

Эректильді
дисфункция.

Еркектік
бедеулік

Мақсаты:

- ❑ Эректильді дисфункция проблемасын студенттерге таныстыру.
- ❑ Еркек бедеулігі проблемасын студенттерге таныстыру.

Тапсырма:

- **Ерекtilьді дисфункцияның** этиологиясы және патогенезі
- Клиникалық ағымы, диагностикасы
- Қолданылатын ем шаралары
- **Еркектік бедеуліктің** этиопатогенезі, клиникасы және диагностикасы
- Қолданылатын ем шаралары

**АНДРОЛОГИЯ - бұл
еркек жыныс ағзалары
ауруларын, даму ақауларын
және оның функциясын
зерттейтін медициналық
білім**

- **Андрология** медицинаның көне бір бөлігі болып табылады. Жыныс ағзаларының аурулары және оның емдеу жолдары туралы Гипократтың трактаттарында және Киевтік Русь кезеңінің жазбаларында кездеседі. Ресейде андрологияның негізін қалаған Ф.И. Синицин болып табылады, ол 1877 жылдан бастап Мәскеуде зәржыныс жолдарының ауруларының хирургиялық клиникасын басқарған, кейінен аталымы андрологиялық клиникаға ауыстырылған.

- Бірақ 1923 жылдан бастап андрологиялық клиникалар урологиялық деп аталған, онда ерлердің жыныс және зәр ағзаларының аурулары емделген, және де әйелдердің зәр жүйесінің ағзаларының аурулары емделген. Сол уақыттан бастап Ресейде андрология жеке мамандық ретінде маңыздылығын жоғалтып, урологияның бір бөлігі болып қалды.

1984 ж КСРО-да ЛенГИДУВ (Ленинград қ.) урология кафедрасының базасында мемлекеттегі бірінші андрология курсы құрылды, осыған байланысты оқулық циклдардың жүргізілуі басталды. Клиникалық андрологияның бөліктері бойынша әртүрлі мамандар дайындауда проф. Тиктинский О.Л. көп жылдар бойы жоғары нәтижелерге қол жеткізді. Кешірек Мәскеуде Ресейлік урологиялық қоғамында практикалық андрологияның шиеленістерімен айналысатын әртүрлі мамандардың басын қосқан Ресейдің андрологтарының профессиональді ассоциясы құрылды.

ҚР еркектерінің орташа өмірсүру

ұзақтылығының статистикалық мәліметі.

Қазақстандық еркектердің орташа өмір сүру ұзақтылығы төмендеуде. Егер 1991 ж бұл көрсеткіш 60,7 жас болса, 2000 ж 59,8 жас болған, ал әйелдер соңғы он жылдықта өзгеріссіз келеді: 71,1 және 71,3 жас. Еркек пен әйелдің өмірсүру ұзақтылығының аралығы 11,5 жасты құрайды. Әлемдік статистикада бұл санның маңызы зор. 2000 ж еркек тің жалпы саны 28,3 мыңға ғана өсті, ал бұл көрсеткіш 1990ж салыстырғанда 4,2 есе аз болды, ол жылдың көрсеткіші 118,1 мыңды құраған болатын.

На снижении естественного прироста мужского населения сказываются и болезни половой сферы, нарушения ее функций и процессов. Еркек өмір сүруінің төмендеуінің себебі болып еркек жыныс жүйесінің аурулары, функциясыны бұзылысы табылады. Сондықтан халық тың әлеуметтік стратегиялық бағдарламасын құрастыруда медициналық статистиканың маңызы зор.

- Қазыргі уақытта ҚР-да андрологиялық емдік көмек ауруханада урологиялық бөлімшесінде және емханада жүргізіледі. Халықтың еркектік бөлігінің амбулаторлық-емханалық көмегі негізінен урологтардың, андрологтардың, дерматовенерологтардың, эндокринологтардың, педиаторлардың және т.б. жеке қабылдауымен жүргізіледі.

- *Жыныс* ағзаларының барлық аурулары немесе функциясының бұзылысы негізінен үш құрылымнан тұрады: ағзалық өзгерістер, сексопатологиялық бұзылыстар және психологиялық травматизация. Қазыргі уақытта науқас емханада толық көлемде көмек алмайды. Науқасты бірнеше әртүрлі профильдегі мамандармен (сексопатолог-уролог, дерматовенеролог-психолог және т.б.,) жүргізу негізінен кездеспейді. Дәрігерді арнайы оқыту циклдарында андрологиялық сексологияның жеке компоненттері ғана оқытылады және отбасы жоспарлау, тұрмыс, қарым-қатынас шиеліністері туралы психологиялық консультациялар жүргізілмейді.

Жоғарыда көрсетілген деректерге байланысты халықтың еркек бөліміне жаңа медициналық мамандық құру керек, бұл мамандық андрология, ол комплексті андрологиялық ем-шараны қамтамасыз ететін болады, және де еркекті экстракорпоральді ұрықтандыруға дайындайды. Европа мен Азияның дамыған елдерінде мұндай мамандық және орталықтар бар.

Сексуальді медицинаның профессиональді ассоциациясын (СМПА) құру.

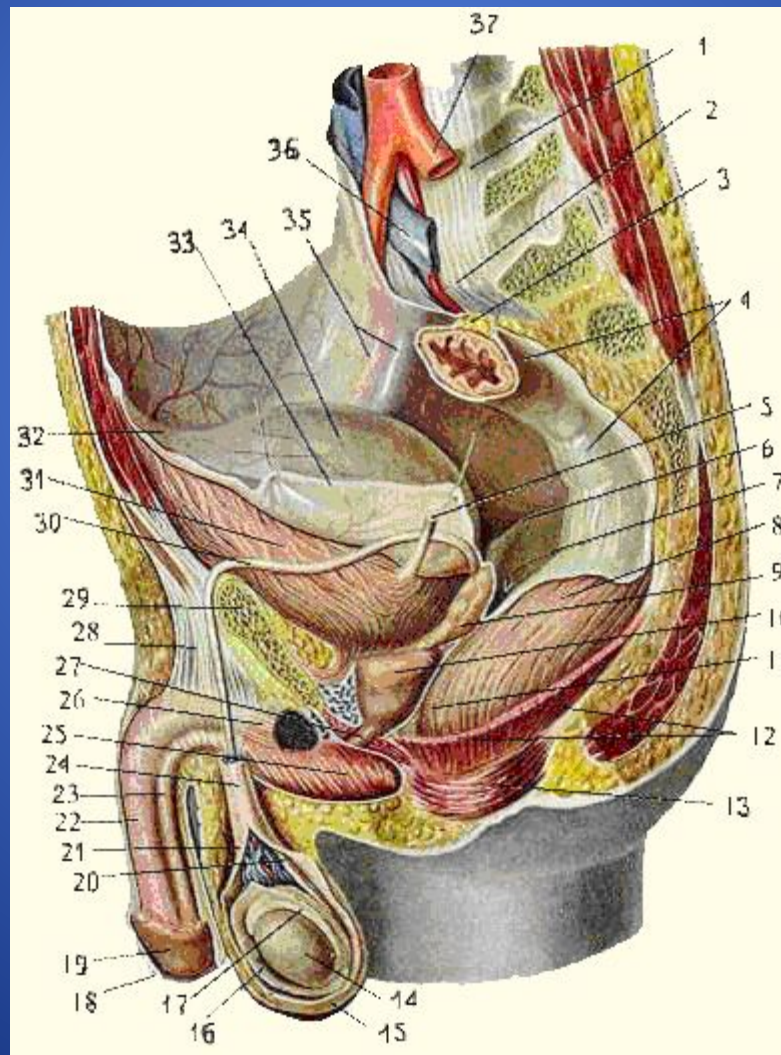
Қазақстанда Сексуальді медицинаның профессиональді ассоциациясы жұмысы 2008 ж басталды.

Ассоциацияның мақсаты: әйел мен еркектің сексологиясымен айналысатын немесе осы шиеленіске қызығатын әртүрлі мамандықтағы дәрігерлердің басын қосу, үздік диагностика стандарттарын, сексуалдық ақаудың емі мен профилактикасын енгізу.

СМПА-ның тапсырмалары:

- Қазақстанда еркектердің жалпы денсаулық деңгейінің жоғарлауы
- Еркек денсаулығының шиелінісімен айналысатын дәрігерлердің профессиональді деңгейінің жоғарлауы
- Медицинаның және сексологияның үздік жетістіктері және салт дәстүрлері туралы насихаттау
- Аралас мамандықтағы дәрігерлерге арналған оқыту бағдарламасын жүргізу
- Медициналық көмектің сапасын жоғарлату мақсатымен халыққа арналған консультациялық іс-шаралар жүргізу

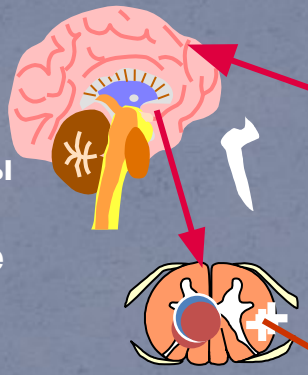
ЕРКЕК ЖЫНЫС ЖӨЙЕСІНІҢ АНАТОМИЯСЫ ЖӘНЕ ФИЗИОЛОГИЯСЫ



Қалыпты эрекцияның физиологиясы

Бас миындағы эректильді орталық

- ынталандыратын нейротрансмитер: мысалы. **NO**



Сексуальді стимуляция

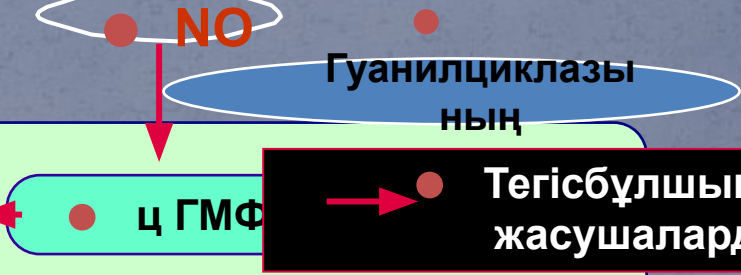
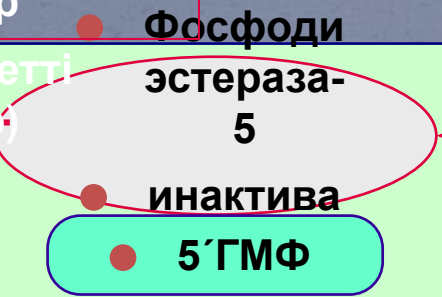


Жұлын орталықтары

Парасимпатикалық жүйкелер S2-S4

Перифериялық орталықтар

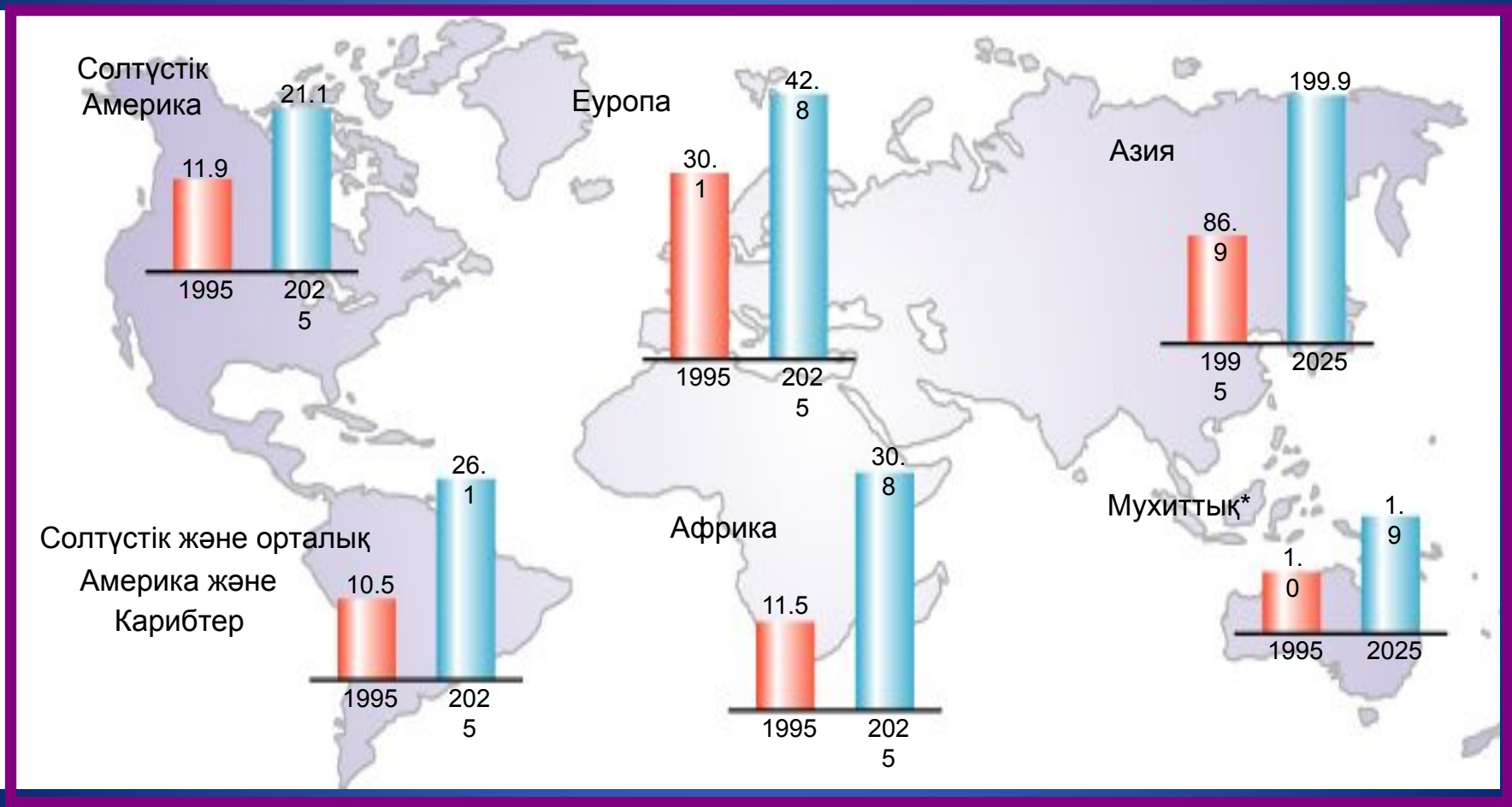
Тегісбұлшықетті жасушалардың жиырылуы



Тегісбұлшықетті жасушалардың босаңсуы



Эректильді дисфункцияның әлемдегі таралуы (БДҰ мәліметі бойынша)



ҚР-да 20-45 жас аралықтағы еркектердің 1 мл эякулятындағы сперматозоидтардың орташа саны, 1984-2007жж аралығындағы зерттеуі



Гипоэрекциялық жағдайдың жіктелуі

I. Пайда болу себептеріне байланысты:

- Психологиялық
- Ұзақ сексуалдық ұстамдылыққа байланысты
- Физиологиялық
- Геронтологиялық
- Фармакологиялық
- Радиациялық

Гипоэрекциялық жағдайдың жіктелуі

II. Көрініс түрлері бойынша:

- Эрекцияның сапасының төмендеуі қалыпты жағдайда жас қосуына байланысты шартты физиологиялық тәртіп күйінде болады (ШФТ) – қалыпты жағдай нұсқасы (эрекцияның шамалы әлсіреуі, пайда болу жылдамдығы, эякуляциядан кейін жылдам жойылуы);
- Либи́до төмендеуі (жыныстық өмір сүру құмарлығы);
- Адамдар алдында эрекцияның пайда болу қиындығы (махаббаттық ойындар) - ПРЕКОИТАЛЬДІ эрекцияның бұзылыстары:
 - * либидоның төмендеуі кезінде;
 - * либидоның сақталған кезінде.
- Интроитус (жыныс мүшесінің қынапқа кіруі) кезінде эрекцияның толық болмауы (әлсіздігі):
 - * коитус кезінде эрекцияның қалпына келуі;
 - * коитус кезінде эрекцияның төмендеуі (ИНТРАКОИТАЛЬДІ эрекцияның бұзылысы) және тек ұрықшығару алдында қалпына келуі:
 - * коитустың барлық кезеңінде эрекцияның әлсіз болуы (бір тізбекті немесе толқын тәрізді);
 - * коитусты жалғастыру мүмкіндігінің жойылуына дейін эрекцияның біртіндеп төмендеуі.
- Интроитус кезіндегі қалыпты эрекция
 - * эякуляция алдында эрекцияның қалпына келуі және коитус кезінде келетін (кезеңдік, бөліктік) функциясының төмендеуі;
 - * эякуляцияға жететін, тұрақты эрекцияның болмауы;
 - * фрикцияның тоқтауына алып келетін эрекцияның айқын төмендеуі.
- рефрактерлік фаза алдында эякуляциядан кейін қалдық эрекцияның болмауы (қалыпты жағдай).

Гипоэрекциялық жағдайдың жіктелуі

III. Жиі пайда болу себептеріне байланысты:

- Жасөспірімдерде мына себептер:
 - * психотравматизация;
 - * ұзақ абстиненция;
 - * созылмалы абстиненция;
 - * психоэмоционалдық күйзеліс (үйде, жұмыста);
- У лиц пожилого возраста вследствие:
 - * жастық гипоандрогения;
 - * ұзақ абстиненция;
 - * созылмалы абстиненция.
- Эрекцияның посттравматикалық төмендеуі
- Ішімдікке қарсы код қойдырғаннан кейін.
- Алкоголизм, нашақорлыққа тәуелділік кезінде.

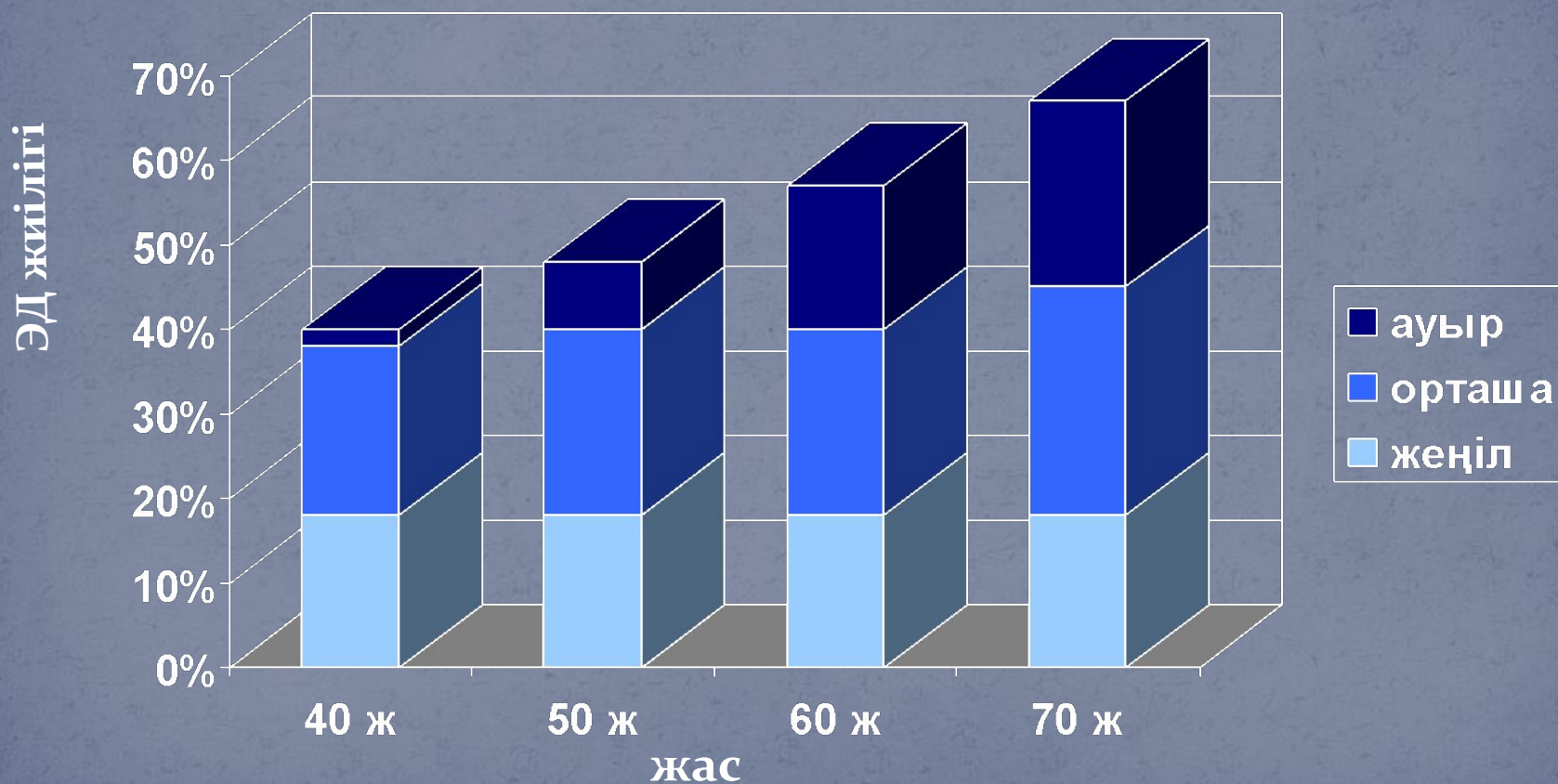
Гипоэрекциялық жағдайдың дамуына әсер ететін жағдайлар

- I. ПСИХОСЕКСУАЛЬДІ КОМПОНЕНТ
- II. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬДІ КОМПОНЕНТ
- III. СОМАТОГЕНДІК БҰЗЫЛЫСТАР
- IV. СЕКСУАЛЬДІК САУАТСЫЗДЫҚ
- V. АБСТИНЕНТТІ СИНДРОМ

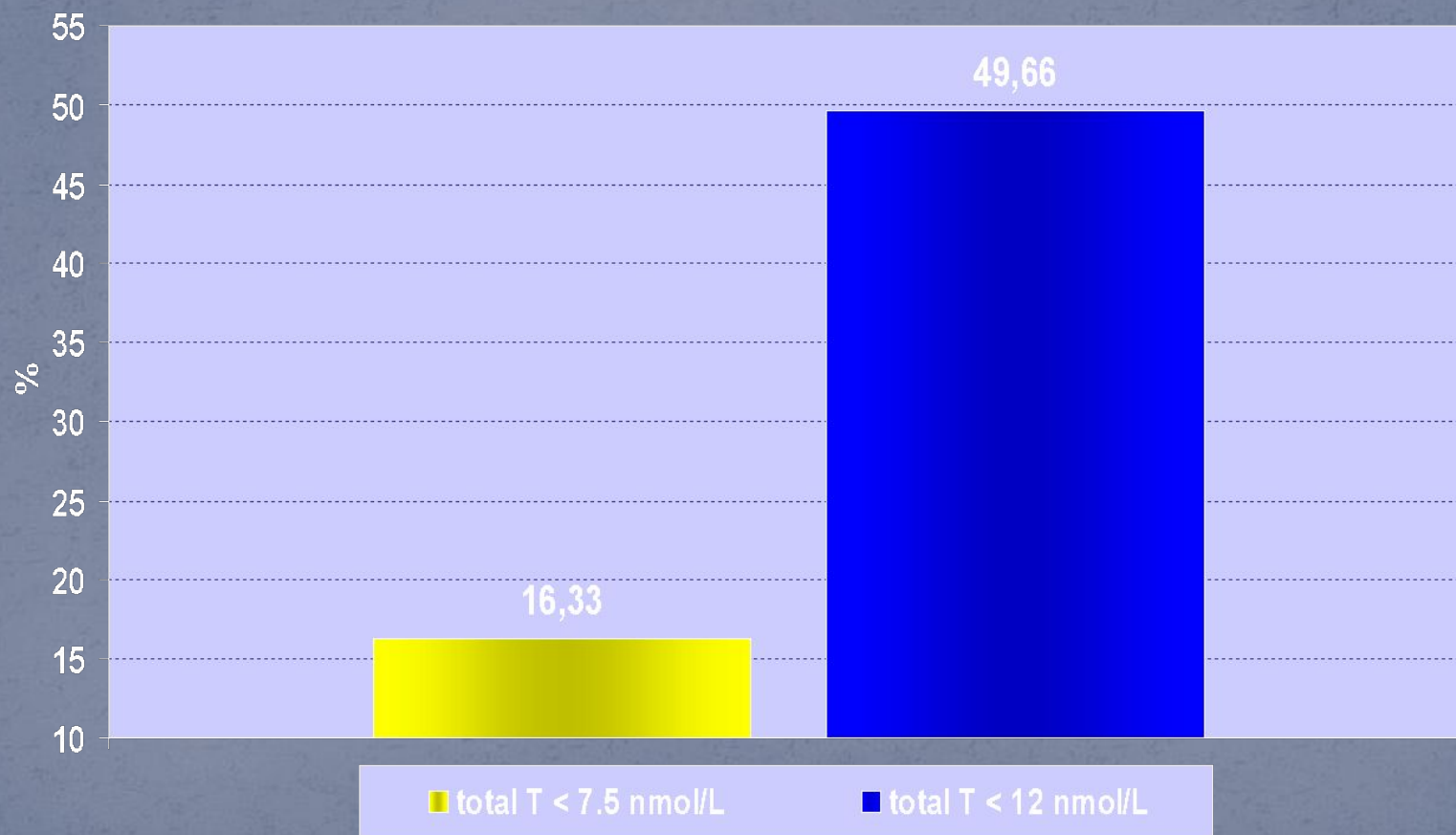
Эректильді Дисфункцияның Этиологиясы



Эректильді Дисфункцияның жасқа тәуелділігі



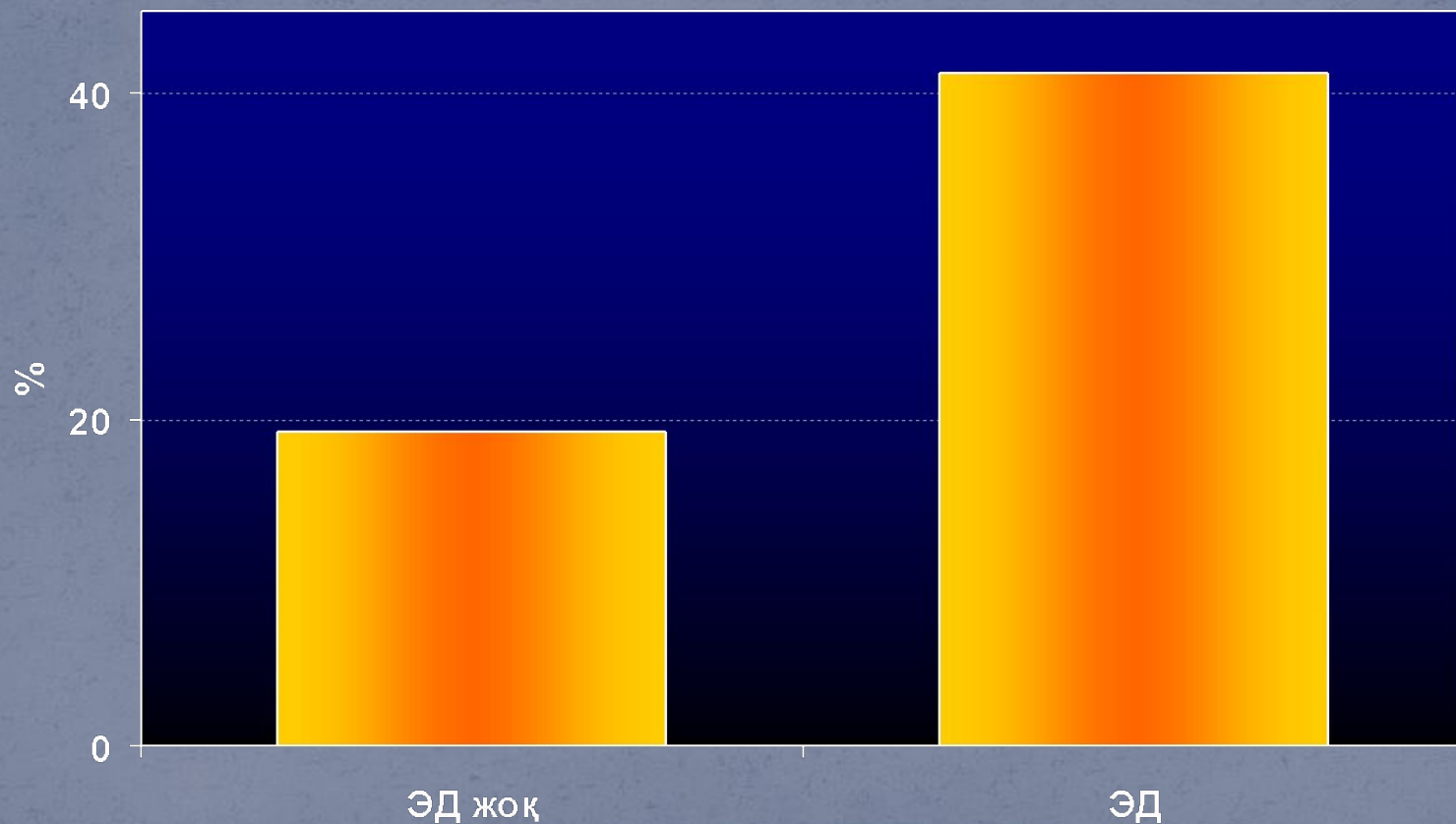
Тестостероны төмен еркектер арасындағы Эректильді дицфункцияның таралуы



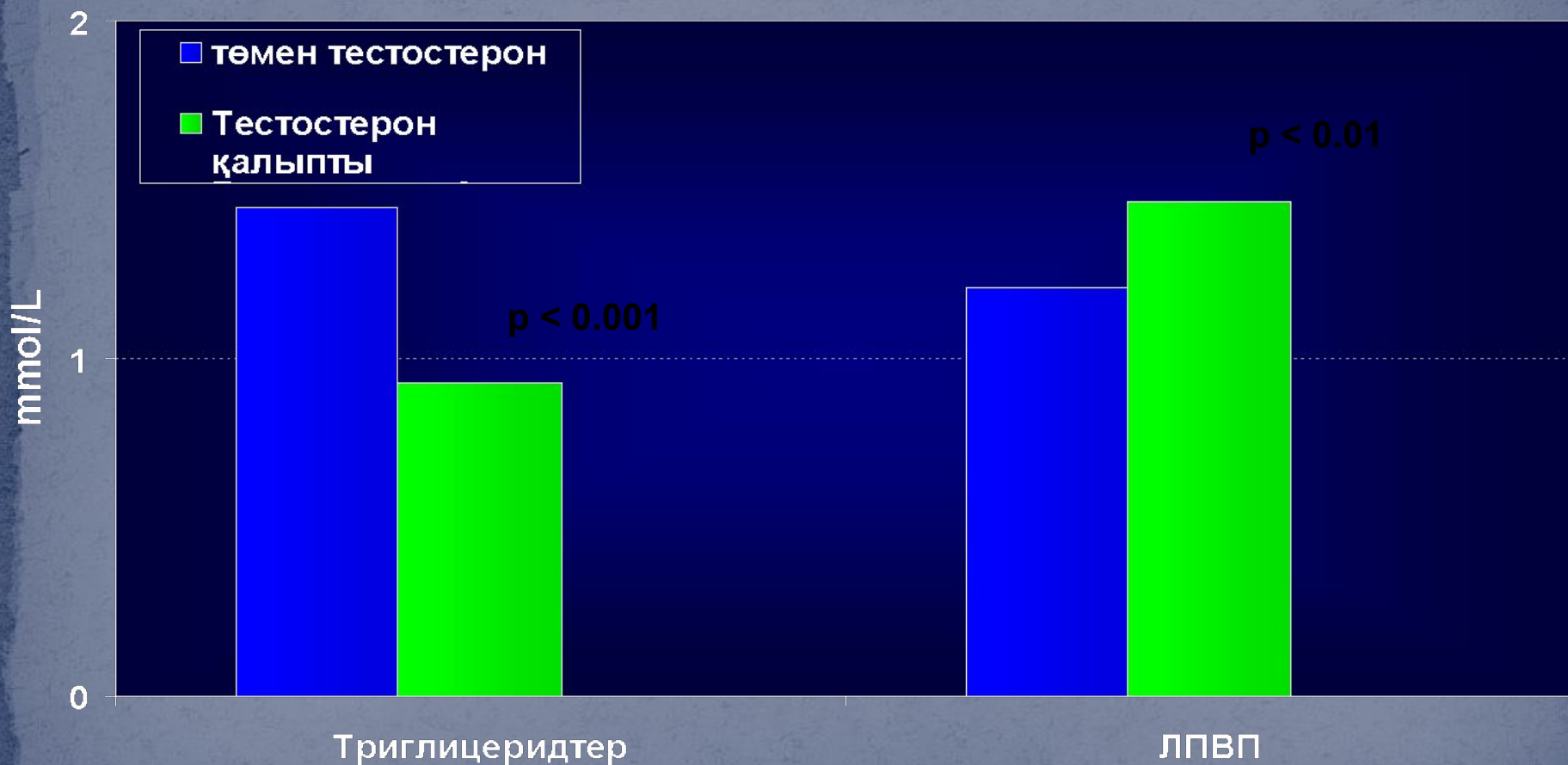
Эректильді дисфункциясы бар еркектердің қосымша аурулары



Жоғары АҚ ЭД-сы бар еркектерде ЭД жоқ еркектермен салыстырғанда екі есе жиі кездеседі



Дені сау еркектердегі жүрек-тамыр ауруларының қауып-қатер факторлары мен тестостерон деңгейінің арасындағы байланыс



Метаболикалық синдром – жаңа бүкіләлемдік анықтама:

- Орталық семіздік: бел көлемі:
Еуропалық раса - ≥ 94 см
Азиаттық раса - > 90 см

Қосымша төменде келтірілген кез келген 2 бөлім:

- триглицеридтің жоғарлауы: ≥ 1.7 ммоль/л (≥ 150 мг/дл)
- ЛПВП төмендеуі: < 1.03 ммоль/л (< 40 мг/дл)
- АҚ жоғарлауы: систоликалық ≥ 130 мм рт ст
диастолалық ≥ 85 мм рт ст
- Ашқарындағы гипергликемия: ≥ 5.6 ммоль/л (≥ 100 мг/дл)

Еркектің өмірі



Stages of Man's Life from the Cradle to the Grave—The Life and Age of Man

Lithograph by William B Burford (c 1883).

Өмірдегі жағдай



Әйелдің өмірсүру
ұзақтығы еркек
өмірінен орташа
жылға ұзақ.....

. . . және әйелдерде
уақыт өте ақылдық
және физикалық
қабілеттілігі ұзақ
сақталады.

Сексуальдік қызметінің жасқа байланысты өзгерістері

Либидо

- ✓ Жас ұлғайуына байланысты біршама төмендейді

Эрекция

- ✓ Жыныс ағзаларының сезімталдығы төмендейді

Эрекция сапасының төмендеуі

- ✓ Эрекцияның әлсіздігі және кідіруі, сексуальдік стимуляцияға қажеттілігі жоғарлайды (тактильді, визуальді емес)

Эякуляция

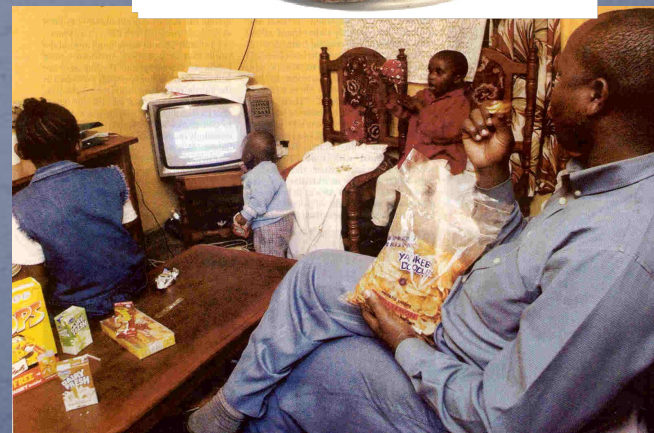
- ✓ шәуеттің көлемінің азаюы
- ✓ шәуетті лақтырыс күшінің төмендеуі

Оргазм

- ✓ Интенсивтілігінің төмендеуі
- ✓ Сексуальдік қанағаттанарлықтың төмендеуі
- ✓ Қалпына келу уақыты ұзарған

Өмірсүру салтын өзгерту

- Қалыпты дене салмағы
- Белсенді өмір салты
- Денешынықтырумен айналысу
- Темекіден және ішімділіктен бас тарту





Метаболикалық Синдром даму қауып-қатер тобына кіретін еркек



Метаболикалық синдром компоненттері:

“Тыныш өлтірушілер”



Абдоминальді семіздік

Инсулинге тәуелділік

Гиперлипидемия

Гипертензия

МБС клиникалық көрінісі

тестостерон деңгейі жоғары жас еркектер осылай көрінеді



Тестостерон
тапшылық
кезіндегі
еркектің түрлері

Ұлы мәртебелі ТЕСТОСТЕРОН! Гормон патшасы- патшалар гормоны!

Тестостерон еркекке арналған маңызды және ең қажетті гормон болып табылады.

- Ол ұлбалалардағы еркек жыныс белгілерінің дамуын реттеп, ары қарай еркектік белгілерді өмірі бойы ұстап тұрады.
- Осу үрдісін және протеин синтезін, бұлшықеттің дамуын және сүйекте кальцидің шоғырлануын белсендіреді.
- Және де сексуальдік қабілеттілікті реттеуде маңызды рөл атқарады, шәуеттің түзілуіне, потенцияға және сексуальдік құмарлыққа әсер етеді.

Тестостеронның әсері

- АНДРОГЕНДІК
- АНАБОЛИКАЛЫҚ
- АНТИГОНАДОТРОПТЫҚ
- РЕПРОДУКТИВТІК
- ПСИХОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ
- ГЕМОПОЭТИКАЛЫҚ
- МЕТАБОЛИКАЛЫҚ

- Еркектерде *40 жас*тан кейін ағзадағы **тестостерон** қоры жылына в бір пайызға кеміп отырады.
- Бір қарағанда кемуі аз болып көрінеді, бірақ *60-жас*та еркектердің ағзасы осы өмірлік маңызды гормонның бестен бір бөлігінен айырылады.
- Сол уақыттан бастап **шиеліністер** басталады...

**Қанда тестостеронның кемуіне
байланысты көңілде болу қиындай
түседі.**

**Мүмкін, әйелдерден қашудың
объективті себебі
осы шығар.**



Егер еркек өмірінде белгілі бір жетістіктерге қол жекізсе, ол көбіне өмірінің 40-50 жасына сай келеді.



• Ал осы уақытта ағзада еркек жыныс гормондарының өндірілуі төмендейді...

ЕРКЕКТІ ҚЫРЫҚ ЖАСТАН КЕЙІН НЕ МАЗАЛАЙДЫ?

- Лев Толстой айтқан—«әр адам өзінше бақытсыз».
- Әлдекімде қазыргі уақытында тәулігіне 24 сағат жұмыс истей алмайтына келісе алмайды.
- Әлдекімде зәршығаруында шиеліністер пайда болады.
- Әлдекімді сексуальдік шиеліністер мазалайды...



Орталық жүйке жүйесі

*Жылдам шаршағыштық,
энергия деңгейінің төмендеуі*

*Көңіл-күйдің тұрақсыздығы,
депрессияға бейім болу.*

*Есте сақтаудың және ұзақ уақыт
көңіл аудару концентрациясының
бұзылуы*

*Жұмыс істеу қабілетінің төмендеуі
Ұйқының бұзылуы.*



Физикалық шиеленістер



Семіздік

*Бұлшықет әлсіздігі,
шаршағыштық*



Физиологиялық шиеліністер



- *Ұйқысыздық*
- *Зәршығару бұзылыстары*
- *Тітіркенгіштік*



Психологиялық шиеліністер

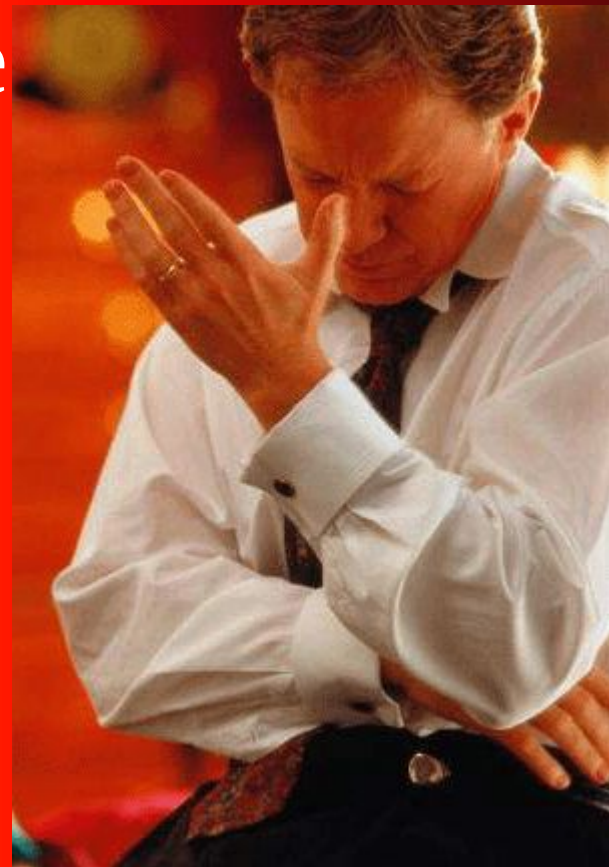


- Жұмыс істеу қабілетінің төмендеуі
- Көңіл аудару концентрациясының төмендеуі
- Мазасыздық
- Ұйқының бұзылуы
- Көңіл-күйінің төмендеуі
- Ұмытшақтық
- Өзіне сенімділіктің жоқтығы

Вегето-тамырлық жүйе

«Ыстық тасу»

*Терлегіштіктің
жоғарлауы*



Жүрек-тамыр жүйесі



- *Жүрек қағуы*
- *Кардиалгия*
- *АҚ көтерілуі*

Эндокриндік жүйесі

Висцеральді май тінінің үлкеюі



Тірек-қыймыл жүйесі



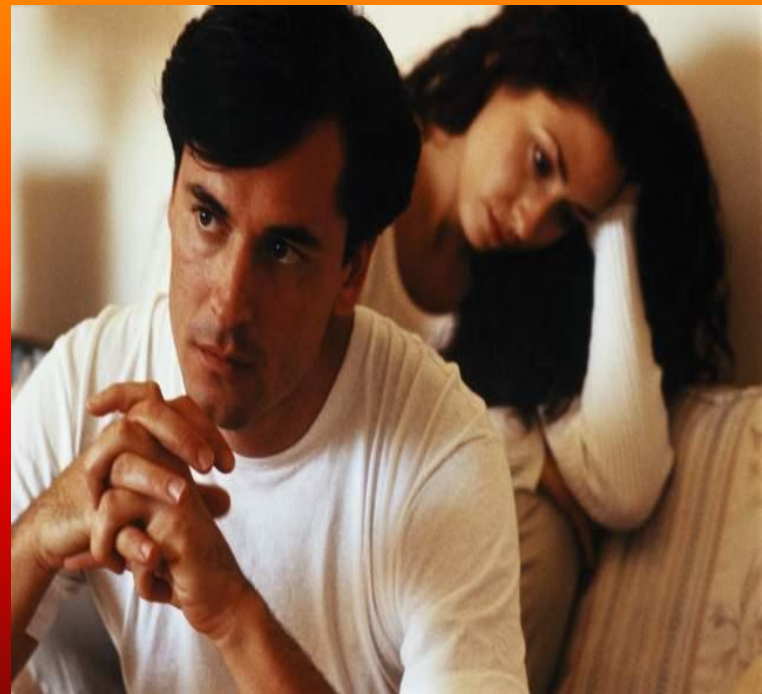
- Күштің және шыдамдылықтың төмендеуі
- Бұлшықет салмағының төмендеуі
- адекватты емес физикалық жүктемеге бұлшықет салмағының өсуі
- Буынның және сүйектің шамалы ауырсынуы
- Сүйектің минералды тығыздығының төмендеуі

Тері, шаш

- *Тері құрғақтығы, әжімнің пайда болуы, тері тургорының төмендеуі*
- *Екіншілік шаш өсуінің төмендеуі, шаштың түсуі*

Сексуальдік шиеліністер

*Эректільді дисфункция,
жыныстық дисгармония,
либидоның төмендеуі*



Эректильді дисфункцияның диагностикасы

- Жалпы қарау және анамнез жинау
- Зәр мен қанның жалпы клиникалық анализдері
- Гормональді статус
- Ультрадыбыстық диагностика (қосымша тамыр доплері мен жыныс мүшесінің реографиясы)
- Инфрақызылдық термография
- Уродинамикалық зерттеулер
- Уретроцистоскопия
- Жыныс мүшесінің артерио-, кавернозографиясы
- Жамбастық флебография
- Электромиография

Эректильді дисфункцияның емі

- Науқастың психотравматизациясын жою керек
- Еркекке нақты өмірсалты туралы ұсыныстарды беру керек
- Жыныстық қатынасқа арналған ыңғайлы ортаны таңдау, позаны таңдау, жыныстық қатынастың қалыпты физиологиялық өтуі туралы айту.
- Жыныстық ағзалардың жедел және созылмалы қабыну процестерінің санациясы
- Жыныс ағзаларының қызметіне және жалпы ағзаға әсер ететін басқа ағзалар мен жүйенің негізгі ауруларын емдеу

Эректильді дисфункцияның емі

- Жыныстық функцияның дәрілік ынталандыруыны мыналар кіреді:
 - * Йохимбин 1 таблеткадан күніне 3 рет, жақсы ынталандыратын әсері бар.
 - * Адаптогендер (Женьшень, левзеи экстракты, қызғылт родиолы, элеутерокок тұнбасы, пантокрин) күніне 2-3 рет (таңертенгі және күндізгі уақытта) 8-40 тамшы өлшемі бір қабылдауында. "А" және "Е" тобындағы дәрумендер (аевит және т.б.) еркектің жыныс жүйесіне оң әсер етеді.
 - * Шиелініске байланысты пайда болған жедел және созылмалы стресстік реакция кезінде седативтік дәрілер, транквилизаторлыр тағайындалуы мүмкін.
 - * Виагра –әсері жақсы дәрі (еркектің либидосы сақталған жағдайда). Жас еркектерде «бастау емі» ретінде жыныстық функцияны қалпына келтіру үшін қолданылады.

Эректильді дисфункцияның емі

- Жас еркектерде андрогендік дәрілерді аз мөлшерде «бастау емі» ретінде қолдануға болады.
- Физиотерапевттік әдістер:
 - * "Интрадон" аппаратымен кіші жамбас аймағын электроынталадыру.
 - * ЖТҚ-ем (жергілікті теріс қысыммен) – жыныс мүшесінің тамырларына және аз бөлікте кіші жамбас ағзаларына оң әсер етеді. Жас еркектерде жиі «бастау емі» ретінде қолданылады.
 - * Инерерфлексттік ем, массаж, нүктелік массаж және т.б.

Эректильді дисфункцияның емі

- Интракавернозды дәрілерді енгізу (әр түрлі вариантта), уақытша эрекцияны шақырады, әсер етуі бойынша поллиативті әдіс болып табылады және ұзақ қолданған кезде бірнеше асқынуларға әкелуі мүмкін (приапизм, каверноздық денені склероздалуы, кавернит дамумен болатын инфекцияның енуі және т.б.).
- Жыныс мүшені протездеу және эректотерапиясын тағайындау үшін еркекті жан-жақты зерттеу қажет және консервативті әдіспен адекватты көмек көрсете алмайтына дәрігердің сенімділігі қажет.

Ерлер бедеулігі

- Неке бедеу болып саналады, егер 6 айдан 5 жылға дейін (әр түрлі авторлар бойынша) жұп контрацептивті қолданбай күнделікті жыныстық өмір сүре, жүкті болмаса. Соңғы он жылдықта 2 жыл шекара болған, бірақ бұл сан бүгінгі күні қайта қарастырылған.
- НЕКЕДЕ БЕДЕУ ДИАГНОЗЫН ҚОЮҒА БОЛАДЫ, ЕГЕР ДЕ ЖҰП 1 ЖЫЛ ІШІНДЕ ЖҮКТІЛІК БОЛУДАН САҚТАНБАЙ КҮНДЕЛІКТІ ЖЫНЫСТЫҚ ӨМІР СҮРСЕ ҚОЮҒА БОЛАДЫ.

Ақтуалды мәселелер

- Дүниежүзінде және біздің елде бедеулік мәселесі ауқымды түрде маңызды. Падение рождаемости во многих странах (элеуметтік жағдайды максималды жақсартқанына қарамастан) приводит к старению популяции вплоть до превышения смертности над рождаемостью. Если 10-15 лет назад в среднем каждая десятая пара вступавших в брак нуждалась в оказании медицинской помощи для получения беременности, то сейчас эти цифры в мире составляют 12-15 %, а в некоторых экологически неблагополучных районах нашей страны превышают 20 %.

- Некеде бедеулік мәселесі ер және әйел факторы деп бөлу мүмкін емес, сондықтан әр түрлі авторлар көрсеткіші бойынша ерлерде бедеулік себебі 25-50% және жоғары. Бірақ жынысты орта жағынан қандайда көріністер екі жақта да бірдей кездеседі. Біз ойлаймыз, некедегі бедеуліктің 25 % жуығы әйел факторы, 25 % - ерлер және 50 % екі жақта бірдей бұзылыстар кездеседі.

ЛПУ КР зерттеуі бойынша 20-45 жас аралығында еркекте 1 мл эякулятта активті қозғалмалы сперматозоидтардың орташа мөлшері



Б.У.Джарбусынов и соавт., «Мужское бесплодие», 1985г.
Б.У.Шалекенов, Куттуков К.Т., «Вестник АГИУВ», №3, 2008г.

Еркек бедеулігінің этиологиясы

- Нервті-психикалық фактор
- Туа біткен және генетикалық бұзылыстар
- Инфекционды-токсикалық фактор
- Экзогенді интоксикациялар
- Үйреншікті интоксикациялар
- Ионды сәулелену
Гормональді қалыптын бұзылыстары
- Гипертермия
- Атабездің қанайналым бұзылысы
- Ұма және ішкі жанбас мүшесінің травмасы
- Шат жарығын , атабез водянкасын және шәует шылбыр ауруларын оперативті емдеу
- Сперматогенездің аутоиммунды бұзылуы
- Эякуляттың болмауы

Еркек бедеулігінің патогенезі

- 1. Шәуеттің атабезде түзілуінің бұзылуы;
- 2. Әйел қынабында шәуеттің тасымалдауының бұзылуы;
- 3. Шәуеттің сары денеге жетіп және оны ұрықтандыру қабілетінің бұзылуы;
- 4. Әйел жыныс мүшесінің жағдайына , ұрықтандыру пайда болу мүмкіншілігінің төмендеуіне және пайда болған жүктілікті көтеру мүмкіндігіне әсер ететін ер факторы.

Еркек бедеулігінің жіктелуі

- I. Секреторлы бедеулік:

- 1) атабездің біріншілікті жетіспеушілігі (туа біткен және жүре пайда болған атабездің зақымдалуы):

- 2) атабездің екіншілікті жетіспеушілігі:

- а) орталықтан пайда болған (гипоталамо-гипофизарлы аймақтың және ОЖЖ басқа бөлімдерінің зақымдалуы салдарынан);

- б) атабездің дискорреляционды жетіспеушілік (эндокринді без функциясының және басқа ішкі ағзаларының бұзылуы салдарынан).

Еркек бедеулігінің жіктелуі

- II. Экскреторлы бедеулік:

- 1) несепшығаратын өзек және атабез қосалқысының аурулары және даму ақаулары;

- 2) экскреторлы-обтурационды бедеулік (шәует шығаратын түтіктің туа біткен және жүре пайда болған обструкциясы);

- 3) эякуляцияның бұзылуы:

- анэякуляция;

- аноргазмия;

- ретроградты эякуляция;

- астеникалық эякуляция;

- кеш эякуляция;

- алдын ала эякуляция;

- ауыршанды эякуляция.

Еркек бедеулігінің жіктелуі

- III. Иммунды бедеулік.
- IV. Бірлескен бедеулік (жыныс безінің секреторлы жетіспеушілігімен қоса бірлескен қабыну, обструктивті және иммунды үрдіс).
- V. Параллель бедеулік (жұптың екі жақты бедеулік шақыратын фактордың болуы).
- VI. Идиопатикалық бедеулік (жұптың екі жақты бедеулік шақыратын фактордың болмауы).

Еркек бедеулігінің диагностикасы

- БЕДЕУЛІ НЕКЕДЕ ЕРКЕКТІ НЕГІЗГІ ЗЕРТТЕУ КЕЗІНДЕ МЫНАЛАР БОЛУЫ ТИІС:
 1. МҰҚИЯТ АНАМНЕЗ ЖИНАУ;
 2. ТИЯНАҚТЫ ҚАРАУ;
 3. ЭЯКУЛЯТТЫ ЗЕРТТЕУ;
 4. ПРОСТАТА-ВЕЗИКУЛЯРЛЫ ЖҮЙЕДЕ ЖӘНЕ УРЕТРАДА СУБКЛИНИКЛЫҚ ҚАБЫНУ ҮРДІСТЕРІН ЗЕРТТЕУ;
 5. АЛЫНҒАН ЖҮЙЕЛІ АНАЛИЗДІ МАТЕМАТИКАЛЫҚ ӨҢДЕУ ЖӘНЕ ТАЛДАУ.

- Бедеулі некеде еркекті зерттеу кезінде лабораториялық диагностика мынадан тұру керек:
 1. Эякулятты зерттеу;
 2. Ұма ағзаларында, простата-везикулярлы жүйеде және уретрада субклиникалық қабыну үрдістерін зерттеу ;
 3. Гормональды зерттеу;
 4. Арнайы және қосымша зерттеу әдістері.

- Эякулятты микроскопиялық зерттеу кезінде келесі көрсеткіштер бағаланады:
- 1. 1 мл эякулятта сперматозоид саны
- 2. Сперматозоид қозғалмалылығы
- 3. Сперматозоидтардың жылдамдық көрсеткіштері
- 4. Сперматозоидтардың агглютинациясы
- 5. Сперматозоидтардың морфологиясы
- 6. Эякуляттағы жасушалы элемент саны
- 7. Эякуляттағы жасушалы емес элементтер саны
- 8. Басқада жасушалардың болуы (лейкоциттер және/немесе эпителий) және лецитин дәндері.

Эякулят зерттеу нәтижелерін сұрыптау

- * эякулят көлемі - 2,0 мл кем емес;
- * рН - 7,2 - 7,8;
- * ыдырауы - 60 мин кеш емес;
- * сперматозоид концентрациясы 20 млн./мл кем емес және и 200 млн./мл көп емес;
- * сперматозоидтын жалпы саны - барлық эякулят көлемінде 40 млн. кем емес ;
- * қозғалмалылығы- (А және В категориясы) алдыңғы прогрессивті қозғалғыштығымен есептегенде 50 % кем емес немесе (А категориясы) жылдам сызықтық прогрессия 25 % кем емес;
- * сперматозоидтардың морфологиялық жағдайы- морфологиялық жайы 50 % кем емес
- * 30 % кем емес сперматозоид – өмірлік қалпын 24сағ сақтауы;
- * сперматозоидтын агглютинациясы- байқалмайды,
- * лейкоциттердің көлемі- 1 млн./мл кем.

Бедеулі некеде қолданылатын қосымша зерттеулер

- Ішкі жамбас сүйегі және ұма мүшелерін ультрадыбысты зерттеу
- Урогенитальді инфекцияға тексеру
- Антиспермальді антиденені анықтау
- Жыныс гормоны денгейін анықтау
- Посткоитальді тест (ПКТ)
- Сперматозоидты электронды микроскопиялау
- Жұмытрқа биопсиясы
- Генитография – ұрықшығару түтік, шәует қуықшалары және аталық без қосалқысын рентгенологиялық зерттеу

Ерлер бедеулігі кезінде емдеу шаралары

- Жыныс ағзасының қабыну процесі болғанда санациялау, жыныс безінің қосалқыларының функциясын және сперматогенезді медикаментозды белсендендіру, одан кейін жұптар 3-4 ай мерзімінде белсенді жыныстық қатынаста болады.
- 2. Жүктілік болмаған жағдайда - 3-4 цикл ағымында еркектің спермасымен инсеминациялау (медикаментозды белсендендіру фонында).
- 3. Жүктілік болмаған жағдайда – экстракорпоральді ұрықтандыру ЭКО ИКСИ орталығында жұмыртқа клеткасына мәжбүрлі жағдаймен сперматозодты енгізу немесе донордын спермасымен инсеминациялау. Сперматограммасының көрсеткіші жақсы (жоғары) болғанда да, бұл әдісті қолдану мүмкін.

● Емдеу тағайымдары келесі топтарды құрайды :

А) Еркектің өмір салтын және мекен ету ортасын қалыптстыру;

Б) Сперматогенез биостимуляциясы ;

В) Гормонотерапия;

Г) Оперативті ем;

Д) Қосымша репродуктивті технологияны қолдану, оның ішінде еркектің немесе донордың спермасының инсеминациясы, ЭКО, ИКСИ.



Назарларыңызға рахмет!

