

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

С.А. Шардин, И.А. Порядина

**СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ
У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНЫМ
БЕСПЛОДИЕМ**

Уральская государственная медицинская академия

В настоящее время все чаще обсуждается демографическая ситуация в России. По данным ВОЗ, ожидаемая продолжительность жизни мужчин в России составляет 58 лет, что на 13 лет меньше по сравнению с женщинами [1].

С позиций генитологии – области клинической медицины, изучающей в динамике онтогенеза регулируемые нервным и гуморальным путями причинно-следственные отношения между репродуктивной системой, с одной стороны, и экзогенитальными (нерепродуктивными) органами и тканями – с другой, в условиях нормы и патологии у лиц мужского и женского пола, – одним из условий снижения заболеваемости является исследование обстоятельств возникновения и прогрессирования болезней [2]. Среди факторов риска особое внимание у исследователей заслуживают вредные привычки (злоупотребление алкоголем, курение), избыточная масса тела, дисбаланс половых гормонов и др.

Цель исследования: уточнение особенностей терапевтического статуса у молодых мужчин с заболеваниями генитального аппарата для последующей коррекции выявленных нарушений в межсистемных связях.

Материал и методы исследования

В течение 2009 года обследовано 37 больных с первичным бесплодием, наблюдавшихся

у андролога. Возраст пациентов колебался от 22 до 55 лет: Me(LQ-UQ) 31(28,5-32). От всех больных получено информированное согласие на участие в исследовании. Исключались лица старше 55 лет, пациенты с соматическими заболеваниями в фазе декомпенсации и больные, страдающие хроническим алкоголизмом.

Обследование включало осмотр терапевтом и анкетирование с использованием опросников, в частности, опросника возрастных симптомов мужчины (AMS) и опросника международного индекса эректильной функции (МИЭФ). Применялись инструментальные (УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭхоКГ) и лабораторные (общий и биохимический анализы крови, определение уровня тестостерона, эстрадиола, оценка семенной жидкости) методы исследования.

Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с помощью статистической программы Atte Stat. Описательная статистика представлена определением среднего значения (M), стандартного отклонения (S), доверительного интервала (ДИ) при нормальном распределении признака и медианой (Me), квартилями (LQ-UQ) при ненормальном распределении признака. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента линейной корреляции Пирсона. Показатели корреляции считались значимыми при $r > \pm 0,3$.

Результаты исследования.

Нами установлено, что более половины пациентов курят, а две трети – употребляют алкоголь (табл. 1).

Таблица 1

Вредные привычки у обследованных мужчин с первичным бесплодием

Вредные привычки	Частота в % от общего	Количество на 1 человека Me (LQ-UQ)	
		в день (штук)	в месяц (шт./мл.)
Курят	54,5%	19 (10-20)	58 (31-60)
Употребление алкоголя		---	
- водка	81,4%	---	680(450-1000)
- пиво	42,6%		4000(2000-800)

Таблица 2

Показатели гормонального профиля и спермы у мужчин с бесплодием

Исследуемые группы	Результаты исследования			
	Гормоны		Семенная жидкость, в %	
	Tc (нмоль/л)	Э ₂ (нмоль/л)	Нормальные сперматозоиды	Патологические сперматозоиды
Основная группа, n=37	14,7±3,96	0,17±0,09	21,1±9,0	78,94±9,0
Контрольная группа, n=30	19,74±1,8	0,04±0,003	81,6±4,0	18,4±3,0

Развитие половой функции у пациентов происходило гармонично, без отклонений от нормы. Пробуждение либидо (лет): платонического Me(LQ-UQ) 6(6-7,5), сексуального Me(LQ-UQ) 13(13-14). Возраст наступления ночных поллюций Me(LQ-UQ) 14(13-14). Начало половой жизни Me(LQ-UQ) 17(16-18). При анкетировании больных (AMS, оценка в баллах) выявлены незначительные признаки андрогенодефицита Me(LQ-UQ) 26(21,5-31,5). В ходе антропометрического исследования выявлено преобладание гиперстенической конституции с абдоминальным типом ожирения, о чём свидетельствуют следующие показатели: рост (см) M(S) 177(4,65) ДИ (176,34-179,3), индекс массы тела (ИМТ) M(S) 28,2(3,2) ДИ (26,8-29,5), окружность талии M(S) 98,8(11,2) ДИ (95,1-102,5).

Среди биохимических показателей незначительные отклонения от нормы касались липидного спектра (индекс атерогенности составил Me (LQ-UQ) 3,43(2,8-3,9)), свободной фракции билирубина Me (LQ-UQ) 13 (9,4-16,4).

По данным ЭКГ, у 14 из 37 больных (37,8%) – признаки увеличения левого желудочка, у 12 из 37 больных (32,4%) – артериальная гипертензия.

В процессе ультразвукового исследования брюшной полости установлено увеличение печени (у 58%), диффузные изменения ее паренхимы (у 69%) и стеатогепатит (у 14%) больных.

Как показали результаты гормонального исследования (табл. 2), уровень 17 β – эстрадиола (Э₂) в контрольной группе был в 4 раза меньше по сравнению с таковым в основной группе.

Уровень тестостерона (Tc) не имеет статистически значимых различий (на 5,04 нмоль/л).

Для установления причинно-следственных связей между полученными результатами нами проведён корреляционный анализ (по Пирсону) некоторых клинических и параклинических параметров. Полученные данные свидетельствуют о наличии корреляционных связей между уровнем Э₂ и окружностью талии (ОТ) $r = 0,73$ ДИ (0,37-0,90), уровнем триглицеридов и ОТ $r = 0,5$ ДИ (0,17-0,69), уровнем Tc и фракцией выброса (по ЭхоКГ) $r = 0,5$ ДИ (0,08–0,78) и уровнем Tc и ОТ $r = -0,49$ ДИ (-0,7-(-0,2)).

Обсуждение

Результаты проведённого предварительного исследования указывают на наличие у мужчин с первичным бесплодием нарушений жирового обмена (абдоминальное ожирение), метаболизма липидов (индекс атерогенности составил Me (LQ-UQ) 3,43(2,8-3,9) и билирубина (показатель свободной фракции билирубина превышал норму в 3 раза), а также патологии со стороны гепатобилиарной (диффузные изменения паренхимы печени у – 58%, гепатомегалия у – 69% стеатогепатит у – 14%), сердечно-сосудистой (гипертоническая болезнь у 12 из 37 пациентов (32,4%)) и репродуктивной систем (морфологически нормальные сперматозоиды – 17,39%, патологически изменённые – 82,61%). Установлено, что у пациентов преобладает абдоминальный тип ожирения (окружность талии M(S) 98,8(11,2) ДИ (95,1-102,5). Согласно данным зарубежной литературы, во многих популяционных исследованиях обнаружена обратная корреляция между уровнем Tc и индексом

массы тела [3,4]. Исследование Troms доказало, что окружность талии может являться самостоятельным предиктором низкого уровня Тс [5].

Определённую негативную роль играет курение, поскольку ряд компонентов табачного дыма преодолевает гемато-тестикулярный барьер [6,7] и оказывает прямое патогенное действие на репродуктивную систему. Как и в работе А. Ому., J. Rubes при исследовании спермограмм у курильщиков мы выявили снижение подвижности сперматозоидов, рост числа морфологически аномальных форм.

В связи с тем, что у 58% пациентов с бесплодием диагностировано увеличение и диффузные изменения паренхимы печени, нами в комплексную терапию был включён Эслидин (фосфолипиды + метионин) по 2 капсулы 3 раза в день в течение двух месяцев. Как известно, фосфолипиды обладают антиоксидантным действием, нормализуют метаболизм липидов печени, являясь структурными и функциональными элементами липопротеидов, стабилизируют состав желчи, снижают агрегацию тромбоцитов и таким образом улучшают микроциркуляцию [8]. Метионин же относится к классическим донаторам подвижных метильных групп, необходимых для синтеза холина. Кроме того, метионин участвует в обмене серосодержащих аминокислот, преобразует действие гормонов, витаминов, ферментов и белков. Отметим, что метионин и фосфолипиды усиливают действие друг друга [9]. На фоне приёма препарата уже через 4 недели у наших пациентов наблюдалась положительная клиничко-лабораторная динамика – уменьшение тяжести в правом подреберье, нормализация размеров печени и биохимических показателей (билирубина, холестерина).

Выводы

1. Мужчины с первичным бесплодием угрожаемы на развитие патологии внутренних органов, в частности, раннего атеросклероза, артериальной гипертензии, заболеваний гепатобилиарной системы и абдоминального ожирения.

2. Пациентам с заболеваниями печени, дислиппротеидемиями на фоне первичного бесплодия показано назначение гепатопротекторов, в частности, эслидина.

Литература

3. Мамедов М. Н. Эректильная дисфункция, андрогенодефицитное состояние и сердечно-сосудистые заболевания: комплексный подход к проблемам мужского здоровья Москва 2008 С. 7
4. Шардин С.А. Генитология как новая междисциплинарная область клинической медицины/ С.А.Шардин// Вестник 354 окружного военного клинического госпиталя. – Екатеринбург, 2010. – С. 134-137.
5. Wang C et al. Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85 (8): 2839-53.
6. Katznelson et al. Increase in bone density and lean body mass during testosterone administration in men with acquired hypogonadism. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81 (12): 4358-65.
7. Svarberg J et al. Waist circumference and testosterone levels in community dwelling men. The Troms study. *Eur J Epidemiol* 2004; 19 (7): 657-63.
8. Omu A. E., Dashti M. et al. *Med. Princ. Pract.* 1998, v.7, p.47-53.
9. Rubes J., Lowe X., Dan Moore J et al. *Fertil. Steril.* 1998, v.70, p. 715-723.
10. Marks DB, Marks AD, Smith CM. *Basic Medical Biochemistry*, USA, 2000.
11. Шульпекова Ю. О. Эссенциальные фосфолипиды в лечении заболеваний печени. *Рос. мед. журн.* 2003; 11 (5).