 120 пациентов с ХП/СХТБ и 60 пациентов без симптомов ХП в работах различных авторов [4.7.11] показано, что у мужчин с нарушениями функции предстательной железы сперматозоиды характеризуются сниженной подвижностью и жизнеспособностью. При семяизвержении простата человека выделяет около 0,5–1 мл секрета, который имеет слабокислую реакцию. О наличии секрета простаты в семенной жидкости можно судить по обнаружению продуцирующих предстательной железой веществ — кислой фосфатазы, лимонной кислоты, цинка. Считается, что основная функция секрета простаты заключается в обеспечении транспортировки сперматозоидов. Помимо этого, секрет простаты оказывает влияние на различные характеристики сперматозоидов, как подвижность, жизнеспособность, усвоение сперматозоидами фруктозы и кисло-