

A SZEXUÁLIS ÉS REPRODUKTÍV FÉRFI EGÉSZSÉG HELYREÁLLÍTÁSA. A SPERMAÜRÜLÉS ZAVARAI ÉS TOXIKUS MEDDŐSÉG A KEZELÉS SZANATÓRIUMI SZAKASZÁBAN

Tomszkei Balneológiai és Fizioterápiás Tudományos Kutatóintézet

ELŐSZÓ

Az ismertető az orvosok számára a férfi meddőség diagnosztizálásának, osztályozásának és kezelésének kérdéseit tükrözi. Értékelésre kerül a páciensek pszichofiziológiai állapota, valamint dinamikája a szanatóriumi rehabilitáció szakaszában végzett komplex fiziobalneológiai kezelés során. A jelen ismertető elsősorban a fizioterápia és a balneológia területén dolgozó orvosoknak szól.

Az ismertető összeállítói: Kolmacuj I. A. tudományos főmunkatárs, az orvostudományok kandidátusa; Neplobov E. A. tudományos munkatárs, az orvostudományok kandidátusa; Viszotyina O. K. szakorvos.

BEVEZETÉS

A WHO meghatározása szerint meddőnek az a házasság tekintendő, amelyben a nemzőképes házastársak közötti rendszeres szexuális élet mellett, bárminemű fogamzásgátló eszköz vagy szer alkalmazását mellőzve egy év lefolyásán belül nem következik be terhesség. A házasságon belüli gyerekhiány problémájának szociális jelentőségét nehéz túlbecsülni, tekintve annak sokoldalú jellegét, beleértve a családi kapcsolatok ingatagságát, a kisebbségi komplexus kialakulását a házastársaknál, a társadalmi életben való részvételük csökkenését, nem beszélve a demográfiai mutatókra vonatkozó hatásról.

A meddő házasságok előfordulásának arányát tekintve a 15 %-ot meghaladó érték a WHO szerint már országos jelentőségű problémát jelent. A férfi meddőség iránti érdeklődés a férfiak között előforduló fogamzóképesség viszonylag magas arányával magyarázható, ami átlagosan eléri a 30-50 %-ot. A férfi meddőség struktúrájával kapcsolatos adatok viszonylag csekély terjedelműek és ellentmondásosak. A férfi meddőség alapvető okai a különböző szerzők adatai szerint a következők lehetnek: nemzőszervi fertőzés – 11%, endokrin patológia – 2-15%, genetikai tényező – 2%, obstruktív azoospermia – 5-15%, idiopátiás oligo-, asteno- teratozoospermia – 15-20%. A páciensek 30-35% esetében két vagy több tényező egyidejű jelenléte mutatható ki. A férfi meddőség (infertilitás) struktúrájában előfordulhat még a szexuális és/vagy ejakulációs diszfunkció, valamilyen immunológiai tényező, káros ökológiai (toxikus) hatások.

A férfi meddőség diagnosztizálásának alapvető kritériuma az ejakulátum vizsgálata, amelyet a WHO bizottságának szaporodással kapcsolatos előírásai szerint végeznek. A spermaelemzést két alkalommal végzik, 14-15 napos intervallummal, legalább 3, de nem több mint 7 napos önmegtartóztatást követően.

Ha a két vizsgálati eredmény jelentősen eltér egymástól, egy harmadikat is el kell végezni. A spermaminta kinyerésének módszere – a maszturbáció. A megszakított nemi aktus során kapott, vagy az óvszerben maradt minta erre nem alkalmas. A sperma begyűjtésére egy steril műanyag tégely szolgál, melyet előzőleg megvizsgáltak a spermatozoidákra (ondósejtekre) veszélyes mérgeanyagok jelenléte tekintetében. A nem teljes mennyiségben begyűjtött sperma vizsgálatra alkalmatlan.

A sperma tárolásával és szállításával kapcsolatos mindennemű műveletet kizárólag 20C és 36C közötti hőmérsékleti tartomány mellett kell végezni. Két spermogramm megléte esetén a jobb eredmény kerül felhasználásra. Mindeközben figyelembe veendő, hogy a sperma fertilitásának legmagasabb diszkriminatív mutatójának az ondósejtek mozgékonyasága számít.

A sperma biokémiai elemzése az ejakulátum morfológiai és fiziológiai vizsgálata szempontjából lényeges, ami a spermatogenezis patológiai értékeléséhez lényeges. Az infekcionális screening elvégzése az alábbi vizsgálatok elvégzésén alapul: az ureter, a prosztataváladék citológiai analízise, a sperma és (vagy) a prosztataváladék bakteriológiai elemzése: a klamídia-, mikroplazma, ureoplazma- és citomegalovírus-teszt. A genitáliák fertőzésére utaló másodlagos jelek a következők: a sperma normális mennyiségének megváltozása, az ondósejtek mozgékonyaságának és agglutinációjának zavara, a sperma és a nemi mirigyek váladékának biokémiai tulajdonságaiban bekövetkező változások.

Az eszközös diagnosztika a termográfiát és az ultrahang-vizsgálatot foglalja magába. Az immunológiai vizsgálat: a meddőség immunológiai vizsgálatát azoknál a pácienseknél végzik el, akiknél az ondósejtek agglutinációjának megléte, és a reprodukív funkció kimutatható zavarának hiányában több mint 5 éve meddőség tapasztalható. Hormonális vizsgálat: akkor végzik, ha a herék normális mérete mellett az ondósejtek mennyisége kevesebb mint 5 millió/ml. Meghatározásra kerül a follikulusztimuláló hormon (FSH) koncentrációja a vérplazmában, mely teszt eredménye lehet: normális vagy magas. A tesztoszteron koncentrációjának mérése hipogonadizmus vagy az FSH nem magas szintje, illetve patozootermia esetén szükséges. Az eredménye lehet: normális vagy alacsony. A prolaktin mérése szexuális elégtelenség esetében történhet, és az eredménye lehet: normális vagy magas. A hormonok normatív mutatóinak meghatározása a gyógyászati intézmény valamennyi laboratóriumában individuálisan történik. A páciensek orvos-genetikai vizsgálata oligo- teratozoospermia esetében történik. A citogenetikai és morfológiai módszerek lehetővé teszik az elváltozások fokának megállapítását a spermatogenezis bármelyik szakaszában, meghatározzák és segítik a házastársak vezetését, hogy az örökletes patológiával történő gyermekszületés kockázatát csökkentsék.

Tesztikuláris biopszia: azoospermias, normális hereméretű, és normális FSH vérplazma-koncentrációjú pácienseknél végzik. A teszt során értékelésre kerül: a normospermatogenezis, a hypospermatogenezis és az aspermatogenezis. Általában nyitott biopsziát javasolnak, és spermatogenezis fennállása esetén az ivarszatórnák egyidejű korrekcióját. Ez a módszer lehetővé teszi az azoospermia obturációs és nem obturációs formái közötti differenciált diagnosztizálást, meghatározva a patológiás folyamat fokát. Koponya- és töröknnyereg-röntgent a hipofízis daganatára vonatkozó gyanú, avagy hipotalamo-hipofizáris elégtelenség esetén végeznek.

A házasságon belüli meddőség tekintetében érintett férfiak komplex klinikai-laboratóriumi vizsgálatát követően megállapítandó a klinikai diagnózis, amely meghatározza a további kezelés jellegét.

A férfi meddőség osztályozása

- * Szekretorikus meddőség
- * Elsődleges (született vagy szerzett) hereelégtelenség
- * Másodlagos hereelégtelenség:
 - centrális eredetű (a hipotalamo-hipofizáris rendszer rendellenessége)
 - diskorrelációs (a kiválasztási mirigyek és más belső szervek funkciójának rendellenessége)
- * Excretorikus meddőség
- * A genitourinális rendszer gyulladása vagy fejlődési rendellenessége
- * Kiválasztási-obturációs meddőség (született vagy szerzett)
- * Aspermatizmus
- * Immunális meddőség
- * Több tényezőjű meddőség (két vagy több faktor megléte)
- * Idiopátiás meddőség (a beható vizsgálat által sem kimutatható okú meddőség)

A MÓDSZER LEÍRÁSA

A MÓDSZER FORMULÁJA: A kiválasztási-toxikus meddőségben szenvedő férfiak pszichofiziológiai adaptációjának értékelése a rehabilitáció szanatóriumi szakaszában a Spielberg - Hanin féle reaktív-személyiségi izgatottsági skála szerint a fiziobalneológiai kezelés kezdeti, középső és befejező szakaszában, melyet racionális pszichoterápia követ. A reprodukív funkciók rendellenességében szenvedő páciensek számára kidolgozott komplex gyógyászati-rehabilitációs program, melynek része a reaktív izgatottság értékelése és az azt követő pszichokorrekción, elősegíti a páciensnek a kezeléshez és a mindennapi élethez való alkalmazkodásának magas szintjének biztosítását.

A MÓDSZER ANYAGI-MŰSZAKI BIZTOSÍTÁSA

* EMF-IV (КВЧ-ИК) milliméteres hullám-terápia + infravörös terápiás készülék, hordozható, 2 csatlakoztatható fejjel - cserélhető sugárzóval.

* Diadinamikus árammal történő kezelésre szolgáló DT50-04 Tonus-2M (ДТ50-04 «Тонус-2М») készülék, melynek gyártója a «ИНИИ МП-Вирта» Rt., reg.: 77/29-15.

* „Gyöngyfürdők”, T 36-37 50C, légnyomás 0,5-1 atm. (В.Т. Олифиренко «Водотеплолечение», М, «Медицина» 1978, С 157-158).

* Iszappakolás a Krasznajarszk területi Plahino-tóból (Borovoje) származó édesvízi iszappal, amely megfelel A gyógyászati iszapok minőségi értékelésével kapcsolatos kritériumokban foglalt módszertani javaslatoknak.

* Iszapkezelés a tomszki járási Kandika Barabinszkovóból származó alföldi édesvízi szulfidmentes iszappal, melynek fizikai-kémiai sajátosságai megfelelnek A gyógyászati iszapok minőségi értékelésével, felderítésével, felhasználásával és tárolásával kapcsolatos kritériumoknak.

* A Spielberger-Hanin reaktív-személyiségi izgatottsági skála alkalmazása A Spielberger reaktív-személyiségi izgatottsági skála alkalmazásának rövid ismertetőjében foglaltakkal.

A MÓDSZER ALKALMAZÁSÁNAK TECHNOLOGIÁJA

A spermaürülési zavarban, toxikus meddőségben szenvedő páciensek esetében a rehabilitáció szanatóriumi szakaszában elvégezték a pszichofiziológiai adaptáció értékelését a fizio-balneológiai kezelés kezdeti, középső és befejező szakaszában, melyet racionális pszichoterápia követett.

1. SPINOR készülékkel végzett milliméteres hullám-terápia alkalmazásának módszere. Az ágyéki terület biológiailag aktív YC-3 pontjára (szeméremcsont területe) közvetlenül elhelyezik a SPINOR készülék biorezonancia sugárzóját. A ráhatás időtartama 15 perc naponta, 10 alkalommal. A milliméteres hullám-terápia alkalmazásával egy napon elrendelhető a „gyöngyfürdő”, T 35 50C, 10 perc időtartamra naponta, 10 alkalommal, illetve tőzegpakolást az ágyéki zónára. A tőzegpakolást 5 cm vastagságban helyezik el az ágyéki részre (egészen a csípőig). Az első és második napon a tőzeg hőmérséklete 40-50 C fok, a kezelés időtartama 20 perc. A 3. és 4. napon a hőmérsékletet 42-50 C fokra emelik, 30 perces időtartamra. A további kezeléseket 44-50 C fok közötti hőmérsékleten tartják napi 30 perces időtartamra, 10-12 alkalommal. A kezeléseket meleg zuhannyal zárulnak, amit 2 óráig követ.

2. Szapropél rektális tamponnal végzett kezelési módszer. A páciens előzetesen kiürített végbelébe lassan 120-150 ml 38-40 C fokos szapropélt vezetnek be. Az iszaptampon bevezetését követően a páciens a hasára fektetik; 10-20 perc múlva a bal oldalára fordul. Az iszaptampon mindaddig a végbélben marad, míg nem következik be az ürítési kényszer (átlag 40-60 percen át). A kezelést naponta vagy másnaponta

végzik, 10-12 alkalommal.

A fenti módszerrel ugyanazon napon el lehet kezdeni a diadinamikus áramokkal történő kezelést a Tonus 2M készülékkel a gátra (perineumra) összpontosítva, a keresztirányú módszernek megfelelően a következő eljárással: kétütemű egyenáram, modulált áram rövid periódussal, modulált áram hosszú periódussal, mindkettő 4 percig, 5-15mA áramerősséggel, miközben a katódot a gátra, az anódot pedig a csípő-keresztcsonti régióban, az L3-L5 magasságában. A kezelés 10-12 alkalomból áll. A rektális szapropél tamponos kezeléstől mentes napokon 37-50 C fokos „gyöngyfürdő” alkalmazandó 10 perces időtartammal, 10-12 alkalomra.

A 3-4 alkalomtól kezdve a páciensek prosztatamasszázst kapnak naponta vagy minden másnap, 10-12 alkalomból álló kezelés keretében. Atabekov-féle komplex gyógytorna is alkalmazható. A páciensek a javaslatoknak megfelelő gyógyszeres kezelésben, továbbá a gerinc keresztcsonti régiójára irányuló masszázsban is részesülnek. Valamennyi páciens esetében Spielberger - Hanin féle reaktív-személyiségi izgatottsági skála szerint értékelést végeznek a kezelés kezdeti, középső és befejező szakaszában, melyet racionális pszichoterápia követ.

JAVALLATOK

- * Spermaürülés zavarai - toxikus meddőség; szimptomamentes bakteriospermia.
- * Remissziós szakaszban lévő krónikus prosztatagyulladás, amit reproduktív és kopulatív zavar súlyosbít.
- * Mérsékelten súlyosbodó krónikus prosztatagyulladás.
- * Kongesztív (Posner) prostatitis.
- * prosztatata atonia.
- * Neurovegetatív prostatopathia.

ELLENJAVALLT

- * Minden fizio-balneoterápiás ellenjavallat.
- * Akut prosztatagyulladás.
- * Kifejezett súlyosbodási szakaszban lévő krónikus prosztatagyulladás.
- * Prosztata-kövesség.
- * Jóindulatú prosztata-hiperplázia.
- * Prosztata-szklerózis.
- * Az anorektális terület gyulladással megbetegedése.
- * Individuális érzékenység.

A MÓDSZER ALKALMAZÁSÁNAK HATÉKONYSÁGA

A fenti módszer 30 fő, 23-42 év közötti páciens esetében került alkalmazásra, akik 1-8 éve szenvednek spermaürítési zavar -toxikus meddőségben. Minden betegnél elvégezték az andrológiai státus értékelését és a laborvizsgálatokat. Az ejakulátumot oligo- astenozoospermia és bakteriospermia jellemezte. Minden páciens esetében nem specifikus krónikus prostatitist diagnosztizáltak, laboratóriumi leletekkel alátámasztva.

Nagyon sajátos a betegek érzelmi- pszichés állapota. Egy csomó általános és helyi jellegű panaszt soroltak fel. Az izgatott állapotuk különös jellegű fájdalomérzettel párosult. A páciensek valamilyen idegen testet véltek érezni a végbélnyílásuk közelében, járás közbeni hímvessző-fájdalomra, keresztcsonti, illetve a csípő belső oldalán jelentkező sajgásra stb. panaszkodtak. A szakirodalomban szereplő adatok szerint a krónikus prosztatagyulladásban szenvedő betegek 70 %-ánál különböző pszichikai tompultság tapasztalható. A megvizsgált páciensek esetében a pszichikai elváltozások az asteno-hipochondrikus szindrómára vagy asteno-depressziós állapot jellegzetességeit viselték.

Az idegi és pszichikai tevékenység astenizációja a betegek felénél fokozott tompultságban, ingerlékenységben, szétszórtságban fejeződött ki. Az astenizáció némely kopulatív funkció zavarában is jelentkezett, ami a szomatogén depresszív állapotra jellemző.

A betegek csaknem felénél ejakulációs zavar volt megfigyelhető, ami korai magömlésben és a szexuális aktivitás csökkenésében fejeződött ki. A páciensek harmadánál félelem volt tapasztalható attól, hogy rossz szexuális partner, amit ők gyakran és hamisan a szexuális érdeklődés csökkenésével magyaráztak.

A kapott eredmények alapján vélhető, hogy a szaporodási rendszerre lokalizálódó gyulladós folyamat, amely számos esetben csekély helyi szimptomatikával jelentkezett, egészen határozottan a páciens pszichikai szférájának deformációjával járt együtt, ami emocionális stressz, izgatottság, nyugtalanság, általános diszkomfort-érzet formájában jelentkezett. Az ilyen személyek stressz hatására könnyen dezadaptálódnak, kétségbe esnek, és olyan személyiségi problémák figyelhetők meg esetükben, mint a környezet vagy önmaguk által adott értékelés hatására fellépő nagyfokú befolyásolhatóság.

Ezek a személyek kitűnnek a passzivitásukkal, és a saját lehetőségeiket illető önbizalomhiánnyal. A meddő házasságban élő pszichofiziológiai adaptációját a Spielberger-Hanin reaktív-személyiségi izgatottsági skála alapján értékelték ki, ami lehetővé teszi izgatottság mennyiségi mérését úgy az állapotra, mint a stabil személyiségjegyek tekintetében. A személyiségjegyek alapján képet lehet alkotni az izgatottság

iránti fogékonyságról. A reaktív izgatottság – a szubjektívan átélt feszültség, nyugtalanság, aggodalom, idegesség érzetei.

A meddőségben szenvedő betegek reaktív izgatottsági mutatóinak tanulmányozása az alábbi törvényszerűségekre világított rá: a reaktív izgatottság a kezelés 7-12. napjáig (a kezelés közepéig) csökkent, majd a továbbiakban fokozott növekedést mutatott a kezdeti szinthez képest, sőt azt meg is haladta a kezelés végére. A reaktív izgatottság szintjének csökkenése a kezelés közepéig megfelelő reakció a pihenés és a kezelés hatására. A reaktív és személyiségi izgatottság fokozódása a kezelés végére a páciens adaptációs mechanizmusáról (a megszokott életvitelhez való visszatérésre, a saját problémák megoldására való felkészülésről stb.) tanúskodik.

Alighanem az elért pszichés mutató a pszichoterapeuta és a kezelőorvos közös munkájának eredménye, akik mindent megtettek a „gyermektelen család” neurotikus fixáció csökkentése, és a család iránti újabb, kifejezettebb kapcsolatok kidolgozása érdekében. A beteg teljes mértékű informáltsága a saját egészségügyi állapotáról elősegíti a neurotizáció csökkenését, a páciens önértékelésének javulását, s ezáltal az interindividuális kapcsolatainak magasabb szintre emelését. A kezelés végére normalizálódott az alvás, csökkent a zaklatottság, javult a kedély, ami elősegíti a páciens alkalmazkodását a köznapi élethez. A leggyakoribb pszichológiai rendellenesség a szorongásos feszültség volt.

A páciens szorongását az orvosi kezelésekkkel és a kezelési eljárások eredményeinek elvárásával hozták összefüggésbe. A szorongás és annak kifejezettsége negatívan hat a fogamzásra és a terhesség kialakulására. A meddőség olyan eseteit is feljegyezték, ami a szorongásos szindróma alapján kifejlődött hiperprolaktinémia okozott. Olyan függőség is megfigyelhető volt, melynek megfelelően nem minden házaspár volt képes keresztülmenni a meddőséggel kapcsolatos kivizsgálások és kezeléseik procedúráján. Ehhez ugyanis mindennemű szexuális zavart mellőző, stabil házastársi kapcsolatra van szükség.

A pszichikai zavarok kifejlődését meghatározó második legfontosabb tényező a stratégia, amelyet a házaspár a meddőség kezelése érdekében választ. Sokkal csekélyebb szorongás tapasztalható azon esetekben, amikor a házaspár már előzőleg megegyezett a kivizsgálás és kezelés minden szakaszát illetően. A házaspárok meddőségének komplex kezelésének nem csupán a szaporodási funkciók és a szomatikus státus, a szexuális diszharmónia helyreállítására kell összpontosulnia, hanem az erre jellemző pszichikai zavarokkal kapcsolatos rendellenességek korrekciójára is. A pszichikai állapotban fennálló eltérések, és azok individuális jellege egy sor pszichoterápiai feladat elé állítja az orvost.

A komplex terápia alapelveiből kiindulva, ugyanide kell sorolni az infertilis férfiak pszichés zavarainak adekvát korrekcióját az értékelés objektív módjainak alkalmazásakor. A személyiségi devianciák

sajátosságainak tisztázása lehetővé teszi a racionális pszichoterápiás programok értékelését, prognosztizálását és indoklását.

A nehéz esetekben a szaporodási funkciók zavarával küszködő betegek kezelését és megfigyelését két szakorvosnak, az andrológusnak és a pszichoterapeutának közösen kell végeznie. Az adott komplex kezelésben részesülő páciensek esetében megfigyelhető a fájdalom és dysuria szindróma csökkenése, és a kopulatív funkciók enyhülése. A prosztata tapintásos vizsgálata során **megfigyelhető a fájdalom és az ödéma csökkenése, és a tónusának normalizálódása. A prosztataaváladék analizálása a leukociták mennyiségének normalizálódására mutat.**

Az ejakulátum vizsgálata során kimutatható a spermatogenezis stimulációja, a minőségi és mennyiségi mutatók javulása, jelesül az ondósejtek mennyiségének és a mozgékony ondósejtek arányának növekedése, valamint az agglutinációjuk csökkenése. A szóban forgó komplex gyógyászati-rehabilitációs eljárás alkalmazásának közvetlen hatékonysága a szaporodási zavarokkal súlyosbított prosztatagyulladásos megbetegedések kezelésében a megfigyelt csoportok esetében 81,2 és 84,7 százalékos volt.

A távlati eredmények azt mutatták, hogy az elvégzett kezelés több mint 1,5 évre kiható pozitív hatással volt. Patológias fiziobalneológiai reakciót nem tapasztaltak.