

**СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ С УЧЕТОМ
НАЦИОНАЛЬНО-РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ,
ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА И ОСОБЕННОСТЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С БЕСПЛОДИЕМ**

Д.А. Ходжамуродова

Приводится сравнительная оценка особенностей структуры бесплодия у супружеских пар городского и сельского регионов Таджикистана как результат социальных и культурных факторов.

Ключевые слова: женское бесплодие; мужское бесплодие; бесплодный брак; репродуктивное поведение; репродуктивная система.

Введение. Способность к воспроизводству потомства является одной из составляющих репродуктивного здоровья населения, поэтому успешное решение медицинских задач по его укреплению должно способствовать улучшению социального климата в обществе и положительно отразиться на демографических показателях страны [1, 2].

Бесплодный брак способствует возникновению комплекса неполноценности, психосексуальных расстройств, неустойчивых семей-

ных отношений и повышает число разводов, снижает активность данных людей, оказывая влияние на общество в целом, на демографическую ситуацию в популяции [3–5].

Демографические исследования ряда стран показывают, что по различным социально-экономическим причинам большинство женщин откладывают беременность на поздний репродуктивный период. Женщины стремятся к получению высшего образования, делают карьеру, имеют интенсивный график работы вне дома,

поздно выходят замуж и не торопятся рожать детей [6, 7].

При рождении девочка изначально имеет около 5 млн фолликулов, количество которых уменьшается до 500 000 к менархе. С каждым менструальным циклом количество фолликулов уменьшается и достигает: 25 000 к 37 годам и 1000 – к наступлению менопаузы. Естественно, что с увеличением возраста отмечается снижение фертильности, которое начинается с 32 лет и драматически падает в возрасте 37 лет. Естественный месячный уровень оплодотворения составляет около 25 % в возрасте между 20 и 30 годами и снижается до 10 % в возрасте свыше 35 лет [8].

С возрастом увеличивается ожирение, присоединяются соматические и гинекологические заболевания, что способствует бесплодию и невынашиванию беременности. Диагностика и лечение бесплодия должны быть начаты как можно раньше, особенно у женщин в возрасте 35 лет и старше. Информация об овариальных данных очень важна для пациентов и для выбора тактики лечения больной [6, 9].

По данным отечественных ученых, в отличие от зарубежных и российских исследований [1–6], в Таджикистане встречаются ранние, неравные и насильственные браки, которые усугубляют нарушения психо-физиологических процессов в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, особенно, в препубертатном возрасте. Тем не менее, в республике не существует достоверных данных об особенностях репродуктивного поведения населения, частоте и характере репродуктивных нарушений, что обуславливает многочисленные диагностические и тактические ошибки врачей, при этом больные теряют время и у них снижаются шансы на своевременное и эффективное излечение.

Цель исследования – оценить репродуктивное поведение по обращаемости с учетом региональных и этнических особенностей у супружеских пар с бесплодием среди городского и сельского регионов Таджикистана для сохранения репродуктивного здоровья населения страны.

Материал и методы. В отделение гинекологической эндокринологии клиники НИИ АГ и П МЗ Республики Таджикистан за период 2005–2010 г. было обследовано и подвергнуто к лечению 1278 супружеских пар с бесплодием.

Критерии отбора больных с нарушением репродуктивной системы у супружеских пар с бесплодием – фертильный возраст супругов, длительность бесплодия свыше одного года,

продолжительность безуспешного лечения во многих стационарах города и по месту жительства в областных, районных центрах, поселках. Супружеские пары с бесплодием были распределены на две клинические группы.

В первую (I) группу вошли супружеские пары с бесплодием по обращаемости из сельских регионов республики – их количество составило 819 (64 %), вторую (II) группу составили 459 (36 %) пар, проживающих в городе.

Всем больным было проведено комплексное клиничко-лабораторное, эндоскопическое и морфологическое обследование.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных составил $24,71 \pm 0,28$ лет: в I группе больных – $23,47 \pm 0,36$ лет, во II группе – $26,94 \pm 0,40$ года. Возраст мужчин с бесплодием в I группе был 25–29 лет (40 % случаев) и во II группе – 30–34 года (53 %).

В европейских странах [3–6, 8,] бесплодие чаще наблюдается в позднем репродуктивном возрасте, в связи откладыванием деторождения на более поздний срок. В Таджикистане женщины страдают бесплодием в раннем репродуктивном возрасте от 15 до 24 лет (37,8 %) [2, 4, 5, 8, 9].

Раннее обращение за медицинской помощью было обусловлено желанием супружеской пары, как можно раньше реализовать репродуктивную функцию по национально-традиционным особенностям региона.

Изучение анамнестических данных у 1278 обследованных супружеских пар в браке показало, что ранние браки у супружеских пар в I группе составили 304 (37,1 %) случая и во II – 202 (44 %), насильственные браки в I группе – 301 (36,7 %) и II – 76 (16,6%), родственные – 281 (34,3 %) и 84 (18,4 %), неравные – 201 (24,5 %) и 92 (20 %) соответственно.

Характеристика браков у обследованных 1278 супружеских пар представлена на рис. 1.

По данным, представленным в рис. 1, процентное соотношение ранних и неравных браков среди супружеских пар с бесплодием из сельской и городской местности почти одинаково, тогда как насильственные браки в 3,9 раза (301 против 76, 25,2 %), родственные браки – в 3,3 раза (281 против 81, 29,9 %) чаще встречались среди бесплодных супружеских пар сельской местности.

В отдаленных районах по религиозным обычаям, выдавали замуж в возрасте 14–17 лет, и в момент обращения за медицинской помощью срок длительности бесплодия составил до 5 лет. Характерно, что из-за родственных отношений

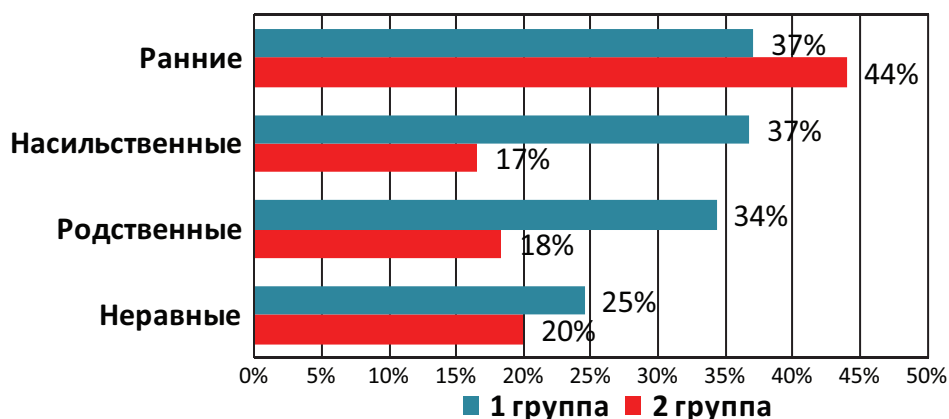


Рис. 1. Характеристика браков у обследованных супружеских пар (n=1278)

бесплодные супружеские пары долго не распадались.

В виду стигмы у мужчин, страдающие бесплодием в 16,04 % случаях во втором браке и 4,4 % в случаях в третьем не обращались за медицинской помощью. Мужчины с бесплодием в 17 % случаев не оповещали об этом своих жен, обследовались и лечились анонимно. Мужчины, страдающие бесплодием только после 2–3 разводов, были обследованы у специалистов-андрологов. Неравные браки у этих категорий лиц составили 22,9 % случаев. При мужском бесплодии у 4,93 % супружеских пар продолжительность брака составила от 12 до 20 лет.

Были обследованы 1172 мужчины, состоящие в бесплодном браке, из них 148 (11,6 %) мужчин отказались от обследования по поводу бесплодия, мотивируя свой отказ тем, что они имели от первых браков от 2 до 5 детей. Возраст мужчин колебался от 20 до 54 лет. Из общего количества обследованных мужчин (1172) у 219 (17,14 %) было выявлено нарушение репродуктивной функции. Из них 147 (67,1 %) мужчин были из сельской местности и 72 (32,9 %) – из города.

Из 1278 обследованных женщин с бесплодием 541 (66,1 %) в I группе и 321 (69,9 %) – во II группе находились в первом браке; 243 (29,7 %), 112 (24,4 %) пациентки находились во втором браке; 35(4,3 %) и 26 (5,7 %) женщин – в третьем браке, соответственно. Паритет брака (1278) женщин с бесплодием представлен на рис. 2.

Как следует из представленных данных, 136 (16,6 %) женщин I группы и 92 (20 %) пациентки II группы, находясь во втором или третьем браке, обратились за медицинской помощью по поводу бесплодия с желанием иметь детей во вновь созданной семье.

Согласно паритету браков 219 мужчин с бесплодием в 57 % случаев состояли во втором браке, 26 % – в третьем и в 9 % случаев – в четвертом браке (рис. 3).

Таким образом, сравнение паритета браков между женщинами и мужчинами с бесплодием показало, что в первом браке процент женщин с бесплодием выше, чем у мужчин, тогда как у мужчин – во втором и третьем браках. Женщины во втором и третьем браках обратились за медицинской помощью по поводу бесплодия с желанием иметь детей во вновь созданной семье.

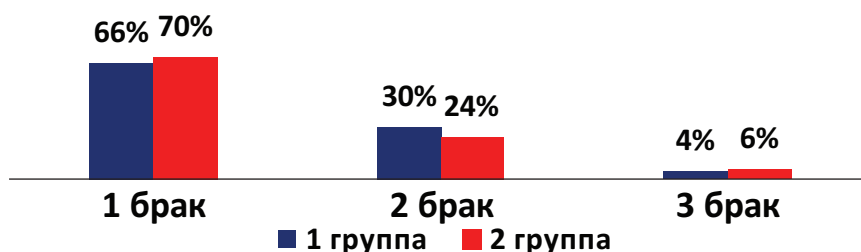


Рис. 2. Паритет браков у женщин с бесплодием (n=1278)

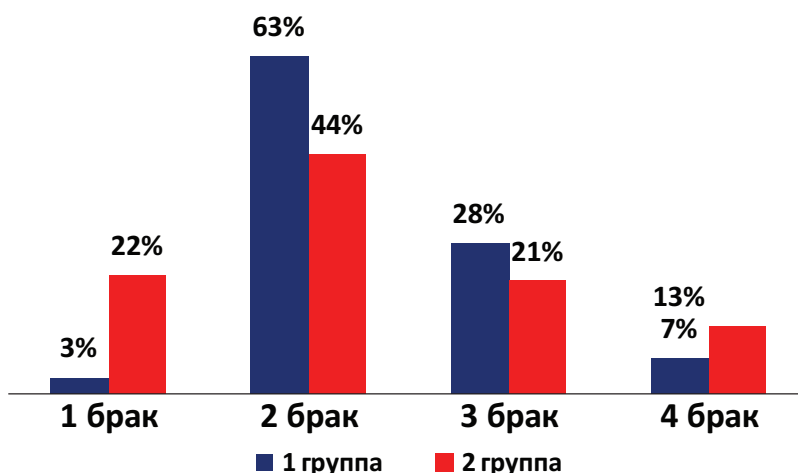


Рис. 3. Паритет браков у мужчин с бесплодием (n=219)

В 34 % случаев мужчины с бесплодием были обследованы у специалистов-androлогов только после двух-трех разводов.

Показатели уровня образования у 1278 женщин с бесплодием у обследованных женщин сельского и городского региона резко отличались. Характеристика уровня образования представлена на рис.4.

Анализ уровня образования женщин с бесплодием обследованных групп показал, что среди женщин сельского населения около одной трети пациенток не имели законченного среднего образования, что почти в три раза превышает данный показатель среди городских женщин. Что же касается наличия высшего образования среди женщин сельской местности, то оно составляет всего 7,4 %, тогда как среди городских женщин его доля значительно выше – 22,2 %.

Низкое образование женщин с бесплодием негативно влияет на репродуктивное поведение женщин, приводя к снижению доступа к специалистам и, как следствие, к низкой и несвоевременной обращаемости, зачастую получению некачественного лечения. Для сельских женщин существуют дополнительные барьеры для получения квалифицированной помощи: неравное положение в семье, серьезные экономические затруднения в получении стационарной помощи, транспортные расходы для их обращения в городские учреждения. Бесплодие сельских женщин усугубляется более серьезным исходным состоянием репродуктивной системы на фоне тяжелых экстрагенитальных заболеваний.

Средний возраст начала половой жизни у больных I группы составил $18,53 \pm 0,15$ года и $19,71 \pm 0,20$ – у женщин II группы.

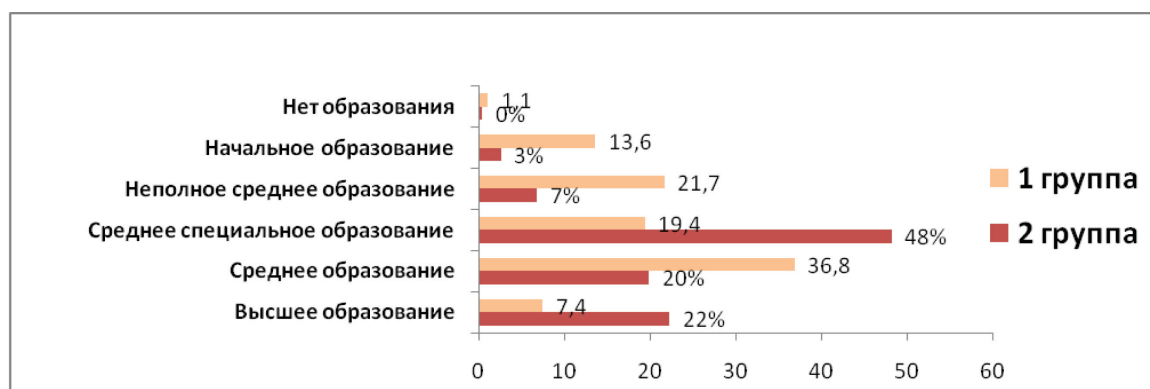


Рис. 4. Уровень образования женщин с бесплодием

Под влиянием социальных и культурных факторов в регионе, половая жизнь до замужества является недопустимой. У обследованных женщин с бесплодием в сельской местности половая жизнь начинается в раннем пубертатном возрасте (14–18 лет) после замужества. Начавшие половую жизнь в возрасте от 14 до 18 лет составили 39,7 % женщин из сельских и городских регионов.

Анализ общих оперативных вмешательств в брюшной и тазовой области открытым доступом у женщин с бесплодием в анамнезе зарегистрирован у 146 (17,83 %) из 819 больных I и у 180 (39,2 %) из 459 женщины II групп. Наиболее частой из перенесенных операций являлась аппендэктомия, произведенная 56 (6,84 %) женщинам I группы и 34 (7,41 %) – II группы.

Случаи осложнения во время и после аппендэктомии у женщин отмечены в виде пельвиоперитонита у 38 (4,64 %), разлитого перитонита – у 11 (1,34 %) из 56 женщин I группы и 4 (0,9 %) случаях пельвиоперитонита из 34 больных II группы. Основной причиной осложнений явилось позднее обращение за медицинской помощью пациентов как из села, так и из города.

В анамнезе гинекологические операции были произведены у 101 (12,33 %) больных I группы и у 141 (30,72 %) – II группы, а у мужчин в основном превалировала варикоцелеэктомия (18 %) среди лиц I и II групп.

Подавляющее большинство случаев ранее проведенных гинекологических операций как у женщин сельской местности, так и у женщин городского населения, производились путем лапаротомии: односторонняя тубэктомия – у 12,2 %, односторонняя аднексэктомия – у 6,4 %, двухсторонняя тубэктомия – у 4,7 %, односторонняя оварэктомия – у 11,5 % больных.

Необходимо отметить, что в виду отсутствия соответствующей аппаратуры и нехватки специалистов в отдаленных районах была затруднена постановка дооперационного диагноза, и пациентки из сельской местности оперированы в основном открытым способом, а не лапароскопическими методами. В 54,2 % сельские пациентки и 31 % городские были оперированы в экстренном порядке; в 24 % случаях – из-за неточного диагноза в хирургических стационарах, что безусловно негативно повлияло на дальнейшую репродуктивную функцию.

В сравнении паритета браков между женщинами и мужчинами с бесплодием выявлено, что процент женщин с бесплодием в первом

браке выше – 67,4 %, чем у мужчин, тогда как у мужчин во втором браке – 6,6 % и в третьем браке – 25,6 %. При мужском бесплодии у 4,93 % супружеских пар продолжительность брака составила от 12 до 20 лет. Низкое образование женщин с бесплодием негативно влияет на репродуктивное поведение женщин, приводя к снижению доступа к специалистам и получению квалифицированной помощи.

Таким образом, своевременная и правильная установка диагноза и лечение с использованием всех средств, доступных современной репродуктивной медицине, позволят уменьшить число разводов с сохранением в обществе счастливых семейных пар.

Литература

1. Кулаков В.И. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия: Руководство для врачей / В.И. Кулаков, Б.В. Леонов. М: МИА. 2004. 782 с.
2. Сухих Г.Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. М., 2010. С. 10–53.
3. Локшин В.Н. Оценка качества жизни пациентов с бесплодием в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Проблемы репродукции. 2006. Т. 12, № 5. С. 48–50.
4. Coping Processes of Couples Experiencing Infertility / B.D. Peterson [et al.] // Family Relations. 2006. V. 55. I. 2. P. 227–239.
5. Environmental Factors Affecting Female Infertility / V.Y. Fujimoto [et al.] // Biennial Review of Infertility. 2009. Part 1. P. 3–20.
6. Назаренко Т.А. Значение оценки овариального резерва в лечении бесплодия у женщин старшего репродуктивного возраста // Проблемы репродукции. 2005. № 2. С. 56–59.
7. Barbara L., Brown M.B. Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcome with increasing maternal age / Barbara L., Brown M.B. // Hum Reprod. 2007; 22:1264–72.
8. Faddy M.J. A mathematical model of follicle dynamics in the human ovary / M.J. Faddy, R.G. Gosden // Hum Reprod. 1995. 10:4:P. 770–775.
9. Ovarian follicular development and the follicular fluid hormones and growth factors in normal women of advanced reproductive age Text. / N. Klein [et al.] // J. Clin. Endocr. Metab. 1996. Vol. 81. P. 1946–1951.