

Айбашов М.Н., Байызбекова Д.А., Сапарбаев А.А.

БИШКЕК ШААРЫНДА ЖАШАГАН ЭРКЕКТЕРДЕГИ ЗААРА-ЖЫНЫСТЫК СИСТЕМАСЫНЫН ООРУЛАРЫНЫН ТҮЗҮМҮНҮН АНАЛИЗИ

Айбашов М.Н., Байызбекова Д.А., Сапарбаев А.А.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ БИШКЕК

M.N. Aybashov, D.A. Bayzbekova, A.A. Saparbaev

ANALYSIS OF THE STRUCTURE MALE GENITOURINARY MORBIDITY SYSTEM IN MEN LIVING CITY OF BISHKEK

УДК: 616.6-036.22

Бишкек шаарында жашаган эркектердеги заара-жыныстык системасынын ооруларынын ретроспективдүү эпидемиологиялык анализи жүргүзүлгөн. Оорулардын структурасы изилденген жана эркектердин тукумсуздугунун (ЭТ) орду аныкталган. Эркектер клиникага ар кандай диагноз менен кайрылган, орточо бир адамга 2ден 4 диагноз туура келген. Кайрылгандардын негизги себептеринин ичинде 82,9% простатиттер, анын ичинде 80,8% өнөкөт простатиттер болгон. Маанилүүлүгү боюнча экинчи орунду уретриттер 15,7%, алардын көпчүлүк бөлүгүн курч уретриттер 15,3% ээлеген. Үчүнчү орунду заара-жыныстык органдарынын ар кандай локализациясындагы 6,6% ыйлаакчасы (киста) ээлеген, басымдуулук болгону бул аталык бездин ыйлаакчасы (киста) 4,4% болгон. Төртүнчү орунду заара-таш жана бөйрөктөгү туз оорулары ээлеген – салыштырмалуу салмагы 5,0% болгон. Эркектердин тукумсуздук (ЭТ) диагнозу Бишкек шаарында жашаган эркектердин заара-жыныстык системасынын ооруларынын структурасында бешинчи орунду ээлеген (4,8%), алардын биринчи тукумсуздугуна 3,3% учуру, экинчи тукумсуздукка 1,3% туура келген. ЭТ патологиялык абалын аныктоо менен байланыштуу: гипоганадотропдук гипогонадизм (8,1%); гипотрофиясы менен болгон аталык без (3,2%); астенозооспермия жана экскретордук тукумсуздук 3,2% учурда байкалган. Башка оорулар эркектердин тукумсуздугунда да (ЭТ), ошондой эле башка ооруларда да кездешет, алардын варикоцеледеги (RR=3,4) ЭТ өсүүсүнүн жогорку тобокелдүүлүгү бар, өзгөчө биринчи тукумсуздук (RR= 4,8) менен болгон байланыш статистикалык мааниге ээ; аталык бездин (кист) ыйлаакчасында (RR>1,5); аденома (предстателдик бездин зыянсыз гиперплазиясы) эркектердин тукумсуздугунун өсүүсүндөгү тобокелдик фактору болуп саналат (RR=1,2) жана баарыдан мурда экинчи тукумсуздукта (RR=4,6). Биринчи тукумсуздук үчүн (RR=3,3), ошондой эле экинчи тукумсуздук үчүн дагы (RR=3,9) өнөкөт простатит (RR=4,6) менен болгон статистикалык маанидеги байланыш бар. Өнөкөт уретрит дагы эркектердин экинчи тукумсуздугу (RR=6,8) менен байланышка ээ.

Негизги сөздөр: эпидемиологиялык анализ, түзүмдүн анализи, оорулардын түзүмү, заара-жыныстык системасынын оорулары, эркектер, репродуктивдүү саламаттык, эркектердин тукумсуздугу.

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости мочеполовой системы у мужчин проживающих в г.Бишкек, изучена структура заболеваемости и определено место занимаемое мужским бесплодием (МБП). Мужчины обращались в клинику с различными диагнозами, в среднем на одного человека приходилось от 2 до 4 диагнозов. Среди основных причин обращения 82,9% были простатиты, в том числе 80,8% это хронические простатиты. Второе место по значительности занимали уретриты 15,7%, из них большую часть занимали острые уретриты 15,3%. Третье место занимали кисты мочеполовых органов различной локализации 6,6%, преимущественно это были кисты яичек 4,4%. Четвертое место занимали мочекаменная болезнь и соли в почках - удельный вес составил 5,0%. Диагноз мужское бесплодие (МБП) занял пятое место в структуре болезней мочеполовой системы мужчин проживающих в г.Бишкек (4,8%), из них на первичное бесплодие пришлось 3,3% случаев, на вторичное бесплодие 1,3%. МБП связано с определенными патологическими состояниями: гипоганадотропный гипогонадизм (8,1%); с гипотрофией яичек (3,2%); астенозооспермия и экскреторное бесплодие наблюдается в 3,2% случаев. Прочие заболевания встречаются как при МБП, так и при других заболеваниях, из них существует высокий риск развития МБП при варикоцеле (RR=3,4), особенно статистически значимая связь с первичным бесплодием (RR= 4,8); при наличии кист яичек (RR > 1,5); аденома (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) является фактором риска развития мужского бесплодия (RR=1,2) и прежде всего вторичного бесплодия (RR=4,6). Есть статистически значимая связь с хроническим простатитом (RR=4,6), как для первичного бесплодия (RR=3,3), так и для вторичного (RR=3,9). Хронический уретрит также имеет связь с мужским 2-м бесплодием (RR=6,8).

Ключевые слова: эпидемиологический анализ, анализ структуры, структура заболеваемости, болезни мочеполовой системы, мужчины, репродуктивное здоровье, мужское бесплодие.

A retrospective epidemiological analysis of the genitourinary morbidity of men living in the city Bishkek was carried out. The morbidity structure was studied and the male infertility ranking was determined. Men went to the clinic with different diagnoses, on average, there were from 2 to 4 diagnoses per person. Among the main causes of treatment, 82.9% were prostatitis, 80.8% of which were chronic prostatitis. The second place in importance was occupied by urethritis 15.7%, of which the majority were acute urethritis 15.3%. The third place was occupied by cysts of the urinary organs, various localizations, of 6.6%, mostly they were testicular cysts 4.4%. The fourth place was occupied by urolithiasis and salt in the kidneys - the share was 5.0%. The diagnosis of male infertility ranked fifth in the structure of the urogenital diseases of men living in Bishkek (4.8%), of which 3.3% accounted for primary infertility, 1.3% for secondary infertility. Male infertility is associated with certain pathological conditions: hypogonadotropic hypogonadism (8.1%); testicular hypotrophy (3.2%); asthenozoospermia and excretory infertility (3.2%). Other diseases are found both with male infertility and in other diseases, among which varicocele presents a high risk of developing male infertility ($RR = 3.4$), the association with primary infertility is especially statistically significant ($RR = 4.8$); with testicular cysts ($RR > 1.5$); adenoma (benign prostatic hyperplasia) is a risk factor for the development of male infertility ($RR = 1.2$) and above all secondary infertility ($RR = 4.6$). There is a statistically significant association with chronic prostatitis ($RR = 4.6$) for both primary infertility ($RR = 3.3$) and secondary ($RR = 3.9$). Chronic urethritis is also associated with male 2nd infertility ($RR = 6.8$).

Key words: epidemiological analysis, ranking, morbidity structure, diseases of the genitourinary system, male reproductive health, male infertility.

Актуальность. Надо признать, что половина случаев бесплодного брака обусловлена мужским бесплодием (МБП), что является большой медико-социальной проблемой [4,6]. Хотя различие мужчин с нормальной и сниженной фертильностью представляет определенные трудности в связи со слабой изу-

ченностью проблемы, с одной стороны, и с определенной ментальностью вопроса в стране с другой. МБП не существует само по себе, но отражает целый ряд различных патологических процессов, происходящих в организме и способствующих развитию патоспермии [1,2,5].

Материалы и методы. Был проведен анализ особенностей уровня и структуры болезней мочеполовой системы (БМПС) у мужчин, обратившихся в урологический кабинет клиники научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения (КНИИК и ВЛ, г.Бишкек) за период 2008-2019 гг.

Выборка состояла из 1289 историй болезней мужчин обратившихся за урологической помощью. Возрастная структура обратившихся мужчин, была следующей: основная масса 92% обратившихся была в возрасте от 20 до 49 лет. Из них $43 \pm 1,4\%$ были в возрасте 30-39 лет, $33 \pm 1,3\%$ - 20-29 лет, и $16 \pm 1,02\%$ - 40-49 лет. Еще $4 \pm 0,54\%$ составили мужчины в возрасте 50 - 59 лет, $3 \pm 0,47\%$ мужчины старше 60 лет, и $1 \pm 0,28\%$ юноши младше 19 лет.

Для оценки риска (RR) были сформированы две группы. В основную группу вошли мужчины с диагнозом бесплодие ($n = 62$), контрольную группу составили мужчины с другими диагнозами, но с сопоставимой возрастной структурой.

Мужчины, обратившиеся с проблемой бесплодия, были в возрасте от 20 до 59 лет. Возрастная структура мужчин с бесплодием: 20-29 лет ($36,1 \pm 6\%$), 30-39 лет ($39,7 \pm 6,3\%$), 40-49 лет ($25,2 \pm 5,02\%$) и 50-59 лет ($5 \pm 2,2\%$).

В качестве контрольной группы мы взяли 1170 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с другими БМПС. Возрастная структура контрольной группы: 20-29 лет ($34,1 \pm 1,4\%$), 30-39 лет ($45 \pm 1,5\%$), 40-49 лет ($16 \pm 1,1\%$) и 50-59 лет ($4,7 \pm 0,6\%$). Возрастные структуры основной и контрольной групп статистически значимых отличий не имеют ($P > 0,05$), в связи с этим данные обеих групп сопоставимы (таблица 1).

Таблица 1

Статистическая достоверность различий возрастных структур основной и контрольной группы

Возраст	Основная группа	Контрольная группа	t Стьюдента	Достоверность P (95% д.и.)
	% $\pm$ m	% $\pm$ m		
20-29 лет	$36,1 \pm 6\%$	$34,1 \pm 1,4\%$	0,038	$P > 0,05$
30-39 лет	$39,7 \pm 6,3\%$	$45 \pm 1,5\%$	0,231	$P > 0,05$
40-49 лет	$25,2 \pm 5,02\%$	$16 \pm 1,1\%$	0,624	$P > 0,05$
50-59 лет	$5 \pm 2,2\%$	$4,7 \pm 0,6\%$	0,634	$P > 0,05$
n	62	1170		

Результаты. Ретроспективный анализ структуры заболеваемости мочеполовой системы у мужчин, проживающих в городе Бишкек, выявил следующие клинико-эпидемиологические особенности. Мужчины обращались в клинику с различными диагнозами. В среднем на 1 человека пришлось от 2 до 4 диагнозов. Среди основных причин обращения за урологической помощью (рис. 1) являются простатиты (82,9 ± 1,05%), в том числе хронические простатиты (80,8 ± 1,09%). Удельный вес острых простатитов составил

2,1%. Второе место по значимости занимают уретриты - 15,7 ± 1,01%, их них большую часть занимают острые уретриты (15,3%). Третье место заняли кисты мочеполовой системы (6,6 ± 0,69%): кисты яичек - 4,2%; кисты почек - 2,2%; кисты простаты - 0,2%. В следующую группу вошли мочекаменная болезнь и соли в почках, их удельный вес составил 5 ± 0,61 %. Мужское бесплодие (МБП) заняло 5 место – 4,8 ± 0,59%, первичное бесплодие составило 3,3%, вторичное бесплодие – 1,3%.

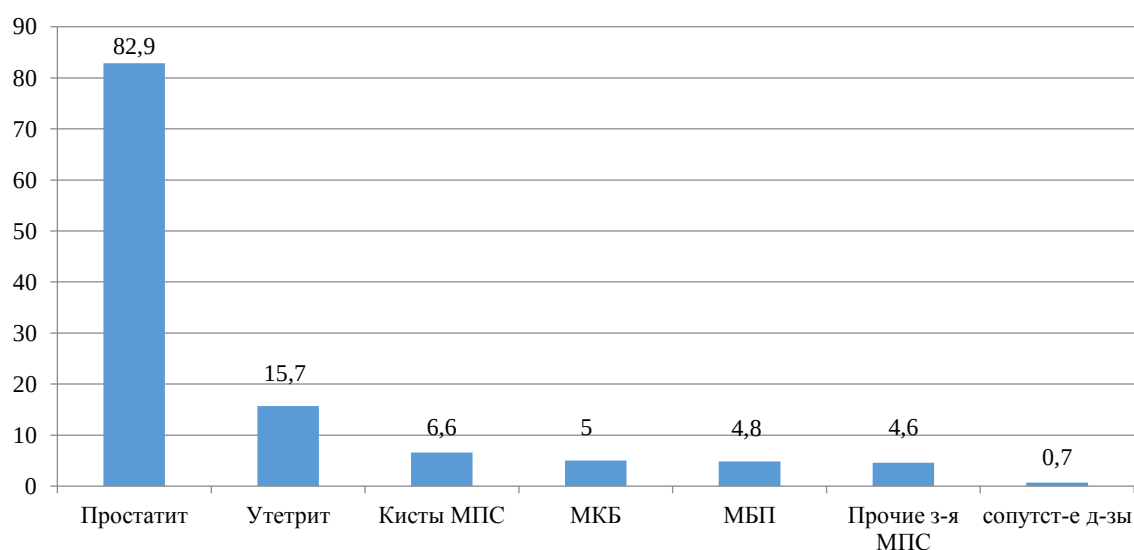


Рис. 1. Основные причины обращения за урологической помощью (%).

Прочие заболевания мужской мочеполовой системы объединили в себя патологические состояния, встречавшиеся в единичных случаях. Их общий удельный вес составил 4,6 ± 0,58%. В сопутствующие диагнозы (0,7±0,2%) вошли холецистит (0,3%), гипертоническая болезнь (0,2%), сифилис (0,2%) и стрептодермия (0,1%).

Как видно МБП является довольно часто встречаемой патологией мужской репродуктивной системы. Всего за период наблюдения в клинику обратилось 62 мужчин, страдающих бесплодием (4,8%). Мы провели оценку риска развития МБП при наличии различных патологических состояний и заболеваний мужской мочеполовой системы.

У мужчин с диагнозом бесплодием в 71% было диагностировано первичное бесплодие и 27,4% вторичное. МБП довольно часто связано с определенными патологическими состояниями репродуктивной системы. Понятие эндокринное бесплодие у мужчин объединяет все формы, связанные с нарушением сперматогенеза и сексуальными расстройствами, протекающими в виде патологических изменений в системе гипоталамус - гипофиз - яички. Эндокринные нарушения проявляются качественными изменениями

метаболизма гормона образования в половых железах, что приводит к недостаточной секреции гормонов, т.е. к гипофункции (андрогенная недостаточность или тестостерон дефицитное состояние).

Андрогенная недостаточность имеет метаболическое происхождение и протекает в виде относительной, или абсолютной гиперэстрогении на фоне пониженного или нормального уровня андрогенов. В зависимости от уровня гонадотропных гормонов выделяется гипергонадотропный и гипогонадотропный варианты гипогонадизма. При гипергонадотропном (первичном) гипогонадизме поражаются непосредственно яички. Среди наблюдаемых случаев МБП 8,1% случаев были связаны с гипогонадотропным гипогонадизмом, который в структуре первичного бесплодия составил 11,4%. 3,2% составили гипотрофия яичек, в структуре первичного бесплодия – 4,2%. Это не противоречит литературным данным. Эндокринная патология, приводящая к нарушению генеративной и копулятивной функции по литературным данным в структуре МБП составляет до 15% [3]. Астенозооспермия и эскреторное бесплодие наблюдались в сумме в 3,2% случаев МБП.

Следующая группа заболеваний яичка и аденомы, которые встречались как в основной группе у мужчин с диагнозом бесплодие, так и в контрольной группе.

Особо следует выделить варикоцеле. Согласно всем учебникам варикоцеле является причиной развития первичного мужского бесплодия. Среди наблю-

давшихся 1232 мужчин, включая основную и контрольную группу, варикоцеле наблюдался в 12 случаях: 2 случая в основной группе, и 10 случаев в контрольной группе (табл. 2). Оценка риска показала, что варикоцеле является фактором риска для развития бесплодия ($RR=3,389$), особенно статистически значима связь с первичным бесплодием ($RR=4,77$).

Таблица 2

Связи МБП и заболеваний МПС

Диагнозы	МБП		Первичное МБП		Вторичное МБП		Контроль
	%	RR	%	RR	%	RR	
Варикоцеле	3,2%	3,4	4,6%	4,8	0		0,9%
Кисты яичек	6,5%	1,5	6,8%	1,6	5,9%	1,4	4,2%
ДГПЖ	1,6%	1,2	0	-	5,9%	4,6	1,3%
Хр. простатит	93,5%	4,6	93,2%	3,3	94,1%	3,9	80,3%
Хр. уретрит	3,2%	-	0	-	11,8%	6,8	0,3%

Также выявлена связь между развитием МБП и кистами яичка, различной локализации. Всего было выявлено 53 случая, из них 4 (6,5%) случая в основной группе и 49 (4,2%) случаев в контрольной группе (табл. 2). Наличие кист яичка является риском развития МБП ($RR=1,534$), причем в равной степени как для первичного бесплодия ($RR=1,635$), так и для развития вторичного бесплодия ($RR=1,421$).

Среди диагнозов встречавшихся в основной и контрольной группе была доброкачественная гиперплазия предстательной железы, в таблице 2. ДГПЖ. Всего было выявлено 16 случаев, 1,6% случаев в основной группе, 1,3% в контрольной. ДГПЖ является фактором риска развития МБП ($RR=1,246$), и прежде всего для развития вторичного бесплодия ($RR=4,574$).

Мы провели анализ как хронические воспалительные БМПС могут повлиять на развитие МБП. Так в основной группе наиболее часто встречающимся сопутствующим диагнозом был хронический простатит (93,5%), в том числе и при первичном бесплодии (93,2%), и при вторичном (94,1%). (табл. 2) Оценка риска подтверждает статистически значимую связь между фактором риска «хронический простатит» и исходом в виде развития «МБП» ($p<0,05$). Показатель относительного риска (RR) развития МБП равен 4,611, для развития первичного бесплодия 3,263, для вторичного – 3,887. Хронический уретрит в исследуемых группах встречался значительно реже хронического простатита, всего 6 случаев и из них 2 случая

при вторичном бесплодии. Оценка риска показала, что имеется статистически значимая связь с МБП ($RR=6,811$).

Закключение. Все вышеуказанные заболевания, сочетающиеся с МБП, ведут к изменению качества спермы. В семенной жидкости содержится комплекс – аминокислоты, липиды, углеводы, протеины, гормоны и ферменты, влияющие на подвижность, жизнеспособность и метаболизм сперматозоидов.

Хронические воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков и придатков яичек ведет к повреждению секреторного эпителия желез, и снижают выработку веществ (кислая фосфатаза, цинк, лимонная кислота, гаммаглутаминтрансфераза, фруктозы, простогландинов, свободный L-карнитин, В-глюкозидаза,) биохимических маркеров необходимых для спермогенеза.

В связи с этим следующим этапом исследования, будет анализ результатов спермограммы, и выявление зависимости ее характеристик от выявляемых диагнозов.

Литература:

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здравоохранению. - М.: Медицина, 2003. - 366 с.
2. Отчет по результатам экспресс-оценки связей в области сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ в Кыргызстане / Д.А. Байызбекова, Н.Н. Сим, М.Э. Сарыбаева, А.Д. Исмаилова и др. - АРЗ/МФПР/ЮНФПА, 2010. - 110 с.

3. Mosher W.D., Pratt W.F. Fecundity and infertility in the United States: 1965-88 / Hyattsville: National Center for Health Statistics // Advance Data from Vital and Health Statistics. - 1990. - N 192. - P.1-8.
4. Эффективность внедрения обучающих программ по репродуктивному здоровью подростков и молодежи в Кыргызской Республике / Г.Т. Айтмурзаева, О.Т. Касымов, А.М. Эрманбетов, Ж.Э. Усупова, Г.К. Аддылова, Р.О. Касимова // Известия вузов. - 2012. - №3. - С. 67-69.
5. Калканбаева Ч.К., Эрботоева Ш.Т. Структура хронических воспалительных заболеваний мочеполовой сферы у супружеских пар с бесплодием // Наука и новые технологии. - 2009. - №6. - С. 102-104.
6. Айбашов М.Н., Касымов О.Т., Байызбекова Д.А. Перспективы создания андрологической службы в Кыргызской Республике // Здравоохранение Кыргызстана. - 2016. - №4. - С. 24-27.

Рецензент: д.м.н., профессор Касимова Р.О.
