

УДК 618.177-02(477.85)

*Л.І.Іванюта, О.В.Хасаян***РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ НЕПЛІДНИХ ЖІНОК
БУКОВИНСЬКОГО РЕГІОНУ**

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м.Київ

Резюме. Стаття присвячена клінічному аналізу етіологічної структури жіночої неплідності в Буковинському регіоні. Проведений аналіз повного клініко-лабораторного обстеження 150 жінок, що перебувають у неплідному шлюбі. Підтверджено, що неплідність є поліетіологічною патологією. Визначені основні етіологічні чинники неплідності в жінок та виставлений

діагноз відповідно до класифікації діагнозів (причин неплідності) ВООЗ. Доведена важливість даних про етіологічну структуру неплідності для удосконалення організації надання медичної допомоги неплідним шлюбним парам регіону.

Ключові слова: етіологія, неплідність, структура, чинники, діагноз.

Вступ. За даними ВООЗ, частота неплідного шлюбу коливається в широких межах і тенденції до зниження не спостерігається. Приблизно 100 млн. шлюбних пар у світі є неплідними. Згідно зі статистикою, кожного року з'являється 10 млн. нових неплідних шлюбів, що істотно впливає на демографічні показники, у зв'язку з чим ця проблема набуває не тільки медико-біологічного, але й соціального значення. При частоті 15% та вище, неплідний шлюб впливає на демографічні показники вагомніше, ніж невиношування та перинатальна втрата разом.

Кількість неплідних шлюбних пар в Україні з кожним роком зростає (на даний час близько 1 млн.). Це безпосередньо впливає на генофонд нації (Іванюта Л.І., 2001) і залишається чи не найбільшою медичною та соціальною державною проблемою. Актуальність цієї проблеми незаперечна в умовах економічної нестабільності, низьких рівнів соціального забезпечення населення та доступності кваліфікованої медичної допомоги (Кулаков В.І. та співав., 2002)

Аналізуючи дані літератури про розповсюдженість та структуру неплідності, можна дійти висновку про широку варіабельність результатів, навіть у межах однієї країни. Це є не тільки показником популяційних відмінностей, але й вказує на неадекватність та недосконалість методів дослідження. Виявлення структури неплідного шлюбу – досить складне завдання, оскільки патологія має поліетіологічну природу (за даними ВООЗ, 22 причини жіночої неплідності та 16 - чоловічої) і залежить від багатьох чинників соматичного, психологічного та соціального характеру.

Визначення регіональної структури неплідного шлюбу незаперечно має велике значення для удосконалення методів профілактики, діагностики та лікування неплідності.

За даними літератури, частота неплідності в країнах із близьким рівнем соціально-економічного розвитку може відрізнятися несуттєво, тоді як розподіл основних етіологічних чинників неплідності має значні відмінності.

Мета дослідження. Визначити етіологічну структуру жіночої неплідності в Буковинському регіоні для удосконалення методів профілактики,

діагностики та лікування неплідного шлюбу на регіонарному рівні.

Матеріал і методи. Вивчення структури жіночої неплідності проводилося на основі протоколу клінічної характеристики та об'єктивного статусу жінок із неплідністю, розробленого в ПАГ АМН України на базі документації ВООЗ (Проект ВООЗ № 84914). Обстежено 150 жінок із неплідних шлюбних пар. До протоколу включені питання щодо віку жінки, виду, форми та тривалості неплідності, соціального статусу та освітнього рівня, контакту з токсичними речовинами, впливу підвищеної радіоактивності, репродуктивного та менструального анамнезу, методів контрацепції, перенесених інфекцій, що передаються статевим шляхом. Також проводилося загальне фізикальне обстеження, визначався розвиток молочних залоз (за Таннером), гірсутне число (за Фериманом-Гелівелем), використані рентгенологічні (гістеросальпінгографія, рентгенографія турецького сідла) та ендоскопічні (гістероскопія, лапароскопія) методи дослідження, посткоїтальний тест, ультразвукове обстеження, дані вимірювання базальної температури. Обстеження на TORCH-інфекцію проведено з використанням імуноферментного аналізу та методу ДНК-полімеразної ланцюгової реакції. Рівні гормонів крові (ФСГ, ЛГ, Т₃, Т₄, прогестерон, естрадіол, тестостерон, андростендіон) визначені радіоімунологічними методами та методом імуноферментного аналізу (ІФА). За показаннями проведено тест із гестагенами, каріотипування лейкоцитів, культуральний аналіз менструальної крові на туберкульоз. Визначені причини неплідності відповідно до діагностичних категорій ВООЗ.

Результати дослідження та їх обговорення. Для визначення етіологічної структури неплідного шлюбу в регіоні проаналізовано результати повного клініко-діагностичного обстеження 150 неплідних шлюбних пар, що проводилося на базі гінекологічних клінік м. Чернівці. Вік неплідних жінок був у межах 19-41 рік і в середньому складав $26,2 \pm 0,1$, чоловіків – 21-48 років, у середньому – $30,4 \pm 0,1$. Тривалість неплідності в шлюбі склала від 1 до 17 років, у середньому – $5,6 \pm 0,2$ року. Відповідно до вимог ВООЗ, обстеження обох партнерів проводилося паралельно.

Таблиця 1

Сукупність патології в жінок із неплідністю

Кількість діагнозів	Кількість жінок	% жінок
Один діагноз	38	25,3
Два діагнози	48	32
Три діагнози	33	22
Чотири діагнози	21	14
Відсутність діагнозів	10	6,7
Всього	150	100

Таблиця 2

Розподіл діагнозів у жінок із неплідністю

Діагноз	Кількість діагнозів	% діагнозів	% випадків
Гіперпролактинемія	18	5,6	12
Органічне ураження гіпоталамо-гіпофізарної системи (аденома гіпофіза)	1	0,3	0,7
Аменорея зі зниженим рівнем естрогенів	8	2,4	5,3
Аменорея з підвищеним рівнем ФСГ (гіпергонадотропний гіпогонадизм)	1	0,3	0,7
Аменорея з нормальним рівнем естрогенів	1	0,3	0,7
Олігоменорея	12	3,7	8,0
Нерегулярні місячні та/або овуляції	26	8,0	17,3
Ановуляція при регулярному циклі	23	7,0	15,3
Уроджена патологія	11	3,4	7,3
Двобічна непрохідність маткових труб	13	4,0	8,7
Однобічна непрохідність маткової труби	32	9,8	21,3
Спайки в порожнині малого таза	73	22,4	48,7
Ендометріоз	8	2,4	5,3
Набута патологія шийки або тіла матки	8	2,4	5,3
Набута патологія маткових труб	25	7,7	16,7
Набута патологія яєчників	46	14,0	30,7
Генітальний туберкульоз	1	0,3	0,7
Патологічний посткоїтальний тест (ПКТ)	10	3,0	6,7
Відсутність видимих причини	10	3,0	6,7
Всього	327	100,0	218,1

Для можливості порівняння результатів при аналізі отриманих даних використана класифікація діагнозів (причин неплідності) ВООЗ.

Дані, наведені в табл. 1 та 2 підтверджують факт, що неплідність є поліетіологічною патологією, оскільки в 102 обстежених жінок (68%) виявлено більше однієї причини (діагнозу) неплідності, а кількість виявленої патології значно переважає кількість випадків неплідності.

У результаті обстеження первинна неплідність виявлена у 82 (57,8%) випадках, а вторинна – у 60 (42,2%). Трубно-перитонеальна форма неплідності становила 30,3% (43 жінки), ендокринна – 27,5% (39 жінок), маткова – 0,7% (1 жінка), шийкова – 1,4% (2 жінки), імунна – 7% (10 жінок), неясна причина – 1,4% (2 жінки). Поєднана форма неплідності мала місце в 31,7% (45 жінок). Загалом трубно-перитонеальний чинник неплідності виявлено в 54,9% (78 жінок), а ендокринний – у 49,3% (70 жінок).

Серед обстежених жінок – 64 (42,7%) мали середню освіту, 40 (26,7%) – середню спеціальну, 46 (30,6%) – вищу освіту. Контакт із токсичними речовинами відмітили 14 жінок (9,3%), вплив підвищеної радіоактивності – 4 жінки (2,7%). На момент обстеження 129 жінок (86%) перебували в першому шлюбі, 21 жінка (14%) – у повторних.

Патологія маткових труб виявлена в 70 жінок (46,6%), спайковий процес у порожнині малого таза верифіковано в 73 жінок (48,7%). Поєднання порушення прохідності маткових труб із спайковим процесом мало місце в 55 жінок (36,7%). Хронічний аднексит діагностовано в 59 жінок (39,4%), у тому числі з наявністю сактогідросальпінгсу – у 17 жінок (11,3%).

Ендометріоз діагностовано у 8 жінок (5,3%), причому в чотирьох пацієнток (2,6%) – у поєднанні зі спайковим процесом, у двох (1,3%) – у поєднанні зі спайковим процесом та однобічною непрохідністю маткової труби, у двох (1,3%) – із двобічною непрохідністю маткових труб та спайковим процесом.

У двох жінок (1,3%) спостерігалася виражена рубцева деформація шийки матки. Міома матки виявлена в шести жінок (4%), у чотирьох жінок (2,7%) – у поєднанні зі спайковим процесом та прохідними трубами, у двох (1,3%) – у поєднанні з однобічною непрохідністю маткової труби та спайками. У п'яти жінок (3,3%) порушення прохідності труб та спайковий процес у малому тазу поєднувалися з матковою гіпоплазією, в однієї жінки (0,7%) відмічалися внутрішньоматкові синехії (синдром Ашермана).

У групі вторинно неплідних у минулому мали одну вагітність 36 жінок (25,4%), дві – 14 жінок (9,9%), три і більше – 10 жінок (7%). Загальна кількість вагітностей у цій групі склала 98, з яких 27 закінчилися живонародженням, 19 – спонтанним абортom, 43 – індукованим абортom, 8 – ектопічною вагітністю та 1 – мертвонародженням. Ускладнення під час і після пологів та переривання вагітностей мали місце в 27 випадках (27,6%), з них в 11 випадках (11,2%) – інфекційно-запального характеру.

Щодо менструального анамнезу, то середній вік менархе склав 13,7 року. Регулярний менструальний цикл відмітили 107 жінок (71,3%), нерегулярний – 43 жінки (28,7%), болочі місячні мали місце в 36 жінок (24%). Первинна аменорея виявлена в однієї жінки (0,7%), вторинна – у 10 жінок (6,7%), олігоменорея – у 12 жінок (8%), поліменорея – у 24 жінок (16%), дисменорея констатована в 41 жінки (27,3%).

Початок статевого життя в середньому склав 18,6 року. Різними методами застерігалися від вагітності 112 жінок (74,7%). Виявлені наступні дані щодо методів контрацепції: внутрішньоматкову контрацепцію використовували 19 жінок (12,7%), КОК – 25 жінок (16,7%), бар'єрні методи контрацепції – 60 жінок (40%), календарний метод – 28 жінок (18,7%), перерваний статевий акт – 34 жінки (22,7%). Серед причин, чому ніколи не використовували контрацепцію, переважало бажання завагітніти – 81,6%.

Інфекції, що передаються статевим шляхом, перенесли 52 жінки, причому 9 з них (17,3%) – більше одного разу. У двох жінок (1,3%) виявлена гонорея, у 22 (14,7%) – хламідії, у 16 (10,7%) – уреоплазма, у 5 (3,3%) – мікоплазма, у 7 (4,7%) – трихомонади, у 19 (12,7%) – кандидоз, у 8 (5,3%) – токсоплазмоз, у 4 (2,7%) – герпес та у 7 жінок (4,7%) – цитомегаловірус. Лікування з приводу інфекції, що передається статевим шляхом, отримали 36 жінок (69,2%).

Зайва маса тіла виявлена в 33 жінок (22%), підвищений артеріальний тиск – у 9 жінок (6%). Гірсутне число (бали за Феріманом-Гелівелем) у 108 жінок (72%) сягало до 12 балів, у 31 жінки (20,7%) – 12-20 балів, у 11 жінок (7,3%) гірсутне число переважало 20 балів. Розвиток молочних залоз (за Таннером) був нормальним у 132 жінок (88%), різна ступінь недорозвинення – у 18 жінок (12%). При рентгенологічному обстеженні турецького сідла в однієї жінки (0,7%) виявлена аденома гіпофіза.

Порушення овуляції та менструального циклу виявлені в 71 жінки (47,3%), з яких олігоменорея констатована у 12 жінок (8%), нерегулярні місячні та/або овуляції – у 26 жінок (17,3%), ановуляція при регулярному менструальному циклі – у 23 жінок (15,3%).

Аменорея зі зниженим рівнем естрогенів діагностована у 8 жінок (5,3%), з підвищеним рівнем ФСГ – в однієї жінки (0,7%), вторинна аменорея при нормальному рівні естрогенів (синдром Ашермана) – в однієї жінки (0,7%).

Нерегулярні місячні та/або овуляції поєднувалися з двобічною непрохідністю маткових труб у двох жінок (1,3%), з однією – у трьох жінок (2%), у 9 жінок (6%) – із спайковим процесом. Ановуляція при регулярному циклі в комплексі зі спайковим процесом виявлено у 12 жінок (8%), причому у двох (1,3%) із них виявлена однією непрохідністю маткової труби. Овуляторна менструальна функція діагностована у 72 жінок (48%), ановуляція – у 52 жінок (39,3%), нестійка овуляція виявлена в 19 жінок (12,7%).

Гіперпролактинемія виявлена у 18 жінок (12%), хоча галакторея спостерігалася тільки у 12 пацієнок (8%). Генітальний туберкульоз, як причина неплідності, у поєднанні з двобічною непрохідністю маткових труб діагностовано в однієї жінки (0,7%). Патологічний ПКТ, як показник імунної неплідності, відмічався в 10 жінок (6,7%).

При дослідженні функції щитоподібної залози в шести жінок (4%) діагностовано гіпотиреозидизм, у трьох (2%) – гіпертиреозидизм. Рівень естрадіолу нижче норми у 28 жінок (18,7%), тест з гестагенами негативний у п'яти жінок (3,3%). Каріотипування лейкоцитів, що проведено в шести випадках (4%), патології хромосомного складу не виявило (46 XX). Співвідношення ЛГ/ФСГ у 16 жінок вище норми (10,7%), а рівень тестостерону підвищений у 21 жінки (14%). У трьох жінок (2%) спостерігалася підвищення рівня 17-ОКС.

Графік ректальної температури в 65 жінок (43,3%) двофазний, у 51 жінки (34%) – монофазний, у 7 жінок (4,7%) – запальний та у 27 жінок (18%) виявлена недостатність 2-ї фази менструального циклу. Виявлено 38 випадків полікістозу яєчників (25,3%), а у 23 жінок (15,3%) діагностовані кісти яєчників, з яких в одному випадку (0,7%) – ендометріодна.

Наявність потенційних захворювань, які, імовірно, впливають на фертильність, не завжди враховується. Проведені нами дослідження підтверджують, що серед причин неплідності можуть бути наступні патологічні стани: запальні захворювання органів малого таза – 62 випадки (41,3%), гінекологічні операції в анамнезі – 15 випадків (10%), з них з приводу позаматкової вагітності – 8 (5,3%), захворювання щитоподібної залози – 24 (16%), неускладнена апендектомія – 18 (12%), ускладнена апендектомія – 1 (0,7%), зловживання нікотином – 11 (7,3%) та професійні шкідливості – 4 (2,7%). Не виявлено таких діагнозів, як сексуальна дисфункція, ятрогенний чинник, системні причини.

Висновки

1. У 102 жінок (68%) виявлено більше однієї причини неплідності, а кількість патологій значно переважає кількість випадків неплідності.

2. У результаті обстеження первинна неплідність зареєстрована у 82 жінок (57,8%), вторинна – у 60 (42,2%).

3. Провідними чинниками жіночої неплідності в регіоні є трубно-перитонеальний – 30,3% та ендокринний – 27,5%, поєднана форма неплідності – у 31,7%.

4. Дані про етіологічну структуру неплідності в регіоні мають незаперечно вагоме значення для покращання організації надання медичної допомоги неплідним шлюбним парам, удосконалення методів діагностики, профілактики та лікування неплідного шлюбу.

Перспективи подальших досліджень. Для вивчення етіологічної структури та розповсюдженості неплідності в регіоні доцільно використовувати уніфіковану документацію ВООЗ та епідеміологічний метод дослідження, що дозволить виявити основні чинники ризику неплідності на регіональному рівні.

Література

1. Дубосарська Ю.О. Діагностика, організація медичної допомоги при ендокринній неплідності // ПАГ. – 1999. – № 6. – С.94-96.
2. Запорожан В.М., Соболев Р.В. Основні компоненти мультифакторної безплідності у жінок // ПАГ. – 2003. – № 1. – С.101-1-8.
3. Іванюта Л.І. Обстеження та лікування шлюбних пар з неплідністю в амбулаторних умовах / Зб. наук. праць асоц. акуш.-гінекол. України. – К., 2003. – С. 140-144.
4. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Принципи діагностики та лікування неплідності у жінок // Вісн. асоц. акуш.-гінекол. України. – 2001. – № 5-6. – С. 3-9.
5. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Акуш. и гинекол. – 2002. – № 2. – С. 4-7.
6. Кулаков В.И., Корнеева И.Е. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия // Акуш. и гинекол. – 2002. – № 2. – С. 56-60.
7. Овсянникова Т.В., Корнеева И.Е. Бесплодный брак // Акуш. и гинекол. – 1998. – № 1. – С. 32-36.
8. Ememlola I.O., Anyinwu D.O. Etiologic factors of infertility in Nigeria // West Afr. J. Med.– 1996.– V. 18 (5). – P. 57-63.
9. Evers I.L. Female subfertility // Lancet. – 2002. – V. 360 (9327). – P. 151-159.
10. Gultumann I.N. Imaging in the evaluation of female infertility // I. Reprod. Med. – 1995. – V. 37 (1). – P. 54-61.
11. Hargreave T.B. Mills L.A. Investigation and managing infertility in general practice // BMI. – 1998. – V. 316 (7142). – P. 1438-1441.
12. Hull M.G., Cahil D.I. Female infertility // Endocrinol. Metab. Clin. North Am. - 1998. - V. 27 (4). – P. 851-876.

RESULTS OF CLINICAL EXAMINATION OF STERILE WOMEN OF THE BUKOVINIAN REGION

L.I.Ivaniuta, O.V.Khasaian

Abstract. The paper deals with a clinical analysis of the ethiological structure of female sterility in the Bukovinian region. An analysis of a complete clinico-laboratory examination of 150 women in infertile marriage has been carried out. The basic ethiological factors of infertility have been ascertained in women of the region and diagnoses have been made in accordance with a classification of diagnoses (the causes of infertility) of WHO. It has been corroborated that infertility is polyethiological pathology. The significance of findings pertaining to the ethiological structure of infertility has been proved in order to perfect the organization of medical aid to sterile married couples of the region.

Key words: ethiology, infertility, structure, factors, diagnosis.

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of Ukraine's AMS (Kyiv)

Рецензент – доц. Т.А.Юзько

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №1.- P.22-25

Надійшла до редакції 12.09.2006 року