Стан репродуктивного здоров'я чоловіків із безпліддям у шлюбі

М.В. Поворознюк, к.мед.н., Український державний інститут репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Досліджено стан дітородної здатності у 1103 чоловіків із безпліддям у шлюбі, які звернулися за медичною допомогою до Українського державного інституту репродуктології НМАПО імені П.Л. Шупика.

Доведено, що андрологічна складова безплідного шлюбу сягає 47,5%. Встановлено, що найбільш частим і значно поширеним чинником порушень генеративної функції у чоловіків є інфекційно-запальні захворювання статевих органів, які діагностуються у 35,5% випадків. Досліджено, що частими причинами репродуктивних розладів є варикоцеле (15,0%) або його поєднання з іншими незапальними ураженнями органів урогенітальної системи (10,4%); патологія одного чи обох яєчок – перенесений орхіт, в т.ч. пов'язаний з епідемічним паротитом, пізно оперований крипторхізм, видалення яєчка внаслідок його травми або перекруту, виражена гіпоплазія обох яєчок неясного генезу (11,3%); нездоровий спосіб життя (8,2%). Показано, що в парах із непліддям, причиною якого вважається трубно-перитонеальна патологія у жінок, частими є порушення фертильності і у чоловіків. Щонайменше вони спостерігаються у 33,6% осіб. Основною причиною зниження репродуктивного потенціалу у цих пацієнтів є інфекційно-запальна патологія урогенітальної системи (51,2%).

Ключові слова: безпліддя в шлюбі, чоловіче репродуктивне здоров'я, причини інфертильності чоловіка.

Безпліддя в шлюбі (БШ) – це дуже поширена патологія у світі, що має не тільки медико-біологічне, а й особистісне, соціальне і демографічне значення [5, 10, 13-17]. Проблема безплідного шлюбу є дуже важливою і для нашої країни. Це пов'язано зі складною демографічною ситуацією, що є наслідком глибокої соціально-економічної кризи [3].

До безпліддя у шлюбі можуть призводити порушення фертильності як у жінок, так і у чоловіків, а також в обох партнерів. Сучасні фахівці стверджують, що в розвитку неплідця порушення фертильності у чоловіків і жінок відіграють приблизно однакову роль. У багатьох країнах генеративні розлади у чоловіків ретельно вивчаються [1, 4, 6-9, 11, 12].

Історично особлива увага в Україні приділялася питанням лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям. Показники дитячої народжуваності і материнської смертності завжди розглядалися не тільки як критерії ефективності діяльності медичних закладів, а й як питання політичні, що визначають загальний рівень розвитку медицини та соціальних стандартів в країні. Чоловіче репродуктивне здоров'я не відносилось до пріоритетних завдань вітчизняної системи охорони здоров'я. Згідно з даними державних статистичних звітів, в Україні розповсюдженість чоловічої складової у безплідному шлюбі в 4-5 разів нижча за жіночу. Дані про неплідця у чоловіків в окремих регіонах країни є дуже неоднорідними та суперечливими. І якщо причини неплідця у жінок і шляхи їх усунення в статистичних звітах МОЗ України висвітлено достатньо детально, то дані про причини безпліддя у чоловіків та шляхи їх подолання фактично відсутні [2, 3].

Враховуючи викладене, для зменшення кількості безплідних шлюбів актуальним є визначення частоти та основних причин порушення чоловічої генеративної функції в парах з неплідцем, наукове обґрунтування й розробка медичних заходів, спрямованих на покращення репродуктивного здоров'я чоловіків.

Матеріали та методи дослідження

Стан репродуктивного здоров'я було вивчено у 1103 чоловіків із БШ, які звернулися за медичною допомогою до Українського державного інституту репродуктології (УДІР) НМАПО ім. П.Л. Шупика. У Києві проживали 53,9% обстежених, 32,5% – в обласних центрах України, 8,3% – в районних містах і лише

5,3% – в невеликих містечках або селах. Пацієнти були з 11 областей України, а також з АР Крим. Переважна більшість (89,9%) осіб мала середню спеціальну, вищу або незакінчену вищу освіту.

У 463 випадках причину безпліддя раніше встановлено не було, зокрема не було визначено генеративну здатність чоловіків (група 1). На нашу думку, показники фертильності в осіб цієї групи можна розцінювати як такі, що відображають стан репродуктивного здоров'я чоловіків із БШ в Україні.

У 640 пар причиною БШ було визнано трубно-перитонеальну патологію – двобічну непрохідність або відсутність обох маткових труб у жінок (група 2). Ці подружні пари було спрямовано до УДІР для лікування безпліддя методом простого запліднення *in vitro* (IVF) в межах державної програми, яка передбачала відсутність порушень репродуктивної функції у чоловіків. Це мало бути підтверджено певним обстеженням і зокрема наявністю нормальних показників спермограми. Чоловіки групи 2 здебільшого вважали себе здатними до батьківства. Особливо наполягали на цьому ті з них, у яких раніше, в теперішньому чи попередніх шлюбах були діти або їхні дружини (партнерки) вагітніли. Втім, при проведенні контрольного дослідження сперми у цих осіб часто виявлялися ті чи інші відхилення параметрів еякуляту, що спонукало до визначення стану їх репродуктивного здоров'я додатково.

Вік чоловіків групи 1 становив від 23 до 61 року, групи 2 – від 21 до 56 років; середній вік відповідно – 33,1 ± 0,29 та 34,1 ± 0,24 року ($p > 0,05$).

Більшість чоловіків як групи 1 (75,6%), так і групи 2 (70,3%) перебували в першому шлюбі. У групі 1 у теперішньому шлюбі частіше спостерігалося первинне безпліддя (79,5% випадків), тоді як вторинне – лише у 20,5% ($p < 0,05$). У групі 2 первинне і вторинне безпліддя зустрічалося з однаковою частотою відповідно: у 53,0 і у 47,0% ($p > 0,05$). Тривалість безпліддя в теперішньому шлюбі в групі 1 сягала щонайбільше 19 років, в групі 2 – 17 років. У великої кількості пацієнтів – у 43,2% в групі 1 і у 64,3% в групі 2 ($p < 0,05$) – БШ спостерігалося 4 роки і більше, тобто було таким тривалим, коли зачаття без медичної допомоги стає малоймовірним. Це було наслідком як пізніх звернень подружжів за медичною допомогою, так і відсутністю ефекту від лікування, яке частина з них отримувала.

Для визначення стану чоловічого репродуктивного здоров'я проводилися:

- детальний збір анамнезу у подружньої (партнерської) пари й окремо у чоловіків;
- загальний огляд та фізикальне обстеження статевих органів чоловіків;
- мікроскопічне дослідження еякуляту;
- мікроскопія уретрального зішкрібку і секрету простати, бактеріологічний посів сперми та спеціальні дослідження для виявлення внутрішньоклітинних збудників – хламідій, уреаплазми, мікоплазми (полімеразна ланцюгова реакція, культуральне дослідження, імуноферментний аналіз);
- трансректальне ультразвукове дослідження простати, органів калитки з доплерографією її судин;
- гормональні дослідження для визначення в сироватці крові вмісту тестостерону вільного і загального, фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів, пролактину та естрадіолу (імуноферментний аналіз, імунохімічне дослідження з електролюмінісцентною детекцією).

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведених досліджень визначено стан репродуктивного здоров'я чоловіків із БШ. Доведено, що у пацієнтів, у яких раніше стан фертильності встановлено не було (група 1), генеративні розлади спостерігаються у 47,5% випадків, тобто є дуже частими. Порушення фертильності у цих осіб проявляються різними змінами кількісних та якісних показників еякуляту та їх поєднанням. Найбільш часто (у 59,4% випадків) відмічається астенозооспермія як ізольована (17,7%), так і в поєднанні з іншими видами патоспермії (41,7%). Часто (25,4%) мають місце запальні зміни спермограми, що проявляються збільшенням кількості лейкоцитів, підвищеною кількістю бактерій, а також аглютинацією сперматозоїдів, підвищеною в'язкістю сперми, малим числом лецитинових зерен, наявністю слизу. Ізольовані запальні зміни спермограми виявляються у 9,1% пацієнтів, в поєднанні з іншими проявами патоспермії – у 16,3%.

У переважної більшості чоловіків із неплідністю у парі визначаються граничні (у 39,5% випадків) та субфертильні (38,0%) порушення еякуляту. Здебільшого за допомогою лікування такі порушення можна усунути, в результаті чого чоловічий репродуктивний потенціал відновлюється. Виражені зміни сперми спостерігаються у 15,5% осіб, що робить їх майже нездатними до запліднення. Аспермія та азооспермія, за наявності яких запліднення неможливе, зустрічаються відносно рідко – у 7,0% чоловіків.

Як показали проведені дослідження, у чоловіків із БШ (група 1) визначається багато факторів вірогідного негативного впливу на дітородну здатність, однак не у всіх пацієнтів вони призводять до порушень фертильності. Так, у 57,0% пацієнтів діагностується різна патологія з боку сечостатевих органів, причому у чверті (24,6%) з них спостерігаються множинні ураження (від двох до чотирьох). Найбільш часто виявляються інфекційно-запальні захворювання органів репродуктивної системи (29,6%) і передусім хронічний простатит (23,1%). Варикоцеле діагностується у 23,5% випадків, патологія одного або обох яєчок різної етіології – у 12,7%.

www.mazm.com.ua
ISSN 2311-7931

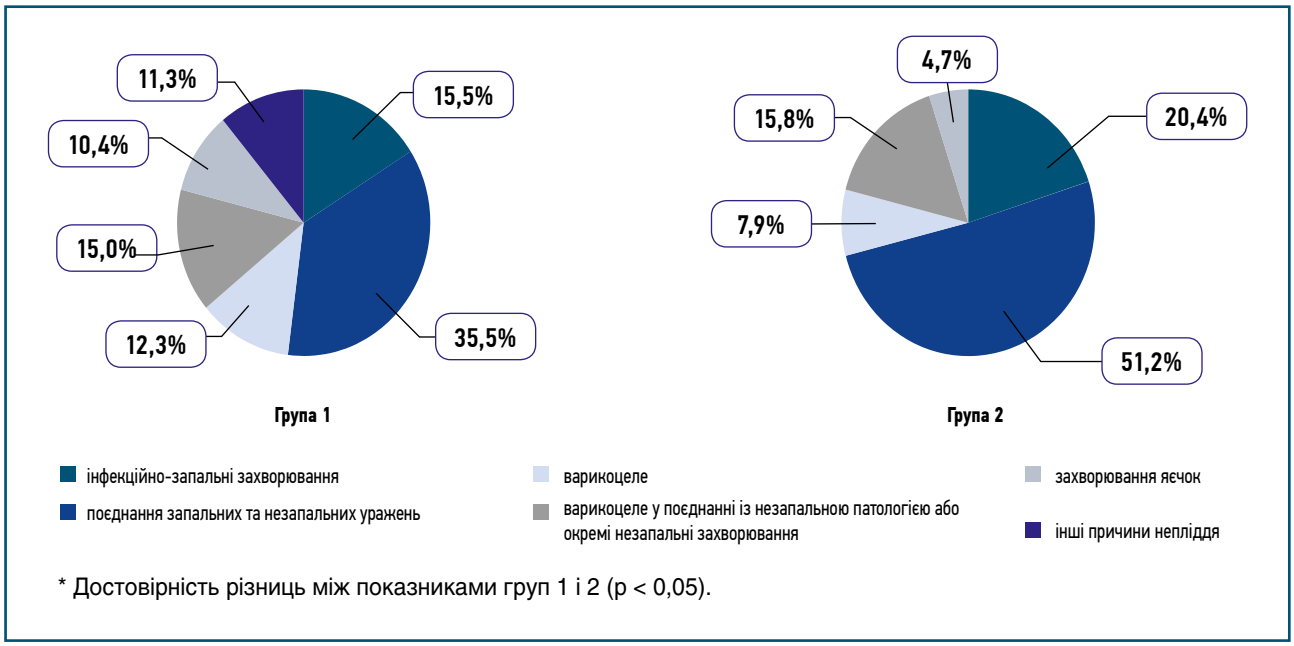

Рисунок. Частки (%) окремих захворювань як причини порушень фертильності у чоловіків груп 1 і 2

Слід зауважити, що більш ніж у половини пацієнтів із БШ і хронічний простатит (56,1%), і варикоцеле (67,9%) вперше було виявлено нами. Низький рівень діагностики до звернення до УДІР цих найбільш поширених захворювань, як і деякої іншої патології, зумовлено, з одного боку, безсимптомними або малосимптомними їх проявами, а з іншого – дуже рідкими або неякісними профілактичними оглядами чоловіків і низьким рівнем надання їм медичної допомоги у зв'язку з неплідддям у парі.

Значну роль у виникненні порушень репродуктивної функції можуть відігравати не тільки ті інфекції сечостатевої системи, що виявляються зараз, а й ті, що були раніше. На перенесення таких інфекцій в минулому вказували 33,9% пацієнтів. Найчастіше у них виявлялися уреаплазмова інфекція і хламідіоз. На жаль, контроль виліковності сечостатевих інфекцій у значної кількості (35,0%) осіб не провадиться. Нерідко (13,0%) зустрічаються і випадки, коли чоловікам без обстеження призначають таку ж саму антибактеріальну терапію, як і жінкам з виявленою інфекцією.

За даними результатів опитування, 28,9% чоловіків із БШ тривало (від 2 до 30 років) курять. Близько половини (47,8%) з них викурюють від 20 до 40, а інколи і до 60 сигарет на день. На запитання щодо зловживання алкоголем позитивно відповідають лише 8,0% осіб. Про вживання зрідка наркотиків повідомляють 1,7% чоловіків.

Хронічна патологія та/або перенесення тяжких захворювань, що можуть призвести до порушень репродуктивного здоров'я, за даними анамнезу у пацієнтів із БШ спостерігаються в поодиноких випадках. Ожиріння виявляється у 9,1% осіб. На часті стреси, хронічну перевтому, недостатній сон вказують 6,9% пацієнтів.

Шляхом зіставлення у обстежених показників спермограм із наявністю у них тих чи інших уражень статевих органів, іншої патології, шкідливих звичок та нездорового способу життя встановлено найбільш значущі причини порушень чоловічої репродуктивної здатності при БШ (рисунок).

Визначено, що найбільш частою причиною генеративних розладів у чоловіків із БШ (група 1) є інфекційно-запальні захворювання статевих органів. Інфекційно-запальна патологія урогенітальної системи призводить до зниження фертильності у третини (35,5%) осіб із неплідддям у парі. У 26,4% пацієнтів причиною порушень дітородної функції є хронічний простатит.

У 12,3% пацієнтів із БШ причиною зниження репродуктивної здатності виступають одночасно як інфекційно-запальні, так і незапальні ураження статевих органів і здебільшого (10,9%) варикоцеле. Той факт, що проведення протизапальної терапії у цих осіб у більшості випадків суттєво покращує або повністю нормалізує показники спермограми, свідчить про негативний вплив на стан чоловічої фертильності передусім запальних захворювань сечостатевої системи. У 16,2% пацієнтів із патоспермією, не зумовленою запальними ураженнями статевих органів, і у 12,7% – із нормозооспермією спостерігається безсимптомне інфікування органів урогенітальної системи внутрішньоклітинними і бактеріальними збудниками.

Як відомо, найбільш доведеним механізмом розвитку неплідддя в парі, що пов'язане з урогенітальними інфекціями у чоловіка, вважають передачу їх партнерці з подальшим виникненням у неї запального процесу органів малого таза і розвитком непрохідності маткових труб. Тому чоловіки з інфекційно-запальними захворюваннями

статевих органів не тільки самі мають порушення фертильності, а й призводять до розвитку його у дружини. Інфекційні ураження сечостатевої системи у чоловіків зумовлюють також ризик для здоров'я і життя майбутньої дитини. У разі запліднення інфікованою спермою можливі інфікування ембріона, внутрішньоутробна інфекція та вади розвитку у плода, мимовільні викидні.

У 15,0% чоловіків із БШ (група 1) причиною порушень фертильності є варикоцеле. Нерідко це захворювання призводить до зниження дітородної функції і в поєднанні з інфекційно-запальною патологією, і разом з іншими незапальними ураженнями сечостатевої системи – сперматоцеле, водянкою яєчка, видаленою пахвинною килою тощо (10,4% випадків). Водночас достатньо часто (26,6%) за наявності варикоцеле або його поєднання з іншою патологією репродуктивний потенціал у пацієнтів буває збереженим. У результаті аналізу дії тих чи інших чинників на генеративну здатність в осіб із варикоцеле визначено, що додатковими факторами негативного впливу на фертильність при цьому захворюванні є інфекційно-запальна патологія урогенітальної системи, куріння, а також вік пацієнтів понад 40 років.

Досить частою (в 11,3% випадків) причиною інфертильності у чоловіків із БШ групи 1 є патологія одного або обох яєчок. До порушення репродуктивної функції призводять перенесений орхіт, в т.ч. пов'язаний з епідемічним паротитом, пізно оперований крипторхізм, видалення яєчка внаслідок його травми або перекруту, виражена гіпоплазія обох яєчок неясної етіології. На відміну від пацієнтів з іншими захворюваннями органів сечостатевої системи, у переважної більшості яких мають місце зміни еякуляту граничного та субфертильного рівнів, у чоловіків із патологією яєчок порушення сперми здебільшого дуже значні: в 40,0% випадків виявляється аспермія та азооспермія, в 36,0% – виражені зміни. У 68,0% випадків генеративні розлади у пацієнтів із патологією яєчок супроводжуються також й ендокринними змінами. Спостерігається порушення гормоноутворюючої функції яєчок, на що вказує зниження вмісту в сироватці крові тестостерону, а в окремих випадках – і підвищення також рівня лютеїнізуючого гормона; внаслідок значного порушення функції сперматогенезу відбувається суттєве підвищення вмісту в сироватці крові фолікулостимулюючого гормона.

У 8,2% чоловіків із БШ в групі 1 причиною зниження репродуктивної здатності є куріння, хронічна перевтома, недостатній сон, часті стреси, зловживання алкоголем та поєднання цих факторів. Інші причини зниження чоловічої фертильності при БШ (пізній частковий андрогенний дефіцит, ожиріння, ятрогенія) виявляються у 3,7% пацієнтів. У 3,6% чоловіків причину порушень дітородної функції при БШ не встановлено.

Отримані дані вказують на значну частоту порушень репродуктивного здоров'я у чоловіків із БШ в Україні, а також на те, що серед причин, які до них призводять, найбільш поширеними і небезпечними є інфекційно-запальні ураження сечостатевої системи.

У результаті проведення аналізу стану фертильності в осіб із БШ, фактором розвитку якого вважалася трубно-перитонеальна патологія у жінок (група 2), визначено, що генеративні порушення у цієї категорії пацієнтів мають місце в 33,6% випадків. Здебільшого зниження репродуктивної здатності у них – граничного (53,0%) і субфертильного (37,5%) рівня; випадки аспермії й азооспермії не реєструються. Більш часто, ніж у чоловіків групи 1 (в 46,1% випадків; $p < 0,05$), виявляються запальні зміни еякуляту.

У 51,2% випадків причиною зниження дітородної функції у пацієнтів групи 2 є інфекційно-запальні захворювання урогенітальної системи. У 7,9% обстежених діагностується інфекційно-запальна патологія в поєднанні з незапальною. Досить поширеним є і безсимптомне інфікування органів сечостатевої системи: бактеріоспермія за патоспермії, що не зумовлена запальними ураженнями органів репродуктивної системи має місце у 17,0% пацієнтів, у 12,0% чоловіків бактеріоспермія спостерігається за нормальних показників спермограми.

Для проведення лікування безпліддя у парі методом простого IVF в межах державної програми чоловіки мають бути репродуктивно здоровими. Визначення у третини з них порушень фертильності передусім вказує на низький рівень їх обстеження при спрямуванні до програми. Особливе занепокоєння викликає той факт, що більш ніж у половини цих осіб виявляються інфекційно-запальні захворювання сечостатевих органів, а також часто має місце безсимптомна бактеріоспермія. Однак вважаючи себе здоровими, чоловіки не лікуються. Нелікована урогенітальна інфекція у них може призводити до виникнення та/або підтримки інфекційно-запальної патології органів малого таза у жінок, не дозволяє ефективно її усувати, що в кінцевому підсумку виливається в розвиток трубно-перитонеального безпліддя.

Отримані дані підтверджують існуюче положення про те, що при БШ, незалежно від очевидної причини його виникнення, ретельного обстеження потребують обидва партнери – і чоловік, і жінка.

Проведені дослідження з визначення причин порушень фертильності у чоловіків із БШ дають підстави висловити ряд пропозицій щодо надання медичної допомоги цій категорії пацієнтів.

Так, при оцінці стану репродуктивного здоров'я чоловіків із БШ передусім слід провадити ретельний пошук інфекційно-запальної патології статевих органів, а також їх безсимптомного інфікування як бактеріальними, так і внутрішньоклітинними збудниками, механізм передачі яких пов'язаний

www.mazm.com.ua
ISSN 2311-7931

зі статевим шляхом. Безумовно, це призведе до подорожчання обстеження з приводу неплідді, але водночас дозволить значно покращити наслідки лікування та (не виключено) зробить його менш економічно затратним. При встановленні у чоловіка діагнозу інфекційно-запального захворювання або при виявленні збудників, що можуть його викликати, необхідне високопрофесійне лікування, яке враховує також результати обстеження дружини (статевої партнерки).

Беручи до уваги велику медико-соціальну значущість проблеми інфекційно-запальних захворювань статевих органів, необхідна розробка всебічних дієвих заходів, спрямованих на попередження цієї патології, якомога раннє її виявлення та адекватне лікування.

Враховуючи поширеність варикоцеле як причини розвитку інфертильності у чоловіків, а також здебільшого безсимптомний перебіг цього захворювання, для своєчасного виявлення варикоцеле необхідно регулярно проводити планові профілактичні огляди чоловічого населення урологом, починаючи з віку 13-14 років. Для збереження дітородної функції особам із варикоцеле передусім слід суворо забороняти куріння. При диспансерному нагляді за чоловіками з варикоцеле обов'язково слід звертати увагу на можливу наявність у них інфекційно-запальних захворювань статевих органів, а у разі їх виявлення – здійснювати відповідну терапію. Це допоможе зберегти фертильність не тільки у чоловіків, а й у їх статевих партнерок/дружин. Особам із варикоцеле доцільно рекомендувати за можливості вступ до шлюбу та народження дитини до 40-річного віку. Перед цим бажано проводити неодноразове дослідження еякуляту, а за наявності патоспермії – більш детальне обстеження. У разі варикоцеле як єдиної або головної причини порушень фертильності необхідне хірургічне лікування.

У пацієнтів із БШ та явищами патоспермії неясного генезу для діагностики варикоцеле слід обов'язково проводити доплерометрію судин калитки.

Із метою збереження дітородної функції у хворих на крипторхізм, а також позбавлення чоловіків від цілого ряду інших серйозних проблем, пов'язаних із цим захворюванням, для виявлення аномалії будови статевих органів хлопчиків необхідно обов'язково оглядати після народження, на першому місяці життя, а також у віці близько одного року. У разі виявлення патології або у суперечливих випадках слід проводити детальне обстеження дитини дитячим урологом, дитячим хірургом, генетиком та дитячим ендокринологом і вирішувати питання про об'єм та терміни проведення лікування. У віці близько 6 років, а також у подальші роки необхідно здійснювати наступні планові огляди хлопчика. Одним із завдань таких оглядів є перевірка наявності яєчок у калитці, щоб пересвідчитися, що раніше крипторхізм не було пропущено, а також для виключення так званого псевдокрипторхізму, який призводить до таких самих ускладнень, як і істинний.

Враховуючи, що нерідко до зниження репродуктивної здатності у чоловіків призводять куріння, зловживання алкоголем, хронічна перевтома, недостатній сон, часті стреси тощо, дуже важливою є широка пропаганда здорового способу життя серед молоді та дорослих, особливо в разі створення сім'ї та планування народження дитини. Можливість негативного впливу на стан фертильності цих чинників обов'язково слід враховувати при пошуку причини порушень репродуктивної функції, в т.ч. і при виявленні тих чи інших уражень органів сечостатевої системи. Нормалізація способу життя є суворо необхідною при проведенні лікування безпліддя.

Для покращення діагностики неплідді у чоловіків та більш ефективного його усунення доцільно налагоджувати в країні визначення у широкого кола пацієнтів генетичних маркерів безпліддя (зокрема рівня фрагментації ДНК сперматозоїдів), показників оксидативного стресу, наявності вірусного інфікування, яким останнім часом відводять дуже важливу роль у розвитку чоловічого неплідді у світі.

Висновки

У результаті обстеження чоловіків із БШ, у яких дітородна здатність раніше не визначалася, отримано об'єктивні дані про частоту і основні причини чоловічих генеративних розладів за неплідді у шлюбі. Одержані дані дають чітке уявлення про стан чоловічого репродуктивного здоров'я при безплідді в країні.

Доведено, що у чоловіків з БШ порушення фертильності мають місце у 47,5% випадків. Це вказує на необхідність дбати про стан репродуктивного здоров'я чоловіків на державному рівні не менш ретельно, ніж жінок.

Визначено, що найбільш поширеною причиною генеративних розладів у чоловіків із неплідністю в шлюбі є інфекційно-запальні ураження урогенітальної системи (35,5% випадків). У 12,3% осіб чинниками порушень репродуктивної функції одночасно виступають як інфекційно-запальні, так і незапальні захворювання статевих органів. У 16,2% чоловіків із патоспермією, що не пов'язана із запальними ураженнями статевих органів, і у 12,7% осіб з нормозооспермією виявляється безсимптомне інфікування органів урогенітальної системи внутрішньоклітинними і бактеріальними збудниками. Враховуючи те, що інфекційно-запальні ураження статевих органів у чоловіків також призводять до порушень фертильності у жінок, при оцінці стану репродуктивного здоров'я чоловіків із БШ передусім слід проводити ретельний пошук інфекційно-запальної патології сечостатевої системи, а у разі її виявлення – лікування.

Досліджено, що частими причинами порушень репродуктивної функції у чоловіків із неплідністю в шлюбі є варикоцеле (у 15,0% випадків) або його поєднання з іншими незапальними ураженнями органів урогенітальної системи (10,4%); патологія одного чи обох яєчок – перенесений орхіт, в т.ч. пов'язаний з епідемічним паротитом, пізно оперований крипторхізм, видалення яєчка внаслідок його травми або перекруту, виражена гіпоплазія обох яєчок неясного генезу (11,3%), нездоровий спосіб життя (8,2%). У 3,6% випадків спостерігається ідіопатичне безпліддя.

Показано, що в парах із непліддям, причиною якого вважається трубно-перитонеальна патологія у жінок, частими є порушення фертильності у чоловіків. Щонайменше вони мають місце у 33,6% осіб. Основною причиною зниження репродуктивного потенціалу у цих пацієнтів є інфекційно-запальна патологія урогенітальної системи, що діагностується у 51,2% випадків.

Список використаної літератури

1. Божедомов В.А. Андрологические аспекты организации помощи бездетным парам. Вестник урологии. 2015. № 1. С. 24-34.
2. Горпинченко И.И. и соавт. Мужское бесплодие: этиология, патогенез, классификация, диагностика и методы лечения. Днепр: ООО «Акцент ПП», 2016. 344 с.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВЦ «Медінформ», 2018. 458 с.
4. Barratt C.L.R. et al. The diagnosis of male infertility: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance-challenges and future research opportunities. Hum Reprod Update. 2017; 23(6): 660-680. doi: 10.1093/humupd/dmx021.
5. Choy J.T., Eisenberg M.L. Male infertility as a window to health. Fertil Steril. 2018; 110(5):810-814. doi: 10.1016/j.fertnstert.
6. Dolan A. et al. «It's like taking a bit of masculinity away from you»: towards a theoretical understanding of men's experiences of infertility. Sociol Health Illn. 2017. doi: 10.1111/1467-9566.12548.
7. Farber N.J. et al. Reasons that should prompt a referral to a reproductive urologist: guidelines for the gynecologist and reproductive endocrinologist. Gynecol Pelvic Med. 2019;2. pii: 20. doi: 10.21037/gpm.
8. Hamada A. et al. Varicocele and Male Infertility. Current Concepts, Controversies and Consensus. Springer International Publishing, 2016. 107 p.
9. Jungwirth A. (Chair) et al. Guidelines on Male Infertility. European Association of Urology, 2015. 42 p.
10. Koochaksaraei F.Y. et al. Mental Health and Its Socio-Demographic Predictors in Male Partner of Iranian Infertile Couples. Issues Ment Health Nurs. 2016. Vol. 37(8). P. 563-568.
11. Lee L.K., Foo K.Y. Recent insights on the significance of transcriptomic and metabolomic analysis of male factor infertility. Clin Biochem. 2014. Vol. 47(10-11). P. 973-982.
12. Nieschlag E. Male infertility: recent developments. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013. Vol. 56 (12). P. 1619-1627.
13. Polis C.B. et al. Estimating infertility prevalence in low-to-middle-income countries: an application of a current duration approach to Demographic and Health Survey data. Hum Reprod. 2017. Vol. 32 (5). P. 1064-1074.
14. Schick M. et al. Exploring involuntary childlessness in men – a qualitative study assessing quality of life, role aspects and control beliefs in men's perception of the fertility treatment process. Hum Fertil (Camb). 2016. Vol. 19(1). P. 32-42.
15. Sohrabvand F. et al. Frequency and epidemiologic aspects of male infertility. Acta Med Iran. 2015. Vol. 53 (4). P. 231-235.
16. Starc A. et al.Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review. Acta Clin Croat. 2019; 58(3):508-515. doi: 10. 20471/acc.
17. Yusuf L. Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. Pak J Med Sci. 2016. Vol. 32 (6). P. 1340-1343.

Состояние репродуктивного здоровья мужчин с бесплодием в браке

М.В. Поворознюк

Исследовано состояние детородной функции у 1103 мужчин с бесплодием в браке, обратившихся за медицинской помощью в Украинский государственный институт репродуктологии НМАПО имени П.Л. Шупика.

Доказано, что андрологическая составляющая бесплодного брака достигает 47,5%. Установлено, что наиболее частая и весьма распространенная причина нарушений генеративной способности у мужчин с бесплодием в браке – инфекционно-воспалительные заболевания урогенитальной сферы (35,5% случаев). Определено, что частой причиной репродуктивных расстройств у мужчин с бесплодием в браке является варикоцеле (15,0%) или его сочетание с другой невоспалительной патологией половых органов (10,4%), патология одного или обоих яичек – перенесенный орхит, в т.ч. обусловленный эпидемическим паротитом, поздно оперированный крипторхизм, удаление яичка в результате его травмы или перекрута, выраженная гипоплазия обоих яичек неясной этиологии (11,3%), нездоровый образ жизни (8,2%). Показано, что у пар с бесплодием, причиной которого считалась трубно-перитонеальная патология у женщин, нарушения фертильности часто наблюдаются и у мужчин. Как минимум они имеют место у 33,6% лиц. Основной причиной снижения детородной способности у этих пациентов является инфекционно-воспалительная патология мочеполовой системы (51,2%).

www.mazm.com.ua
ISSN 2311-7931

Ключевые слова: бесплодие в браке, репродуктивное здоровье мужчины, причины мужской инфертильности.

Reproductive health condition of men with infertility in marriage

M.V. Povorozniuk

The condition of reproductive potential was studied in 1103 men with infertility in marriage, who sought medical assistance from the Ukrainian State Institute of Reproductive Medicine of P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education.

It has been proved that andrologic component of infertility in Ukrainian population reaches 47,5%. It has been established that the most prevalent and considerably widespread factor of generative function disorders in men are infectious-inflammatory diseases of genital organs, diagnosed in 35,5% of the cases. According to the studies, frequent causes of reproductive disorders include varicocele (15,0%) or its combination with other non-inflammatory lesions of urogenital system organs (10,4%), pathology of one or both testicles – incurred orchitis, including the one associated with epidemic parotitis, late-operated cryptorchidism, testicle removal due to its injury or torsion, pronounced hypoplasia of both testicles of uncertain origin (11,3%), unhealthy lifestyle (8,2%). It has been shown that male fertility disorders are also frequent in couples with infertility deemed to be caused by tubular-peritoneal pathology in women. They occur in at least 33,6% of individuals. The main cause of decreasing reproductive potential in these patients is infectious-inflammatory pathology of urogenital system (51,2%).

Keywords: infertility in marriage, male reproductive health, man infertility causes.

ДАЙДЖЕСТ

Результаты РКИ: применение тестостерона неэффективно у мужчин без патологического гипогонадизма

Симптомы возрастного дефицита андрогенов у мужчин неспецифичны и включают такие распространенные состояния, как ожирение, депрессия и снижение физической активности. Одной из самых частых причин применения тестостерона не по назначению является ожирение, которое ведет к снижению синтеза глобулина, связывающего половые гормоны, и, как следствие, к снижению уровня общего тестостерона. Однако до сих пор не было проведено качественных исследований, которые позволили бы выяснить, насколько эффективна тестостероновая терапия у таких пациентов. Притом что неоправданное лечение может приводить к развитию эритроцитоза, повышению риска сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний простаты, а также к ятрогенному гипогонадизму после отмены препарата (вследствие подавления выработки эндогенного тестостерона).

Все это привело к тому, что в 2014 г. Министерство здравоохранения Канады выпустило предупреждение о том, что применение тестостерона связано с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. А Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) заявило, что низкий уровень циркулирующего тестостерона, не связанный с гипогонадизмом, не является патологией и не требует специального лечения. Таким образом, эксперты пришли к выводу, что наличие андрогенодефицитоподобных симптомов в сочетании с низким уровнем тестостерона еще не доказывает наличие подлинного возрастного андрогенного дефицита у пациента, несмотря на то что в некоторых клинических руководствах утверждается обратное.

Группа американских, австралийских и сингапурских специалистов провели рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, чтобы выяснить, насколько вообще эффективна терапия тестостероном у мужчин с андрогенодефицитоподобной сексуальной дисфункцией и/или энергетической недостаточностью, не имеющих патологического гипогонадизма. Участие в нем приняли 45 мужчин в возрасте старше 40 лет.

Результаты показали, что применение тестостерона и повышение уровня гормона в крови до нормального уровня не принесло пациентам большей пользы в сравнении с плацебо. Было выявлено ковариантное влияние возраста, индекса массы тела и базового уровня тестостерона на качество жизни. Только 1 из 22 показателей в 7 категориях шкалы, предназначенной для оценки качества жизни, значительно улучшался при лечении тестостероном. В последней фазе испытания участники не отдавали явного предпочтения тестостерону в сравнении с плацебо.

Исследователи заключили, что тестостерон не улучшает состояние пациентов с сексуальной дисфункцией и/или симптомами снижения уровня энергии при отсутствии у них патологического гипогонадизма.

По материалам https://www.uroweb.ru. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2019 Aug 19. pii: glz195. doi: 10.1093/gerona/glz195