**ДУ "ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ**

**АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"**

**ХАСАЯН ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ**

УДК: 618.177: 314.5

**БЕЗПЛІДНИЙ ШЛЮБ: ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ, ЧАСТОТА, СТРУКТУРА, ФАКТОРИ РИЗИКУ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

**Автореферат**

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

**Київ- 2008**

**Дисертацією є рукопис**

Робота виконана в ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України"

**Науковий керівник**: доктор медичних наук, професор **Іванюта Лідія Іванівна,** ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України", відділення реабілітації репродуктивної функції жінок

**Офіційні опоненти**: доктор медичних наук, професор **Камінський В’ячеслав Володимирович,** Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України (Київ), завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології. Доктор медичних наук, професор **Товстановська Валентина Олександрівна,** Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця МОЗ України (Київ), професор кафедри акушерства та гінекології № 1

Захист дисертації відбудеться ” 11 ” березня 2008 р. о 13.00. годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.553.01 по захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора наук за спеціальностями ”Педіатрія”, ”Акушерство та гінекологія” при ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України" (04050, м. Київ, вул. Мануїльського, 8).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України" (04050,м.Київ, вул.Мануїльського,8).

Автореферат розісланий ” 08 ” лютого 2008 року.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради Л.В.Квашніна

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** За даними ВООЗ, частота неплідного шлюбу коливається в широких межах, але тенденції до зниження не спостерігається. На теперішній час близько 100 млн. подружніх пар у світі є неплідними. Підраховано, що кожен рік з’являється 10 млн. нових неплідних шлюбних пар. Неплідний шлюб значно впливає на демографічні показники, через що дана проблема набуває не тільки медико-біологічного, але й важливого соціального значення (В.И. Кулаков, Т.В. Овсянникова, 2001). Неплідний шлюб з частотою понад 15% впливає на демографічні показники вагоміше, ніж невиношування та перинатальні втрати разом узяті (О.С. Филиппов, 1995). Отже, неплідність слід відносити до найбільш значимих проблем медицини.

Кількість неплідних шлюбних пар в Україні з кожним роком зростає (на теперішній час – близько 1 млн.). Це безперечно впливає на генофонд нації та залишається чи не найбільшою медичною і соціальною державною проблемою (Л.І. Іванюта, 2001). Актуальність проблеми неплідного шлюбу незаперечна в умовах зниження рівня народжуваності, високого рівня загальної смертності, економічної нестабільності, низького рівня соціального забезпечення населення та недоступності кваліфікованої медичної допомоги (В.И. Кулаков, 2002; Л.І. Іванюта, 2004).

Аналізуючи літературні дані про розповсюдженість та структуру неплідності, можна дійти висновку про широку варіабельність результатів навіть в межах однієї країни. Це є не тільки показником популяційних відмінностей, але й вказує на неадекватність та недосконалість методів дослідження (О.С. Филиппов, 1995). Подальше покращення організації надання медичної допомоги при неплідності вимагає визначення не тільки розповсюдженості неплідності, але й взаємозв’язку її з чинниками, що визначають умови життя, праці, побуту населення в різних географічних регіонах (Л.І. Іванюта, 2004).

У зв’язку з зазначеним, ВООЗ розробила спеціальну програму досліджень по репродукції людини, основними напрямками якої є вивчення частоти та причин неплідності в різних географічних регіонах, що дозволяє визначити світові тенденції у розповсюдженості неплідності.

До теперішнього часу в Україні не проводилися дослідження, присвячені вивченню епідеміології неплідного шлюбу. Дані, що стосуються частоти та структури неплідності в шлюбі, отримані по факту звернення подружжя, не відображають реальної частоти та причин неплідності.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами**. Дана робота проведена відповідно рекомендаціям програми ВООЗ “Репродукція людини”, а також у відповідності з планом науково-дослідної роботи та відповідає тематиці відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ "ІПАГ АМН України" „Розробка оптимальних методів лікування та збереження репродуктивного здоров’я у жінок з неплідністю” (№ державної реєстрації – 0102U001070).

Мета дослідження. Розробити рекомендації щодо покращення методів профілактики та лікування неплідності на основі вивчення частоти, структури, епідеміології, методів діагностики, лікування та клініко-епідеміологічної характеристики неплідного шлюбу в Буковинському регіоні за уніфікованим протоколом.

**Задачі дослідження:**

1. Вивчити розповсюдженість неплідного шлюбу в Буковинському регіоні за уніфікованим протоколом.

2. Дати характеристику для неплідних жінок з визначенням чинників ризику розвитку неплідності.

3. Дослідити етіологічну структуру неплідного шлюбу в Буковинському регіоні.

4. Порівняти частоту та причини неплідного шлюбу в Буковинському регіоні з даними ВООЗ.

5. Провести порівняльну оцінку ефективності різних методів лікування неплідного шлюбу в регіоні.

6. На основі отриманих при дослідженні результатів запропонувати адекватні та оптимальні методи профілактики, діагностики та лікування неплідного шлюбу в регіоні.

*Об'єкт дослідження*- неплідність у Буковинському регіоні.

*Предмет дослідження* – розповсюдженість та етіологічна структура неплідного шлюбу, ефективність різних методів лікування неплідності в регіоні; результати анкетування заміжніх жінок фертильного віку та неплідних жінок, пролікованих різними методами, аналіз спермограм чоловіків із неплідних шлюбних пар.

*Методи дослідження:* епідеміологічний, клінічний, клініко-анамнестичний та статистичний.

**Наукова новизна одержаних результатів**. Вперше в Україні проведено епідеміологічне дослідження неплідності за уніфікованим протоколом, розробленим за вимогами ВООЗ.

Вперше всебічно вивчені частота, структура, методи діагностики та лікування неплідного шлюбу в окремому регіоні.

Визначено взаємозв’язок різних екзо- та ендогенних чинників із розвитком неплідності, виявлені основні чинники ризику розвитку неплідності загалом та первинної і вторинної неплідності зокрема, проведена порівняльна оцінка ефективності різних методів лікування неплідності в Буковинському регіоні та запропоновані оптимальні методи профілактики та лікування даної патології.

**Практичне значення одержаних результатів**. Основні наукові положення та висновки дисертації адаптовано для застосування та впровадження в умовах практичної охорони здоров'я.

Визначена реальна розповсюдженість неплідного шлюбу в регіоні, виявлені чинники ризику розвитку неплідності, досліджена етіологічна структура даної патології та проведено порівняння ефективності різних методів лікування неплідності у жінок. Отримана інформація має вагоме науково-практичне значення завдяки можливості використання даних дослідження при розробці науково обґрунтованої державної програми, спрямованої на удосконалення методів профілактики та лікування неплідності в регіоні.

Рекомендовано розроблену методику розрахунку ризику розвитку неплідності у жінок на основі клініко-анамнестичних даних та статистичного аналізу для виявлення груп ризику неплідності та її профілактики. При лікуванні неплідності необхідно враховувати чинники, які мають достовірний зв’язок з розвитком неплідності загалом та первинної і вторинної зокрема.

При розробці профілактичних заходів для попередження неплідності особливу увагу слід звернути на такі провідні етіологічні чинники як трубно-перитонеальний та ендокринний, відсоткова частка яких є значною у порівнянні із аналогічними показниками в інших географічних регіонах.

**Впровадження результатів роботи у практику.** Основні результати роботи впроваджені у практичну діяльність гінекологічних відділень мм. Чернівців, Луцька, Рівного та Хмельницького .

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є завершеним самостійним науковим дослідженням автора. Автором особисто вивчена епідеміологія неплідності у 2000 респондентів, сформовано групи фертильності, здійснено аналіз клінічних, лабораторних, інструментальних та додаткових методів дослідження, комп’ютерну обробку отриманих даних. Проведений клініко-лабораторний, корелятивний та порівняльний аналіз отриманих результатів у кожній групі жінок. Узагальнення результатів, статистична обробка, оформлення дисертації виконано автором самостійно.

**Апробація результатів дисертації**. Основні наукові положення дисертації оприлюднено на: Х конгресі світової федерації українських лікарських товариств (Чернівці, 2004); Всеукраїнській науково-практичній конференції (Тернопіль, 2004); науково-практичних конференціях молодих вчених ІПАГ АМН України (Київ, 2004, 2005, 2006); науковій конференції відділення оперативної реабілітації репродуктивної функції жінок акушерського відділу ІПАГ АМН України (2004, 2005).

**Публікації результатів роботи**. Основні положення дисертації викладено в 7 наукових працях (в авторефераті наведено 5), з них 5 у фахових наукових виданнях, 2 – у збірниках наукових праць, матеріалах і тезах конференцій.

**Структура та обсяг дисертації**. Матеріали дисертації викладені на 143 сторінках тексту і складаються з вступу, огляду літератури, 4 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (220 посилань, що займає 19 сторінок), 5 додатків, що займають 28 сторінок. Робота ілюстрована 27 таблицями та 12 рисунками.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети використані епідеміологічний, клінічний, клініко-анамнестичний та статистичний методи дослідження.

Робота проводилася в три етапи:

I-й етап – епідеміологічне дослідження з подальшою комп’ютерною обробкою даних.

II-й етап – вивчення структури неплідного шлюбу в регіоні.

III-й етап – порівняння ефективності різних методів лікування неплідності в регіоні (консервативний, хірургічний, допоміжні репродуктивні технології).

Як метод аналітичної епідеміології використано анкетування, яке дозволяє виявити розповсюдженість широкого спектру екзогенних та ендогенних чинників. Для вивчення частоти неплідності опитано 2000 жінок віком 18-45 років, що перебувають у шлюбі, за уніфікованим протоколом, розробленим за вимогами ВООЗ (проект ВООЗ № 88093). Відбір респондентів проведено шляхом стратифікованої рандомізованої селекції, перевагою якої є те, що будь-яка одиниця в сукупності має рівні можливості бути включеною до вибірки, і це гарантує її репрезентативність (О.С. Филиппов, 1995).

Критерієм відбору з генеральної сукупності обрано єдину ознаку – право виборця. Для порівняння взяті два типових райони м. Чернівці – Шевченківський та Першотравневий. За допомогою таблиці випадкових чисел були визначені виборчі дільниці в досліджуваних районах, що дозволило поділити територію обстеження приблизно на рівні по чисельності населення ділянки. Список респондентів, включених у вибірку, складений на основі книг реєстрації виборців на відповідних виборчих дільницях. На кожній виборчій дільниці 2-3 тис. виборців, з яких жінки становлять 30-40%. За законом випадкових чисел обрана кожна 6-7-ма жінка, якій запропоновано відповісти на питання анкети (О.С. Филиппов, 1995, 1999).

В анкету разом із основними демографічними показниками були включені питання репродуктивного та контрацептивного анамнезу жінок, менструальної функції, загальномедичного анамнезу.

Опитані жінки були розділені на п’ять категорій, відповідно класифікаційному алгоритму ВООЗ (1993): фертильні, очікувано фертильні, первинно неплідні, вторинно неплідні, фертильність невідома. На основі даних анкетування була проведена соціально-гігієнічна та медико-біологічна порівняльна характеристика респондентів.

При обробці результатів дослідження використані методи варіаційної параметричної та непараметричної статистики (критерій Стьюдента, метод Манна-Уітні), коефіцієнт кореляції (r), дисперсійний аналіз (критерій Фішера), регресійна модель асоціації, кластерний класифікаційний аналіз, епідеміологічний аналіз. Проведена комп’ютерна обробка отриманих даних. Результати подані у вигляді таблиць, вертикальних та кругових діаграм.

Для виконання другого етапу роботи – вивчення структури неплідного шлюбу – було проаналізовано результати повного клініко-діагностичного обстеження 150 неплідних шлюбних пар, що проводилося на базі гінекологічних клінік м. Чернівці.

Основним документом для вивчення структури жіночої неплідності був протокол клінічної характеристики об’єктивного статусу жінки з неплідністю, розроблений в ІПАГ АМН України на базі документації ВООЗ згідно програми дослідження по репродукції людини (Проект ВООЗ №84914). На основі протоколу створена узагальнена анкета. Згідно отриманих даних був виставлений діагноз відповідно реєстру діагностичних категорій ВООЗ.

Для порівняння ефективності різних методів лікування неплідності у жінок регіону були проаналізовані дані анкетування 226 неплідних жінок, що отримували різні методи лікування неплідності: 100 – консервативне; 80- хірургічне; 46- допоміжні репродуктивні технології. Дослідження проводилися на основі даних анкет для визначення результатів консервативного, хірургічного лікування неплідності у жінок та застосування допоміжних репродуктивних технологій , що були створені за протоколами урахування консервативного та хірургічного лікування жінок із неплідністю та уніфікованого протоколу по допоміжним репродуктивним технологіям (ІПАГ АМН України).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Відповідно до класифікаційного алгоритму ВООЗ , респонденти були розділені на 5 груп: фертильні - 830 жінок (41,5%), очікувано фертильні - 654 жінки (32,7%), невідома фертильність-232 жінки (11,6%), первинно неплідні –138 жінок(6,9%), вторинно неплідні - 146 жінок (7,3%)( рис. 1).

Загальний показник неплідності склав 14,2%, що є наближеним до критичного рівня, визначеного ВООЗ (15%). Рівні первинної та вторинної неплідності у опитаних жінок схожі: 48,6% та 51,4% відповідно, що суперечать даним, отриманим за зверненням жінок, згідно яким - значно переважає первинна неплідність (60% проти 40%).

При аналізі даних дії токсичних речовин та впливу радіаційного випромінення не було виявлено суттєвих відмінностей між опитаними жінками та їх чоловіками. Контакт із токсичними речовинами відмічено в 11,5% чоловіків та 10,1% жінок, а вплив радіаційного опромінення відмітили 2,4% чоловіків та 2,0% жінок.

Тривожною являється інформація щодо планування сім’ї, адже бажання в майбутньому мати більше дітей висловили тільки 46,6% респондентів, а завагітніти найближчим часом – 21,6% опитаних жінок. 79,8% жінок бажає мати 2-х дітей, 75,4% – різностатевих. Серед умов, за яких респонденти хотіли б мати більше дітей, переважають підвищення життєвого рівня – 67% та покращення житлових умов – 52%.

Середній вік менархе склав 13,49 роки, середня тривалість менструального циклу - 28,03 днів, менструації – 4,29 днів. Нерегулярний менструальний цикл виявлений у 250 жінок (12,5%), болючі місячні – у 324 жінок (16,2%), тривалі та значні місячні – у 372 жінок (18,6%). Середній вік початку статевого життя склав 19,19 років.

При дослідженні репродуктивної функції виявлено: не вагітніли жодного разу 370 жінок (18,5%), завагітніли 1 раз – 308 жінок (15,4%), двічі – 490 жінок (24,5%), тричі – 396 жінок (19,8%), чотири рази – 250 жінок (12,5%), п’ять разів – 126 жінок (6,3%), шість раз – 38 жінок (1,9%), сім раз і більше – 22 жінки (1,1%). У 522 жінок (26,1%) не було живонароджених дітей, у 910 жінок (45,5%) – 1-і пологи живим плодом, у 482 (24,1%) – 2-є пологів, у 70 жінок (3,5%) – 3-є пологів, у 14 жінок (0,7%) – четверо пологів, у 2-х жінок (0,1%) – п’ятеро пологів живим плодом. Самовільний викидень виявлений у 380 жінок (23,3%)- в одному випадку, у 14 жінок (0,7%) - двічі, у 2-х жінок (0,1%) – тричі. 1146 жінок (57,3%) мали в анамнезі штучні аборти.

Чинником ризику розвитку вторинної неплідності являється перенесена в минулому позаматкова вагітність. 42 жінки (2,1%) мали 1 позаматкову вагітність, а 2 жінки (0,1%) – двічі. З них у 8 жінок (18,2%) маткові труби були збережені.

Аномалії розвитку у живонароджених дітей відмітили 20 жінок (1,4%). Мертвонародження виявлено в 34 жінок (2,3%), з них – вади розвитку плоду в 5 жінок (14,7%). На момент опитування 48 жінок (2,4%) були вагітними.

Ускладнення при вагітностях та в пологах відмічені в 472 жінок (29%). З них: анемія (34,2%), запальні ускладнення (15,4%), загроза переривання вагітності (13,9%) та гестоз (12,3%). Гінекологічна патологія мала місце в 333 жінок (16,6%). Абдомінальні операції перенесла 401 жінка (20%). Ознаки гірсутизму відмітили 276 жінок (13,8%).

Не користувались засобами контрацепції 12,45% респондентів, один метод контрацепції використовували 9,55% жінок, два – 54%, три – 23,36%, чотири – 0,64%. Високим є відсоток використання малоефективних методів контрацепції: бар’єрні методи – 48%, календарний метод – 24%, перерваний статевий акт – 30%. Частота використання оральних контрацептивів склала 43%, а внутрішньоматкової спіралі – 31 %.

Провідною причиною для припинення використання контрацепції було бажання завагітніти – 408 жінок (23,3%). Виявлена наступна частота неправильного використання контрацептивів: часто (25-50 випадків використання) – 8 жінок (0,5%), випадково (1-2 рази на місяць) – 257 жінок (14,7%), зрідка (1 раз на місяць) – 674 жінки (38,5%).

Серед причин невикористання контрацепції більшість жінок – 201 (80,4%) вказали на бажання завагітніти, 8 жінок (3,2%) відмітили відсутність інформації, 32 жінки (12,8%) – боязнь побічної дії, 9 жінок (3,6%) – інші причини (релігійні, соціальні, тощо).

За результатами анкетування, провідними симптомами перенесеної інфекції органів малого тазу були значні виділення із піхви (49,4%) та сильні болі понизу живота (23,9%). Перенесли хвороби, що передаються статевим шляхом, 157 жінок (7,8%), невпевненість з даного приводу висловила 371 жінка (18,5%), а 105 жінок (5,3%) вказали на можливість перенесення даної патології більше 1 разу. Гонорею перенесли 7 жінок (0,4%), хламідіоз – 87 жінок (4,3%), іншу інфекцію (трихомонади, гриби тощо) – 339 жінок (17%), невідому інфекцію – 172 жінки (8,6%). Враховуючи суб’єктивність дослідження (анкетування), реальна розповсюдженість даної патології може бути суттєво вищою.

Виявлено, що лікування з приводу хвороб, які передаються статевим шляхом, отримали 357 жінок, що склало тільки 67,6% від кількості жінок, які перенесли дану патологію. Недостатнє лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, теж слід вважати чинником розвитку неплідності.

За даними дослідження, між опитаними жінками Шевченківського та Першотравневого районів не було виявлено суттєвих відмінностей за більшістю показників. В свою чергу, були визначені значні відмінності між респондентами з груп із різним статусом фертильності. Виявлено, що достовірно негативний вплив на фертильність мають наступні чинники: контакт із токсичними речовинами чоловіка та жінки (р=0,001), ускладнення попередніх вагітностей (р=0,001), тривалі та болючі менструації (р=0,001), використання малоефективних методів контрацепції: календарний (р=0,001), перерваний статевий акт (р=0,03), гірсутизм (р=0,001), сексуально-трансмісивні інфекції (р=0,001): хламідіоз (р=0,001), інші інфекції (трихомонади, гриби тощо) (р=0,02), невідома інфекція (р=0,001).

Достовірно позитивний вплив на фертильність мають такі показники, як наявність вагітностей в анамнезі (р=0,001), регулярні менструації (р=0,001), використання контрацепції взагалі (р=0,001), використання оральних контрацептивів (р=0,001), проведене лікування інфекції органів малого тазу (р=0,001). Вторинно неплідні жінки достовірно частіше, ніж первинно неплідні, використовували різні методи контрацепції (р=0,01).

При визначенні зв’язку неплідності із різними чинниками за допомогою коефіцієнта кореляції (r) отримано нижченаведені результати. Чинниками, які сприяють розвитку неплідності, являються: контакт із токсичними речовинами чоловіка (r=0,08; р=0,006), контакт із токсичними речовинами жінки (r=0,12; р=0,0001), ускладнення попередніх вагітностей (r=0,24; р=0,0001), тривалі (r=0,09; р=0,002) та болючі (r=0,09; р=0,003) менструації, використання таких методів контрацепції, як календарний (r=0,12; р=0,0001) та перерваний статевий акт (r=0,07; р=0,02), ознаки гірсутизму (r=0,13; р=0,0001), хвороби, що передаються статевим шляхом (r=0,16; р=0,001), хламідіоз (r=0,16; р=0,001), ін. інфекція (трихомонади, гриби тощо) (r=0,08; р=0,009), невідома інфекція (r=0,13; р=0,0001). Такі ознаки, як наявність вагітностей в минулому (r=0,32; р=0,0001), регулярний менструальний цикл (r=0,17; р=0,0001), використання контрацепції взагалі (r=0,29; р=0,001), використання оральних контрацептивів (r=0,21; р=0,0001), отримане лікування з приводу інфекцій органів малого тазу (r=0,14; р=0,0001) знижують ризик розвитку неплідності та достовірно частіше зустрічаються в групі фертильних жінок.

Використання методу кластерного класифікаційного аналізу дозволило згрупувати чинники залежно від сили їх впливу на розвиток неплідності у респондентів. Неплідність тісно пов’язана із наступними чинниками: ускладнення попередніх вагітностей, контакт із токсичними речовинами, викидні, позаматкова вагітність, міхурний занесок, мертвонародження.

Суттєві відмінності виявлені при порівнянні первинно та вторинно неплідних жінок. Первинна неплідність має тісний зв’язок із такими ознаками: контакт із токсичними речовинами у чоловіка та жінки, вплив радіаційного опромінення на шлюбну пару, використання контрацептивів, надмірне оволосіння в незвичних ділянках тіла.

У розвитку вторинної неплідності вагоме значення мають: ускладнення попередніх вагітностей, викидні, позаматкова вагітність, міхурний занесок, інфекції, що передаються статевим шляхом. Кількість штучних абортів в анамнезі не має тісного зв’язку із розвитком вторинної неплідності. Ці дані підтверджують літературні джерела, які вказують на більш вагоме значення для вторинної неплідності післяабортних інфекційно-запальних ускладнень.

Проведений дисперсійний аналіз дозволив визначити силу впливу окремого чинника порівняно з іншими. Більш достовірний асоційований зв’язок із фертильністю мають наступні показники: освіта чоловіка (р<0,001), контакт із токсичними речовинами чоловіка (р<0,001), регулярність менструацій (р<0,001), болючість менструацій (р<0,001), використання контрацептивів (р<0,001), ознаки гірсутизму (р<0,001), хвороби, що передаються статевим шляхом (р<0,001). Менший асоційований зв’язок із фертильністю виявлений у таких чинників: освіта жінки (р<0,05), контакт із токсичними речовинами жінки (р<0,01), вік початку статевого життя (р<0,05).

Використання регресійної моделі асоціації різних чинників із неплідністю дозволяє, згідно розробленої формули, визначити ступінь ризику розвитку неплідності у окремо взятої жінки :

Хнеплідності = - 0.898 + А 1\* Х 1 +А2 \* Х2 + А3\* Х3+ …., де

Хнеплідності – ризик розвитку неплідності

-0.898 – константа

А- коефіцієнт (В) відповідного чинника у таблиці

Х- код відповідного чинника в анкеті (0, 1, 2…)

Чим ближче значення Хнеплідності до 1, тим вищий ризик неплідності.

За результатами епідеміологічного аналізу виявлені певні відмінності між первинно та вторинно неплідними жінками. Регулярність менструацій, використання контрацептивів, ознаки гірсутизму достовірно пов’язані із розвитком первинної неплідності (р<0,01). Провідними чиниками ризику розвитку вторинної неплідності являються контакт із токсичними речовинами та хвороби, що передаються статевим шляхом (р<0,01).

При дослідженні етіологічної структури неплідності в регіоні причини неплідності тільки у жінок виявлені в 63,4% (95 пар), у обох партнерів в 30% (45 пар), тільки у чоловіків - в 5,3% (8 пар). В 1,3% (2 пари) причина неплідності не була з’ясована (табл. 1).

У 102 обстежених жінок (68%) виявлено більше однієї причини неплідності. Ці дані підтверджують той факт, що неплідність є поліетіоло-гічною патологією (табл. 2).

Трубно-перитонеальний чинник неплідності діагностовано в 54,9% (78 жінок), ендокринний – в 49,3% (70 жінок). Маткова форма виявлена в 0,7% (1 жінка), шийкова – в 1,4% (2 жінки), імунна – в 7 % (10 жінок), неясна причина – в 1,4% (2 жінки). Поєднана форма мала місце в 71,8% (102 жінки).

Патологія маткових труб, за даними гістеросальпінгографії, виявлена у 70 жінок (46,6%), спайковий процес у порожнині малого тазу – у 73 жінок (48,7%). Хронічний сальпінгоофорит діагностовано у 59 жінок (39,4%), у тому числі із наявністю сактогідросальпінкса – у 17 жінок (11,3%). Двобічна непрохідність маткових труб виявлена у 13 жінок (8,7%), а однобічна непрохідність – у 32 жінок (21,3%). Ендометріоз діагностовано у 8 жінок (5,3%). У 2-х жінок (1,4%) спостерігалась виражена рубцева деформація шийки матки, а наявність лейоміоми тіла матки (як клінічного діагнозу) відмічено в 6 жінок (4,2%). В 1-ї жінки (0,7%) виявлено внутрішньоматкові синехії (синдром Ашермана).

В табл. 3 наведено розподіл діагнозів обстежених жінок.

Регулярний менструальний цикл відмічено в 124 жінок (82,7%), нерегулярний – в 26 жінок (17,3%), болючі місячні – в 36 жінок (24%). Первинна аменорея виявлена в 1-ї жінки (0,7%), вторинна – в 10 жінок (6,7%), олігоменорея – в 12 жінок (8%), поліменорея – в 24 жінок (16%), дисменорея – в 41 жінки (27,3%).

Інфекції, що передаються статевим шляхом, перенесли третина обстежених жінок, а хламідіоз – 14,7%. З них лікування отримали тільки 36 жінок (69,2%).

Зайва вага тіла виявлена в 33 жінок (22%) (індекс маси тіла в середньому склав 26,7 кг/м2). Гірсутне число (за Феріманом – Гелівелем) у 42 жінок (28%) було вищим норми. Різна ступінь недорозвинення молочних залоз (за Таннером) спостерігалась в 18 жінок (12%). При рентгенологічному обстеженні турецького сідла в 1-ї жінки (0,7%) виявлена аденома гіпофіза.

Нерегулярні місячні та /або овуляції мали місце в 26 жінок (17,3%), олігоменорея – в 12 жінок (8%), ановуляція при регулярному циклі – в 23 жінок (15,3%), аменорея з пониженим рівнем естрогенів – в 8 жінок (5,3%), аменорея із підвищеним рівнем ФСГ (гіпергонадотропний гіпогонадизм) – в 1 жінки (0,7%), вторинна аменорея при нормальному рівні естрогенів (с-м Ашермана) – в 1 жінки (0,7%). Гіперпролактинемія виявлена у 18 жінок (12%). Геніальний туберкульоз у поєднанні із двобічною непрохідністю маткових труб діагностовано в 1 жінки (0,7%).

Патологічний ПКТ відмічений в 10 жінок (6,7%). Рівень естрадіолу був нижчий норми у 28 жінок (18%) ( від 32 до 68 пкмоль/л), а рівень тестостерону у 21 жінки (14%) був підвищеним (від 3,9 до 7,2 нмоль/л). Співвідношення ЛГ/ФСГ у 16 жінок (10,7%) було вище норми (від 1,7:1 до 3,6:1). В 5 жінок (3,4%) відмічено негативний тест з гестагенами, а у 3-х жінок (2,1%) спостерігалося підвищення рівня 17-ОКС (вище 550 моль/л).

Графік ректальної температури у 65 жінок (43,3%) був двофазним, у 51 жінки (34%) – монофазним, у 7 жінок (4,7%) – запальним, а у 27 жінок (18%) виявлена недостатність 2-ої фази менструального циклу. Відмічено 38 випадків полікістозу яєчників (25,4%), а у 8 жінок (5,3%) діагностовано кісти яєчників. Гіпоплазія матки мала місце в 11 жінок (7,3%). Гінекологічні операції відмітили 15 жінок (10%), з них з приводу позаматкової вагітності 8 жінок (53,3%).

При аналізі даних спермограм 150 чоловіків із неплідних шлюбних пар виявлено, що чоловічий чинник неплідності мав місце в 35,3% (53 чоловіки) – патоспермія 28% (42 чол.) та азооспермія 7,3% (11 чол.). Олігозооспермія діагностована в 23,3% (35 чол.), астенозооспермія – в 10,7% (16 чол.), тератозооспермія в 2,7% (4 чол.). У 8,7% (13 чол.) виявлено поєднання оліго- та астенозооспермії. Окремо оліго- та астенозооспермію відмічено в 14,6% (22 чол.) та 2% (3 чол.) відповідно. Показник плідності за Фарріс в 51,3% (77 чол.) був нижчим від норми. Відхилення від нормальних показників спермограми діагностовано більш ніж у половини обстежених чоловіків, що свідчать про вагоме значення чоловічого чинника в неплідному шлюбі.

Застосування уніфікованої методології обстеження та однорідної документації ВООЗ дає можливість порівняти регіональні особливості неплідності в Буковинському регіоні із відповідними показниками інших регіонів світу (рис.2 та 3).

В результаті проведеного дослідження виявлена висока частота трубно-перитонеального чинника неплідності в регіоні (54,9%), що перевищує середньостатистичний показник ВООЗ (40,8%) і поступається тільки аналогічним даним в Росії та країнах Африки (60,4% та 85% відповідно). Показник ендокринної неплідності в регіоні (49,3%) також переважає середньостатистичний показник ВООЗ (37,8%) і може бути співставлений лише з аналогічними показниками в Росії (42%) та країнах Середземноморського басейну (40%).

Частота ендометріозу серед неплідних жінок Буковинського регіону (5,3%) майже не відрізняється від середньостатистичного показника ВООЗ (5,9%), відповідних показників в Росії (4,5%) та розвинених країнах (6%). Розповсюдженість набутої патології яєчників, шийки та тіла матки серед неплідних жінок регіону складає 36%, що значно переважає узагальнені дані ВООЗ (8,3%). В свою чергу, частота неплідності „нез’ясованого ґенезу” у жінок Буковинського регіону (6,7%) значно нижча порівняно з даними ВООЗ (25,1%).

Доведено, що етіологічна структура жіночої неплідності в Буковин-ському регіоні більш характерна для країн, що розвиваються, ніж для розвинених країн. Отримані результати опосередковано характеризують рівень соціально-економічного розвитку та якість надання медичної допомоги в дослідженому регіоні.

За результатами дослідження, ефективність консервативного лікування неплідності у жінок в регіоні складає 52%. Підтверджено вплив віку жінки на ефективність консервативного лікування неплідності, так як ефективність його вища у молодших за віком жінок. Ефективність даного методу лікування дещо вища при первинній неплідності та при ендокринній її формі. Отримані дані про зв’язок між тривалістю неплідності та відсутністю ефекту в її лікуванні відповідають чисельним даним літератури. Сумнівною являється ефективність чисельних повторних курсів консервативної терапії неплідності. Найвища ефективність припадає на перші 2 роки лікування, а при збільшенні тривалості лікування ефективність не зростає. 82,8% всіх вагітностей після даного методу лікування неплідності закінчились живонародженням. Частота пологорозрішення шляхом кесарського розтину склала 28,8%.

За результатами дослідження визначено, що ефективність хірургічного методу лікування неплідності у жінок регіону становить 38,8%. Хірургічне лікування неплідності було більш ефективним у молодших за віком жінок та при меншій тривалості неплідності. Невисока ефективність даного методу лікування неплідності при ІІІ-IV ступенях спайкового процесу. Вірогідність завагітніти після хірургічного лікування неплідності найвища в перші 6-12 місяців і зменшується із збільшенням терміну після операції. Живонародженням закінчились 71% всіх вагітностей після даного методу лікування неплідності. В свою чергу, частота кесарського розтину становить 36,4%.

Щодо застосування ДРТ в лікуванні неплідності у жінок регіону, визначено, що ефективність даного методу складає 31,3%. Виявлено, що ефективність первинних спроб вища, ніж повторних (68% проти 32%). Встановлено зв’язок між ефективністю застосування ДРТ і такими чинниками, як вік жінки і тривалість неплідності: ефективність ДРТ тим нижча, чим більший вік жінки та тривалість даної патології. Живонародження становить 80% по відношенню до всіх вагітностей після застосування ДРТ. Незважаючи на те, що частота кесарського розтину в даному випадку є високою (66,7%), вибір методу пологорозрішення після застосування ДРТ залежить від цілої низки чинників (вік жінки, причина та тривалість неплідності, супутня акушерська патологія тощо ).

Переважна більшість вагітностей та пологів у жінок після лікування неплідності різними методами протікає із ускладненнями. Часто зустрічались анемія (38%), ранній гестоз (27,4%), пізній гестоз (21,3%), ХПН, ХВГП (31,1%). Найбільш частим ускладненням була загроза переривання вагітності в різні терміни (особливо після застосування ДРТ – 48,8%). Таким чином, жінки, які завагітніли після лікування неплідності, відносяться до групи ризику по невиношуванню. Вагітності після застосування ДРТ часто супроводжувались СЗРП (14,3%). Характерно, що після хірургічного лікування неплідності виявлено значний відсоток позаматкових вагітностей (12,9%), а після ДРТ вагітність часто була багатоплідною (24%).

Не виявлено суттєвих відхилень від нормальної ваги при народженні у дітей, що народились після лікування неплідності консервативними та хірургічними методами. В той же час, відмічено високу частоту народження дітей із малою масою тіла після застосування ДРТ (30,7%). Частота вроджених аномалій розвитку плода після використання різних методів лікування неплідності практично не перевищувала аналогічний показник в загальній популяції (1,7-3,6 %) і в середньому склала 2 %.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведені результати вивчення розповсюдженості та структури неплідного шлюбу в Буковинському регіоні із застосуванням епідеміологічного методу дослідження на базі уніфікованого протоколу (документація ВООЗ), що дозволяє визначити основні чинники ризику розвитку неплідності та удосконалити методи профілактики , діагностики та лікування даної патології на регіональному рівні, порівняти отримані дані на міжнародному рівні.

1. Реальна кількість неплідних шлюбів за результатами епідеміологічних досліджень вдвічі переважає дані, отримані при самозверненні пацієнтів. Загальний показник неплідності в Буковинському регіоні є високим (14,2%) і наближається до критичного рівня, визначеного ВООЗ як 15%, при якому неплідний шлюб має значний вплив на демографічні показники в регіоні. Рівні первинної (48,6 %) та вторинної (51,4 %) неплідності в регіоні, визначені в результаті епідеміологічного дослідження, суттєво не відрізняються.

2. За результатами дисперсійного аналізу, регресійної моделі асоціації різних чинників неплідності, методів варіаційної параметричної і непараметричної статистики та коефіцієнта кореляції, матеріалів епідеміологічного аналізу встановлено достовірний зв’язок низки чинників ризику розвитку неплідності у подружніх пар. Основними чинниками ризику є: контакт із токсичними речовинами чоловіка та жінки (р=0,001), ускладнення попередніх вагітностей та пологів (р=0,001), тривалі та болючі менструації (р=0,001), використання малоефективних методів контрацепції (календарний (р=0,01) та перерваний статевий акт (р=0,03)), гірсутний синдром (р=0,001), хвороби, що передаються статевим шляхом, особливо хламідіоз (р=0,001).

3. В дослідженій популяції неплідність тільки у жінок виявлена в 63,4% обстежених шлюбних пар, тільки у чоловіків – в 5,3%, неплідність у обох партнерів – в 30%, нез’ясована причина неплідності – в 1,3%. Різні причини жіночої неплідності виявлені у 93,4 % обстежених пар, а чоловічий чинник неплідності склав 35,3 %.

4. Провідними етіологічними чинниками жіночої неплідності є трубно-перитонеальний (54,9%), ендокринний (49,3%), які часто поєднуються з спайковим (48,7%) та інфекційно-запальним (34,8%) процесами. Рідше неплідність пов’язана з перенесеними гінекологічними операціями (10,0%), захворюваннями щитоподібної залози (16,0%) та імунологічними чинниками (6,7%). Поєднання 2, 3 та 4 чинників неплідності відмічено в 71,8 % обстежених жінок. Це підкреслює необхідність одночасного обстеження та лікування як жінок, так і чоловіків.

5. Частота трубно-перитонеального (54,9%) та ендокринного (49,3%) чинників неплідності в регіоні, а також показник патології яєчників, шийки та тіла матки (36,0%) серед неплідних жінок обстеженого регіону, переважає відповідні середньостатистичні показники ВООЗ (40,8%, 37,8%, 8,3%). Розповсюдженість ендометріозу (5,3%) як причини неплідності, суттєво не відрізняється від інших регіонів світу (5,9%), а частота неплідності “нез’ясованого” ґенезу серед неплідних жінок регіону значно нижча (6,7 %), ніж відповідний узагальнений показник ВООЗ (25,1 %).

6. Ефективність лікування неплідності будь-яким методом залежить від віку жінки та тривалості неплідності. Малоефективними є чисельні повторні курси консервативної терапії. Ефективність хірургічного лікування залежить від виду неплідності, вираженості патологічних змін, підбору хворих та компетентності хірурга. Вірогідність завагітніти у пацієнток після консервативних (52,0 %) та хірургічних (38,8 %) методів найвища в ранні терміни після лікування. Після застосування різних допоміжних репродуктивних технологій ефективність складає 31,3 %.

7. Вагітність та пологи у жінок, що лікували неплідність, часто протікає з ускладненнями, найбільш поширеним з яких є загроза переривання вагітності в різні терміни. Найчастіше вона зустрічається у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій (70,1%), вдвічі рідше - після консервативного (32,7%) та хірургічного (32,3%) лікування. Хронічна плацентарна недостатність спостерігається в 42,9 %, 23,1 % і 27,3 % відповідно, а синдром затримки розвитку плода – в 14,3 %, 3,8 % і 4,5 % в обстежених групах вагітних. Розродження шляхом кесарева розтину теж переважало у вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій (66,7 %) проти 28,8 % та 36,4 % в групах порівняння. При застосуванні ДРТ мала місце висока частота народження дітей із малою масою тіла (30,7 %).

8. Епідеміологічне дослідження, проведене відповідно вимогам програми ВООЗ “Репродукція людини” та Національної програми “Репродуктивне здоров’я 2001-2005”, із виявленням достовірних чинників ризику, частоти та етіологічної структури неплідного шлюбу в регіоні, дозволяє удосконалити існуючі та розробити нові адекватні, диференційовані, оптимальні методи профілактики та лікування неплідності, порівняти отримані дані на міжнародному рівні. Високий ризик ускладнень вагітності та пологів у жінок, які лікувались з приводу неплідності, підкреслює необхідність застосування запобіжних заходів та посиленого спостереження за такими вагітними.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Для ефективної профілактики та лікування неплідності у жінок необхідно враховувати чинники ризику, які мають достовірний зв’язок із розвитком неплідності загалом та первинною і вторинною неплідністю зокрема: нерегулярний менструальний цикл, надмірне оволосіння в незвичних ділянках тіла, використання малоефективних методів контрацепції (календарний, перерваний статевий акт), контакт з токсичними речовинами чоловіка та жінки, захворювання, що передаються статевим шляхом.

Рекомендовано методику розрахунку ризику розвитку неплідності у окремо взятої жінки на основі клініко-анамнестичних даних та статистичного аналізу, що дозволить виявити групи ризику по неплідності та застосувати для її запобігання на етапі жіночої консультації.

При розробці системи лікувально-профілактичних заходів жінкам з неплідністю слід звернути увагу на такі провідні етіологічні чинники як трубно-перитонеальний та ендокринний, частота яких є значною у порівнянні із аналогічними показниками в інших географічних регіонах. Враховуючи достовірний зв’язок ускладнень попередніх вагітностей із розвитком вторинної неплідності, важливою є поетапна реабілітація в післяпологовому та післяабортному періодах з метою попередження запальних ускладнень. Удосконалення потребує організація роботи гінекологів-ендокринологів жіночих консультацій щодо лікування жінок із порушеннями менструального циклу.

Враховуючи залежність ефективності лікування неплідності від віку жінки та тривалості неплідності, лікування будь-яким методом слід починати якомога раніше. Не варто повторювати декілька раз один і той же метод лікування при його неефективності (відносно консервативних та хірургічних методів). Відбір хворих для оперативного лікування має бути диференційованим в залежності від виду неплідності та вираженості патологічного процесу. Хірургічне лікування неплідності слід проводити після консервативної терапії, відбору хворих спеціально підготовленими висококваліфікованими лікарями, забезпеченими мікрохірургічним обладнанням.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Розповсюдженість та етіологічна структура неплідного шлюбу в різних географічних регіонах // Здоровье женщины. – 2005. –– №1(21). –С.139-144. (співавт.: Іванюта Л.І.). Автором особисто проведено збір літератури, аналіз матеріалу, наукову інтерпретацію, формулювання висновків, підготовку до друку.

2. Частота та структура неплідного шлюбу в Буковинському регіоні за даними епідеміологічного дослідження // Репродуктивне здоров’я жінки. –2006. – №1. – С.170-173. (співавт.: Іванюта Л.І.). Автором особисто проведено збір літератури, опитування респондентів, формування груп фертильності, обробку та аналіз отриманих даних, формулювання висновків, підготовку до друку.

3. Результати клінічного обстеження неплідних жінок Буковинського регіону // Буковинський медичний вісник. – 2007. – №1 (лютий-березень). – С.22-26. Автором особисто проведено збір матеріалу , обробку і аналіз отриманих даних, формулювання висновків, підготовку до друку.

4. Соціально-гігієнічна та медико-біологічна характеристика заміжніх жінок фертильного віку м. Чернівці (епідеміологічне дослідження)// Здоровье женщины. – 2007. – №1(29). – С.134-138. (співавт.: Іванюта Л.І.). Автором особисто проведено збір та обробку матеріалу, аналіз отриманих даних, формулювання висновків, підготовку до друку.

5. Порівняльна характеристика груп жінок із різним статусом фертильності (епідеміологічне дослідження) //Здоровье женщины. – 2007. – №2(30). – С.135-141. (співавт.: Іванюта Л.І.). Автором особисто проведено збір матеріалу, статистичну обробку результатів дослідження, наукову інтерпретацію, формулювання висновків, підготовку до друку.

### АНОТАЦІЯ

Хасаян О.В. Безплідний шлюб: причини розвитку, частота, структура, фактори ризику. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.01 – акушерство і гінекологія – ДУ" Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Академії медичних наук України", Київ, 2008 р.

Опитано 2000 заміжніх жінок фертильного віку за уніфікованим протоколом, розробленим за вимогами ВООЗ. Виявлено, що розповсюдженість неплідності в Буковинському регіоні складає 14,2%. Рівні первинної (48,6%) та вторинної (51,4%) неплідності в регіоні суттєво не відрізняються.

За результатами статистичної обробки отриманих даних визначені основні чинники ризику розвитку неплідності у подружніх пар : контакт із токсичними речовинами чоловіка і жінки; ускладнення попередніх вагітностей та пологів; тривалі, болючі та нерегулярні менструації; використання малоефективних методів контрацепції (календарний, перерваний статевий акт); гірсутний синдром; хвороби, що передаються статевим шляхом, особливо хламідіоз.

Проведено аналіз повного клініко-параклінічного обстеження 150 неплідних шлюбних пар. В дослідженій популяції неплідність тільки у жінок виявлена в 63,4% обстежених пар, тільки у чоловіків – в 5,3%, у обох партнерів-в 30%, нез’ясована причина неплідності-в 1,3%.

Провідними етіологічними чинниками жіночої неплідності в регіоні є трубно-перитонеальний (54,9%) та ендокринний (49,3%), частота яких висока у порівнянні з іншими географічними регіонами. Поєднання 2, 3 та 4 чинників неплідності відмічено в 71,8% обстежених жінок.

Визначена ефективність різних методів лікування неплідності у жінок регіону: консервативних - 52,0%, хірургічних - 38,8%, допоміжних репродуктивних технологій - 31,3%.

Розроблено рекомендації щодо удосконалення методів профілактики та лікування неплідності на регіональному рівні.

**Ключові слова:** неплідність, розповсюдженість, чинники ризику, структура, методи лікування.

**АННОТАЦИЯ**

**Хасаян О.В. Бесплодный брак: причины развития, частота, структура, факторы риска.** - **Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология – ГУ "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Академии медицинских наук Украины", Киев, 2008 г.

Научная работа посвящена актуальному вопросу гинекологии – изучению частоты и этиологической структуры бесплодного брака с использованием унифицированного протокола, созданного в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Цель работы: разработать рекомендации для усовершенствования методов профилактики и лечения бесплодия на основании изучения частоты, структуры, епидемиологии, методов диагностики, лечения и клинико-епидемиологической характеристики бесплодного брака в Буковинском регионе по унифицированному протоколу.

Для решения задач исследования были использованы епидемиологический, клинический, клинико-анамнестический и статистический методы.

С целью изучения распостраненности бесплодия в регионе были опрошены 2000 замужних женщин в возрасте 18-45 лет по специальной карте-анкете (унифицированному протоколу). Согласно классификационному алгоритму ВОЗ, респонденты были разделены на 5 групп: фертильные, ожидаемо фертильные, первично бесплодные, вторично бесплодные, с неизвестной фертильностью.

Установлено, что по результатам епидемиологического исследования частота бесплодия в Буковинском регионе составляет 14,2% и приближается к критичесекому уровню, определенному ВОЗ как 15%, при котором бесплодный брак имеет значительное влияние на демографические показатели. Уровень первичного бесплодия в регионе составил 48,6%, а вторичного – 51,4%. По результатам статистической обработки данных с изпользованием методов параметрической и непараметрической вариационной статистики, коэффициента корреляции, дисперсионного анализа, регрессионной модели ассоциации, кластерного классификационного анализа, епидемиологического анализа были выявлены достоверные факторы риска развития бесплодия.

Основными факторами риска развития бесплодия в регионе являются: контакт с токсическими веществами мужчины и женщины; осложнения предыдущих беременностей и родов; длительные, болезненные и нерегулярные менструации; использование малоэффективных методов контрацепции (календарный, прерванный половой акт); гирсутный синдром; болезни, передающиеся половым путем, особенно хламидиоз.

Для выявления этиологической структуры бесплодного брака в регионе был проведен анализ результатов полного клинико-параклинического обследования 150 бесплодных супружеских пар с использованием протокола клинической характеристики и объективного статуса женщины с бесплодием (ВОЗ). Основанием для диагностики мужского бесплодия было исследование спермограм мужчин, состоящих в бесплодном браке.

По результатам исследования, бесплодие только у женщин выявлено у 63,4% обследованных пар, только у мужчин – у 5,3%, бесплодие у обоих супругов – у 30%, невыясненная причина бесплодия – у 1,3%. Различные причины женского бесплодия (согласно классификации ВОЗ) имели место у 93,4 % обследованных пар, а мужской фактор бесплодия составил 35,3%. Показатель плодовитости по Фаррис у 51,3% мужчин был ниже нормы, что подтверждает важную роль мужского фактора в бесплодном браке.

Ведущими этиологическими факторами женского бесплодия в регионе являются трубно-перитонеальний (54,9%) и эндокринный (49,3%). Сочетание 2, 3 и 4 различных причин бесплодия встречалось у 71,8% обследованных женщин. Эти данные подчеркивают необходимость одновременного обследования и лечения как женщин, так и мужчин.

При сравнении данных исследования с аналогичными показателями в других географических регионах, установлено, что частота трубно-перитонеального (54,9%) и эндокринного (49,3%) факторов бесплодия в регионе, а также показатель патологии яичников, шейки и тела матки (36,0%) превышают соответствующие среднестатистические показатели ВОЗ (40,8%; 37,8%; 8,3%). Распространенность эндометриоза (5,3%), как причины бесплодия, существенно не отличается от других регионов (5,9%), а частота бесплодия ”неясного” генеза среди бесплодных женщин региона (6,7%) значительно ниже, чем усредненный показатель ВОЗ (25,1%).

Для определения эффективности разных методов лечения женского бесплодия в регионе был проведен ретроспективный анализ результатов консервативного лечения 100 бесплодных женщин, 80 случаев хирурги-ческого лечения женского бесплодия и 80 случаев применения вспомога-тельных репродуктивных технологий. Эффективность консервативного лечения составила 52%, хирургического – 38,8%, вспомогательных репродуктивных технологий – 31,3%. Установлено, что эффективность лечения бесплодия любым методом зависит от возраста женщины и длительности бесплодия. Малоэффективными являются многочисленные повторные курсы консервативной терапии. Эффективность оперативного метода лечения зависит от вида бесплодия, степени патологических изменений, рационального отбора пациенток и квалификации хирурга.

Беременность и роды у женщин после лечения бесплодия часто протекают с осложнениями, наиболее распостраненным из которых являются угроза прерывания в разные сроки беременности. Наиболее часто она встречалась при беременностях после использования вспомогательных репродуктивных технологий (70,1%), вдвое реже после консервативного (32,7%) и хирургического (32,3%) лечения. После использования вспомогательных репродуктивных технологий чаще рождаются дети с малой массой тела (30,7%).

Разработаны рекомендации для усовершенствования методов профилактики и лечения бесплодия в регионе, согласно которым необходимо учитывать достоверные факторы риска развития бесплодия, а также обратить особое внимание на такие ведущие этиологические факторы как трубно-перитонеальный и эндокринный. Внедрена в практику методика определения риска развития бесплодия у отдельно взятой женщины, созданная на основании клинико-анамнестических данных и статистического анализа, что позволяет выделить группу риска по бесплодию для ранней профилактики.

**Ключевые слова:** бесплодие, распространенность, факторы риска, структура, методы лечения.

**SUMMARY**

**Hasayan O.V. Infertile marriage: reasons, extension, structure, risk factors. – Manuscript.**

The dissertation on competition of scientific degree of candidate of medical sciences on a speciality 14.01.01 – Obstetrics and Gynaecology – SD "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynaecology Academy of medical Sciences of Ukraine", Kyiv, 2008.

We have interviewed 2000 of fertile women by the unified protocol developed according to the World Health Organization standards. We have found out that infertility extension in Bukovinian region is 14.2%. Levels of primary (48.6%) and acquired (51.4%) sterility do not differ much.

As a result of statistical processing of the data received we have defined the main risk factors of infertility incidence for married couples: man”s and women’s contact with toxic substances; complications during previous pregnancies and labours; long-term, painful, and irregular periods; use of ineffective contraception methods (calendar method, method of interrupted intercourse); hirsutism; sexually transmitted diseases, especially chlamidiosis.

Full clinical-diagnostic examination has been made for 150 infertile married couples. In the examined population women’s infertility has been found in 63.4% of the observed couples, men’s infertility – in 5.3% of the observed couples, both partners – 30%, undiscovered infertility reason – 1.3 %.

Leading etiological factors of women’s infertility in the region are salpingian peritoneal (54.9%) and endocrine (49.3%). Their frequency is high in comparison with the other geographical regions. Combination of 2, 3 or 4 infertility factors has been noticed in 71.8% of the examined women.

We have defined the effectiveness of the different methods of infertility treatment of women in the region: conservative – 52.0%, surgical – 38.8%, additional reproductive technologies – 31.3%.

We have developed the recommendations for the improvement of the methods of preventing and treating infertility on the regional level.

**Key words**: infertility, extension, risk factors, structure, methods of treatment.

ПЕPЕЛIК ТЕРМІНІВ І УМОВHИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

ДРТ – допоміжні репродуктивні технології

ЛГ – лютеїнізуючий гормон

17-ОКС – 17-оксикетостероїди

ПКТ – посткоїтальний тест

СЗРП – синдром затримки розвитку плода

ФСГ – фолікулостимулюючий гормон

ХВГП – хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода

ХПН – хронічна плацентарна недостатність