

Ўзбекистонда эркаклар бепуштлигига сабаб бўлувчи айрим тиббий-биологик хавф омиллар

Б.Ш.Тўраев¹, Г.Ш. Очилова²

Тошкент тиббиёт академияси¹, Ўзбекистон давлат жисмоний тарбия ва спорт университети²

Аннотация. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра бепуштлик ўртача 10-15% янги тузилган оилаларда учрайди. Эркаклар бепуштлигини ўрганишга қаратилган илмий изланишлар дунёнинг кўплаб мамлакатларида олиб борилмоқда, айниқса бу масалага аҳолининг кўпайиши билан боғлиқ муаммолари бор давлатлар катта аҳамият бермоқда. Ўзбекистонда бепуштлик демографик жиҳатдан хавф туғдирмасда аҳоли орасида ушбу касалликни етарлича кенг тарқалганлиги унинг хавф омилларини ўрганган ҳолда профилактик чораларини кўриш кераклигини кўрсатади.

Калит сўзлар. Репродуктив, бепуштлик, эркаклар бепуштлиги, хавф омиллар.

Тадқиқотнинг мақсади. Эркакларнинг репродуктив саломатлигига таъсир қилувчи тиббий-биологик хавф омилларни аниқлаш ва баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бепуштликнинг келиб чиқиши ва ривожланишига таъсир қилувчи хавф омиллар ҳодиса ва назорат усули ўрганилди. Бунинг учун назорат гуруҳи сифатида 300 нафар соғлом, ҳодиса гуруҳи сифатида эса фарзанд кўриш билан муаммолари бўлган ва спермограмма кўрсаткичларида салбий ўзгаришлар аниқланган 300 нафар эркаклар олинди, уларнинг амбулатор қараталаридан кўчирмалар олиш ва саволнома ўтказиш орқали тиббий-биологик маълумотлари ўрганилди.

Олинган натижалар. Ҳодиса гуруҳидагиларнинг 29,7%, назорат гуруҳидагиларнинг эса 15,3% варикоцеле аниқланган. Ҳодиса гуруҳидаги респондентларнинг 87,3±1,9%, назорат гуруҳидаги ларнинг эса 93,7±1,4% жинсий аъзоларидан йирингсимон ажралмалар кузатилмаганлигини билдиришди, жинсий аъзоларидан йирингсимон ажралганлар улуши ҳодиса гуруҳида 2 баробар кўпни ташкил қилади. Қов соҳасида жарроҳлик амалиёти бўлганлар ҳодиса гуруҳида 20,7±2,34% ташкил қилади ва бу назорат

гуруҳидагиларга қараганда 2,6 маротаба кўп ($p < 0,001$). Жарроҳлик амалиётини ҳодиса гуруҳидагиларга бундай кўп олиб борилши варикоцеле билан боғлиқ.

Муаммонинг долзарблиги. Эркаклар репродуктив тизимига кўплаб омиллар таъсир қилади ва уларни шартли равишда бошқариб бўлмайдиган (ёш, туғма ва генетик омиллар) ва бошқариб бўладиган (турмуш тарзи, меҳнат шароитлари, зарарли одатлар, ташқи муҳит омиллари) омилларга ажратиш мумкин. Касалликни ривожланиш хавфини аниқлашда бу омилларнинг ўзаро таъсирини ҳам инобатга олиш керак, чунки эркаклар бепуштлиги билан мурожаат қилганларда аксарият ҳолатларда 2-3 ёки ундан кўп омилларнинг ўзаро биргаликда таъсир қилишини кузатиш мумкин [1, 2].

Ҳозирги кунда ўртача умр кўришнинг узайиши, аёлларнинг жамиятдаги ўрнининг ўзгариши ва турли иқтисодий-ижтимоий омиллар ёшларнинг турмуш қуриш ёшини катталашишига олиб келмоқда. Эркакларда ёш ўтиши билан уруғ ишлаб чиқариши, репродуктив гармонларда, уруғнинг ДНКларида ўзгаришлар юз беради [3, 4, 5]. Бу ўзгаришлар эркакларнинг насл қолдириш хусусиятига салбий таъсир кўрсатади ва бўлажак фарзандларининг туғма нуқсонлар билан туғилиш, ҳомиланинг нобуд бўлиши хавфини оширади [36, 90].

Тана вазни ортиши ва семизлик ривожлангани сари эркакларнинг уруғ суyoқлигининг ҳажми, сперматозоидлар концентрацияси ва умумий сонининг камайиши кузатилади. Шунингдек муаллифлар олигоспермия ва азооспермия нормал тана вазнига эга эркакларга (мос равишда 24,5% ва 9,8%) қараганда семизларида (мос равишда 31,7% ва 12,7%) кўп учрашини аниқлашган. Бундан ташқари ортиқча тана вазнига эга ёки семиз эркакларнинг нормал тана вазнига эга аёллари нормал вазнига эга жуфтликларга нисбатан ҳомиладор бўлишлари учун узокроқ вақт кераклиги аниқланган [6, 7]. Аммо ўтказилган тадқиқотларни таҳлил қилиш натижалари ортиқча тана вазнининг сперма сифатида таъсири борасида қарама қарши фикрлар борлигини кўрсатади [8, 9].

Хорижий ҳамкасбларимиз олиб борган тадқиқот натижаларига кўра ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлар, санитар-тарғибот ишларининг камайиши камайиши жинсий йўл билан юқадиган касалликлар (ЖЙЮК) кўпайиб боришига сабаб бўлади. ЖЙЮКнинг тарқалишига пул эвазига жинсий хизмат

кўрсатувчи аёллар катта ўрин эгаллашади. Олиб борилган тадқиқотлар Африка мамлакатларида жинсий йўл билан юқадиган касалликлар эркалар бепуштлигига олиб келувчи асосий омиллардан ҳисобланишини кўрсатган. Бунда эркалар уруғ суёқлиги таркибида сперматозоидлар концентрациясини камайишининг асосий сабаби сифатида жинсий йўл билан юқадиган касалликларни яхши даволамаслик кўрсатиб ўтилган [10]. Россияда олиб борилган тадқиқотлар фарзанд кўриш ниятида ёрдамчи репродуктив технологияларга мурожаат қилганларда асосий хавф омили сифатида жинсий аъзолар ва сийдик чиқариш йўллари жинсий йўл билан юқадиган касалликлар билан боғлиқ яллиғланиш касалликлари, ҳамда ёрғоқнинг яллиғланиш касалликлари аниқланган (35,1% ҳолатларда) [11, 12].

Маҳаллий муаллифлар эълон қилган маълумотларга кўра оилада фарзанд бўлмаётганлиги сабабли тиббий ёрдамга мурожаат қилган эркаларнинг ярмидан ортиғида (59%) спермограммасида ўзгаришларсиз бўлган, қолган ярмига яқини қисмида (41%, улардан 36,2% турли хилдаги ҳодиса, 4,8% эса умуман сперматозоидлар йўқлиги кузатилган) ўзгаришлар борлиги аниқланган. Эркалар фертиллиги бузилишининг асосий сабаби бўлиб варикоцеле, кўшимча жинсий безларнинг яллиғланиш касалликлари ва идиопатик ҳодиса бўлиб қолмоқда. Туғма аномалиялар эса нисбатан кам учрайди. [13].

Республикада ўсмирлар саломатлигини ўрганишга қаратилган тадқиқот натижалари уларнинг 2-2,8% болаликда эпидпаротит билан оғриганлигини кўрсатади [14].

Адабиётлар таҳлили асосида хулоса қилиб айтиш мумкинки, эркалар репродуктив саломатлигига таъсир қилувчи етакчи хавф омиллар муайян аҳоли гуруҳининг тиббий-биологик ва ижтимоий-гигиеник хусусиятларига боғлиқ ҳолда ўрин алмашиниб туриши мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади. Эркаларнинг репродуктив саломатлигига таъсир қилувчи тиббий-биологик хавф омилларни аниқлаш ва баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бепуштликнинг келиб чиқиши ва ривожланишига таъсир қилувчи хавф омилларни ҳисоблаш учун тадқиқотимизда далилларга асосланган тиббиётнинг – ҳодиса ва назорат усулидан фойдаланилди. Бунинг учун назорат гуруҳи сифатида 300 нафар соғлом, ҳодиса гуруҳи сифатида эса фарзанд кўриш билан муаммолари бўлган

ва спермограмма кўрсаткичларида салбий ўзгаришлар аниқланган 300 нафар эркеклар олинди, уларнинг амбулатор караталаридан кўчирмалар олиш ва саволнома ўтказиш орқали тиббий-биологик маълумотлари ўрганилди. Олинган натижаларнинг таҳлил қилишда умумқабул қилинган статистик усуллардан фойдаланилди. Кўрсаткичлар орасидаги фарқлар ва уларнинг ишончилиги хи-квадрат ва t-студент мезони орқали баҳоланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Фарзанд бўлмаётганлиги сабабли тиббий ёрдамга мурожаат қилган ва спермограммасида ўзгаришлар аниқланган эркекларнинг ўртача ёши $30,9 \pm 0,33$ ёшни, назорат гуруҳидаги эркекларда эса $29,7 \pm 0,3$ ёшни ташкил қилди. Ҳодиса гуруҳидаги эркекларнинг $74,1 \pm 2,7\%$ фарзанд кўрмаётганлигига 1 йилдан ортиқ вақт ўтган, қолган $25,9 \pm 2,7\%$ эса оилавий ҳаётнинг дастлабки ойларида аёли ҳомиладор бўлмаганлиги сабабли тиббий ёрдамга мурожаат қилишган. Фарзандсизлик давомийлиги ўртача $2,85 \pm 0,14$ йилни ташкил қилди. Нормоспермия бўлган эркекларнинг эса $78,27 \pm 2,9\%$ оилавий ҳаёт давомийлиги 1 йилдан ошган, қолган $21,73 \pm 2,9\%$ бир йил бўлмаган. Оилавий ҳаёт давомийлиги ўртача $1,84 \pm 0,1$ йилни ташкил қилди. Ушбу маълумотлардан эркекларнинг аксарияти 30 ёшга қадар оила қуришни ва фарзанд кўришни режалаштиради, бу борада ёшга хавф омили сифатида қаралмаслиги мумкин.

Эркекларнинг репродуктив саломатлигига таъсир қилувчи ўрганилган қатор тиббий ва биологик омиллар орасида қуйида қуйидагилар бизнинг эътиборимизни тортди. Қандли диабет ҳодиса гуруҳидаги беморларнинг 2 тасида аниқланди ва бу $0,7 \pm 0,4\%$ ни ташкил қилади. назорат гуруҳидаги беморларда эсан қандли диабет касаллиги аниқланмади. Шунингдек ўрганилган гуруҳлардаги респондентларнинг ҳеч бири сил касаллиги, хавфли ўсма касалликлари билан диспансер назоратида турмайди. Қон босими ўзгариши ва спермограммадаги ўзгаришлар орасида ҳам статистик жиҳатдан ишончли фарқ топилмади.

Ҳодиса гуруҳидаги респондентларнинг $87,3 \pm 1,9\%$, назорат гуруҳидаги ларнинг эса $93,7 \pm 1,4\%$ жинсий аъзоларидан йирингсимон ажралмалар кузатилмаганлигини билдиришди, жинсий аъзоларидан йирингсимон ажралганлар улуши ҳодиса гуруҳида 2 баробар кўпни ташкил қилади ($p=0,009$).

Қов соҳасидан жароҳат олганлар эса ҳодиса гуруҳида назорат гуруҳидагиларга қараганда 2 баробар кўпроқни ташкил қилди. шу ўринда айтиб ўтиш керакки қов соҳасидан жами жароҳат олганларнинг 26,5% спорт билан шуғулланган вақтида, 44,9% бошқалар билан ўйнаган ёки ўришиб қолган вақтда, қолган 28,6% ўзининг эҳтиётсизлиги сабаб йиқилиш ёки бошқа жисмларга уриб олиш натижасида олганликларини билдиришган ($p=0,04$).

Қов соҳасида жарроҳлик амалиёти бўлганлар ҳодиса гуруҳида $20,7 \pm 2,34\%$ ташкил қилади ва бу назорат гуруҳидагиларга қараганда 2,6 мартаба кўп ($p < 0,001$). Жарроҳлик амалиётини ҳодиса гуруҳидагиларга бундай кўп олиб борилши варикоцеле билан боғлиқ. Ҳодиса гуруҳида жами олиб борилган жарроҳлик амалиётининг $81,9 \pm 3,76\%$ варикоцеле сабабли, қолган қисми эса қов чурраси, гидроцеле ва бошқа сабаблардан бажарилган.

Ҳодиса гуруҳидагиларнинг 29,7%, назорат гуруҳидагиларнинг эса 15,3% варикоцеле аниқланган. Варикоцеленинг 1 даражаси иккала гуруҳларда ҳам деярли бир хил частотада учраган, аммо иккинчи даражали варикоцеле ҳодиса гуруҳида назорат гуруҳидагиларга қараганда сезиларли даражада кўп (мос равишда 18,3% ва 5,7%. 3 даражали варикоцеле эса назорат гуруҳидагиларда учрамади). Олинган маълумотлар умумлаштирган ҳолда 1-жадвалда акс эттирилган.

1-жадвал

Эркаклар репродуктив тизимга таъсир қилувчи етакчи тиббий-биологик омиллари

Омиллар	Омиллар градацияси	Ҳодиса гуруҳи (%) $n=300$ (P1)	Назорат гуруҳи (%) $n=300$ (P2)	Эҳтимоллик нисбати	Имкониятлар нисбати
Тана вазни индекси	Вазн етишмайди < 18.5	$2,3 \pm 0,9$	$1,7 \pm 0,7$	1,4	2,2

	меъёрда >= 18.5 ва < 25:	36,3±2,8	47,3±2,9	0,8	
	ортиқча тана вазни >= 25 ва < 30	57,3±2,9	48,7±2,9	1,2	
	семизлик >= 30	4,0±1,1	2,3±0,9	1,7	
Паротит (тепки) билан касаланганмисиз?	Ҳа	16,0±2,1	8,7±1,6	1,8	2,7
	Йўқ	39,7±2,8	57,0±2,9	0,7	
	Билмадим	44,3±2,9	34,3±2,7	1,3	
Жинсий йўл билан юқадиган касалликлар билан касаланганмисиз?	Йўқ	87,3±1,9	93,7±1,4	0,9	2,1
	Ҳа	12,7±1,9	6,3±1,4	2,0	
Сизда варикоцеле аниқланганми?	2 ва 3 даража	18,3±2,2	5,7±1,3	3,2	3,9
	1 даража	11,3±1,8	9,7±1,7	1,2	
	Йўқ	70,3±2,6	84,7±2,1	0,8	

Хулоса. Эркаклар репродуктив тизимига тиббий биологик омиллардан ортиқча тана вазни, эпидемик паротит билан касаланганлик, ЖЙБЮК каби қатор омиллар салбий таъсир қилиб, улар орасида варикоцеле етакчи омил бўлиб қолмоқда.



Фойдаланилган адабиётлар.

1. Радченко О.Р. Факторы риска мужского бесплодия и методы профилактики. Практическая медицина '2 (57) апрель 2012 г.
2. Тюленев Ю.А. Влияние вируса простого герпеса и цитомегаловируса на мужские половые клетки и сперматогенез при экспериментальной инфекции *in vitro* и *in vivo*. дисс. канд. мед. наук. Москва 2012. 151 стр.
3. Handelsman DJ, Staraj S. Testicular size: the effects of aging, malnutrition, and illness. *J Androl.* 1985;6:144–51. / Bray I, Gunnell D, Davey SG. Advanced paternal age: how old is too old? *J Epidemiol Commun Health.* 2006;60:851–3.
4. Khera M, Broderick GA, Carson CC 3rd, Dobs AS, Faraday MM, Goldstein I, et al. Adult-Onset Hypogonadism. *Mayo Clin Proc.* 2016;91:908–26.
5. Moskvovtsev SI, Willis J, Mullen JB. Age-related decline in sperm deoxyribonucleic acid integrity in patients evaluated for male infertility. *Fertil Steril.* 2006;85:496–9.
6. Bieniek JM, Kashanian JA, Deibert CM, et al.: Influence of increasing body mass index on semen and reproductive hormonal parameters in a multi-institutional cohort of subfertile men. *Fertil Steril.* 2016; 106(5): 1070–5. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.06.041>.
7. Campbell JM, Lane M, Owens JA, et al.: Paternal obesity negatively affects male fertility and assisted reproduction outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online.* 2015; 31(5): 593–604. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.07.012>.
8. MacDonald, A.A.; Herbison, G.P.; Showell, M.; Farquhar, C.M. The impact of body mass index on semen parameters and reproductive hormones in human males: A systematic review with meta-analysis. *Human Reprod. Update* 2010, 16, 293–311. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed].
9. Yang, Q.; Zhao, F.; Hu, L.; Bai, R.; Zhang, N.; Yao, G.; Sun, Y. Effect of paternal overweight or obesity on IVF treatment outcomes and the possible mechanisms involved. *Sci. Rep.* 2016, 6, 29787. [Google Scholar] [CrossRef].
10. Faro S (1993). Infection and Infertility. *Infect. Dis. Obstet. Gynaecol.* 51-57.

11. Г. Носова, Ю. В. Федорцова, В. В. Морев, И. А. Корнеев. Изучение факторов риска развития бесплодия у мужчин, обратившихся в центр вспомогательных репродуктивных технологий. Урологические ведомости. Том III № 3 2013. ISSN 2225-9074. с. 18-21.

12. Епанчинцева Е.А., Селятицкая В.Г., Свиридова М.А., Лутов Ю.В. Медико-социальные факторы риска бесплодия у мужчин. Андрология и генитальная хирургия. 3. ТОМ 17. 2016 г. с. 47-53.

13. Ваисов И.А. Бесплодный брак. Совершенствование терапии с учетом патогенетических особенностей репродуктивной функции сужчин с урогенитальной инфекции. Дисс.док.мед.наук. Ташкент 2017. С 208.

14. Еремекбаева А.У. Характеристика соматического, репродуктивного здоровья и образа жизни учащейся молодежи в зоне Приаралья. Дисс. канд.мед.наук. Ташкент 2010. С. 132.



Research Science and
Innovation House

