

**МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ Ахметжанов Г.Ш.** Медицинский центр «Жансая» г. Талдыкорган **Введение.** Бесплодие вообще, а у мужчин в частности, является актуальной проблемой современной медицины. Это связано с увеличением частоты заболевания половых органов у мужчин, ростом аномалий развития, обусловленных влиянием вредных факторов внешней среды, аллергизацией населения, широким и неконтролируемым применением лекарственных средств и другими факторами. Бесплодие у мужчин приводит к росту бесплодных браков, разводов, семейной трагедии, и наконец, ухудшению демографических показателей. Удельный вес бесплодных браков в мире достигает 16%, причем половина из них обусловлена бесплодием мужчин. Наша задача состоит в том, чтобы помочь в избавлении столь значительного количества людей от такого тяжелого недуга, имеющего большое социальное и государственное значение. Мужское бесплодие представляет собой такое расстройство половой функции, при котором нарушается способность к оплодотворению при сохранившейся потенции. Сроки бездетности должны насторожить врачей для исследования супружеской пары на бесплодие. На сегодняшний день брак считается бесплодным, если беременность не наступает при регулярной половой жизни пары, без предохранения в течение одного года. Основными причинами мужского бесплодия являются нарушения процессов образования полноценных сперматозоидов в яичках, созревание их в придатках яичек, а также обеспечение подвижности сперматозоидов до момента оплодотворения. Различают секреторное и экскреторное бесплодие. Секреторное бесплодие обусловлено врожденной или приобретенной патологией яичек. Врожденное секреторное бесплодие возникает при отсутствии обоих яичек (анорхизм), одного яичка (монорхизм). Довольно часто встречается у детей крипторхизм - неопущение одного или двух яичек в мошонку, которое может быть одно или двухсторонним. Крипторхизм наблюдается в 0,3 % случаев среди взрослого населения, а у детей и подростков в несколько раз чаще, составляет к периоду полового созревания до 2-3 %. В неопустившемся яичке происходит, как правило, поражение семенного эпителия. Поэтому двухсторонний крипторхизм является одной из частых причин мужского бесплодия. В результате перенесенных инфекционных заболеваний (корь, краснуха, тиф и др.) нарушается процесс выработки сперматозоидов. Особое место среди причин приобретенного секреторного бесплодия занимает паротит (свинка), который вызывает изменения сперматогенного эпителия яичка и придатков яичка, где происходит созревание сперматозоидов. Одной из основных причин мужского бесплодия является варикоцеле, так называемое варикозное расширение вен левого семенного канатика. Оно обусловлено следствием механического и температурного воздействием чувствительного сперматогенного эпителия яичка. Пагубное действие оказывают на сперматогенную функцию различные интоксикации (свинец, ртуть, марганец, бензол и др.) Немаловажное значение имеет последствие травм головного и спинного мозга на функцию яичек, так как в процессе регуляции половой функции мужчин непосредственно участвуют гормоны головного мозга, гипофиз, гипоталамус. Тяжелые психотравмы, стрессовые ситуации и глубокие переживания сказываются на сперматогенную функцию яичек. Хронические воспалительные процессы в предстательной железе снижают оплодотворительную способность мужчин в результате спада выработки питательных веществ в половых железах, обеспечивающая подвижность и жизнеспособность сперматозоидов. Злоупотребление алкоголем и табаком вызывают дегенеративные изменения в эякуляте, которые могут привести к мужскому бесплодию. Для нормального развития половых желез необходимо достаточное поступление в организм целого комплекса витаминов. Важное значение придается витаминам: А, С, В, Е. Особое внимание следует уделять питанию в период полового созревания. Согласно современным представлениям, у многих больных бесплодия детерминировано понижением или полным выпадением функции яичек (гипогонадизм). Этиологические факторы, вызывающие гипогонадизм, разнообразны. Различают два вида гипогонадизма - первичный и вторичный. Первичный обусловлен факторами, вредно действующими непосредственно на яички; вторичный гипогонадизм является результатом поражения других эндокринных желез, которые находятся в коррелятивной связи с яичками. Первичное поражение яичек обуславливается, с одной стороны, различными пороками развития полового аппарата, а с другой стороны - множественными экзогенными факторами. В возникновении вторичного гипогонадизма наиболее важную роль играет недостаточность гипофиза, поражение коры надпочечников и заболевание щитовидной железы. **Материалы и методы.** Настоящее исследование выполнено на базе медицинского центра «Жансая» г.Талдыкорган. Диагностика бесплодия, в основном, базировалась на следующих моментах: анализе, общем обследовании больного, изучении и обследовании половых органов, исследовании эякулята и у некоторых, биопсия яичка. В медицинском центре «Жансая» обследовано 25 больных с мужским бесплодием. Из 25 пациентов секреторное бесплодие было выявлено в трех случаях (12%), экскреторное бесплодие в двух (8%), остальные 20 пациентов были с сочетанной формой бесплодия (80%). Секреторное бесплодие определяли с помощью развернутой спермограммы. Экскреторный тип бесплодия выявлялся с помощью «генитографии», в частности, у двух больных с экскреторным типом бесплодия был выявлен «ложный асперматизм» (забрасывание эякулята в мочевой пузырь). Особое внимание привлекло сочетанная форма бесплодия. Все 25 больных были больны или когда то перенесли воспалительные заболевания мочеполовых органов - предстательной железы, семенных пузырьков, семявыносящего протока, уретры. **Результаты.** При обследовании моноинфекция, выявленная развернутой спермограммой включала: хламидии-3 случая (12%); стафилококк-3 (12%); микоплазм-4(15%). Следующая подгруппа - это больные 2 группы инфекции: хламидии, Гарднереллы-2 (8%), хламидин,

микоплазмы-2 (8%); хламидии, стафилококки-2 (8%); Гарднереллы, стафилококки-1 (4%). И последняя подгруппа с тремя и более группами инфекции: хлами-дии, Гарднереллы, микоплазмы-1 (4%); микоплазмы, стафилококки, Гарднереллы-2 (8%). Таким образом, хла-мидийную и микоплазменную инфекции мы выявили у 16 пациентов (64%), а у остальных 4-х (16%) определя-лась банальная инфекция. **Обсуждение.** Поиски методов для улучшения результатов лечения мужского бесплодия ведутся посто-янно. В зависимости от того, какие этиопатогенетические факторы вызывают бесплодие, различают три вида лечения: общеукрепляющее, медикаментозное, хирургическое. Общеукрепляющее лечение предусматривает, прежде всего, нормализацию образа жизни. Полноценный и достаточно продолжительный сон, спорт, рациональное питание, ограничение или полное устранение нико-тина и алкоголя. Пища должна содержать достаточное количество белков и углеводов. Особое внимание следу-ет уделить наличию витаминов Е и А, а также Д. Большое место при лечении бесплодия занимают гормональные препараты: андрогены, гонадотропины, кортикостероиды и гормоны щитовидной железы. Следует отметить, что преобладающее большинство авторов пользуются витаминами А и Е на протяжении 6-8 недель. Витамин А широко используется как антиэстроген, витамин Е как синергист андрогенов. Витамины группы В способствуют дезактивации эстрогенов. Медикаменты должны восполнять ферменты семенной жидкости-в первую очередь гиалуронидазу. Гиалуронидаза является важной составной частью семенной плазмы. Исходя из этого, необходимо стремиться к увеличению содержания гиалуронидазы в организме больного. При подборе лекарственных средств мы сочли лидазу наиболее подходящим препаратом. Этот препарат богат гиалуродиназом, значительно улучшает проницаемость тех мембран, которые ответственны за эффектив-ность оплодотворения яйцеклетки. Мы применяли этот лечебный препарат у 25 больных, из которых у 10 была азооспермия и у 15-олигозооспермия. Препарат вводился подкожно по 0,1г. растворенного в дистиллированной воде, ежедневно в течении 10 дней, что считается одним курсом лечения. Повторный курс лечения проводился не ранее 2-х месяцев после 1-го курса. В группе больных, где имелаась обтурация семявыносящих протоков травмой или перенесенным воспа-лением, мы эффект получили у одного больного. Среди больных с олигозооспермией улучшение сперматогене-за мы получили увеличение числа сперматозоидов у 8 из 15. Лечение больных с гормональными нарушениями обычно заключается в гормональной заместительной терапии. Вторичный гипогонадотропный гипогонадизм обусловлен низким уровнем гонадотропинов. Именно при этом виде секреторного бесплодия показано назна-чение гонадотропных гормонов - так называемая заместительная терапия. Хирургическое лечение показано больным с обтурационной азооспермией (аспермией). Операцию вы-полняют при сохранной сперматогенной функции яичек под операционным микроскопом с помощью специ-ального микрохирургического инструментария и нейлоновых нитей 9/0-10/0, с острой иглой. Хотя методы хи-рургического лечения бесплодия достаточно хорошо разработаны, эффект оперативного пособия часто зависит от техники, опыта хирурга и места обтурации. **Выводы**

1. Мужское бесплодие является одной из ключевых проблем здравоохранения, которые имеют социальное и государственное значение.
2. Причиной мужского бесплодия в 80 % составляет сочетанный тип бесплодия в 12 % секреторный и 8 % эк-секреторный тип бесплодия. Целесообразно выделение экскреторно- инфекционной формы бесплодия как ре-ально существующей и наиболее часто встречающейся при воспалительных заболеваниях мочеполовых орга-нов у мужчин.
3. У пациентов с хламидийной и микоплазменной инфекцией необходимо проводить комплексное лечение, ко-торое позволит в короткий срок получить положительные результаты.
4. Активизировать санитарную пропаганду о проблемах мужского бесплодия среди населения через сеть массо-вой информации.

#### **Литература**

1. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Заболевания предстательной железы. Руководство СПб Питер, 2006
2. Тиктинский О.Л., Каменина С.Н. Хламидийный простатит. СПб: Питер, 2001
3. Ю.К.Скрипкин, Г.Я.Шарапова, Г.Д.Селицкий Инфекции, передаваемые половым путем. Москва «Медпресс-информ» 2001
4. В.А.Молочков, И.И.Ильин, Хронический уретрогенный простатит. Москва «Медицина», 2004
5. Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова. Актуальные проблемы урологии. Материалы III- Конгресса урологов Казахстана (25-26 мая 2000г.) Алматы, 2000.

**Еркектер бедеулігі** Ахметжанов Г.Ш. Бүгінгі күні елімізде отау құргандардың 16 пайызы перзент қуанышын кәрмеу қасіретіне душар болып отыр. Ол әрине үлкен қасірет- қайғы... Әкінішке орай, соңғы жылдар кәлемінде бедеулік еркектер арасында кең етек алған. Оның белең алып отырғанын қазір бүркелеп жасырудың еш қажеті жоқ. Соңғы деректерге жүгінсек, еркектер бедеулігі 50 пайызға кәтерілген. Демек, перзент қуанышын кәрмеу қасіретіне еркектерде бірдей жауапты. Енді дәрігерлерге тексерілу мәселесіне келсек, әйелдер болса бірден әйел дәрігерлері-гинекологқа қаралады. Бұл мәселеде еркектердің жағдайы күрделілеу, қашан және қандай мамандарға кәріну керек деген сұрақтар туындайды. Әдетте, еркектер

емханаға терапевтерге, не болмаса оташыларға қаралады. Уролог, оның ішінде андролог маманына қаралу туралы еркектердің көпшілігінде хабары жоқ. Қандастарымыздың бір тобы, өз денсаулығына селкостық танытып: «Иә, жарайды, кейін көрінеміз» деп уақытын өткізіп алады. Сондықтанда, «еркектер бедеулігі», бүгінгі таңда, өзекті мәселелердің біріне айналуда. Соңғы уақыттарда бұл мәселе ел көлемінде көтеріліп, көңіл бөлінуде. Біз уролог-андролог маман ретінде бұл көтеріліп отырған мәселеге ат салысуды жән көрдік. Осы орайда, Талдықорған қаласының «Жансая» медицина орталығында «еркек бедеулігімен» ауырған 25 ауруларға тексеріс жүргіздік. Нәтиже қортындысымен ой бөлістік. Мақаланың арқауы, өзегіде осы машақаты мол, өзекті мәселе-«еркектер бедеулігіне» арналған.