

УДК 614.2: 616.697: 618.177 : 312.3 : 314.5

© И.А. Сухарева, А. В. Фаритова, 2011.

ФАКТОРЫ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В БЕЗДЕТНОМ БРАКЕ

И. А. Сухарева, А. В. Фаритова

Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения (зав. - доцент В.Г. Павлюк) -
Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь.

FACTORS OF MEN AND WOMEN INFERTILITY IN MARRIAGE WITHOUT CHILDREN

I. A. Sukhareva, A.V. Faritova

SUMMARY

In article present analysis factors, which influence on women and men infertility, determine prophylactic measures for decrease infertility rate in marriage.

ЧИННИКИ ЧОЛОВІЧОГО Й ЖІНОЧОГО БЕЗПЛІДДЯ В БЕЗДІТНОМУ БРАКУ

І. О. Сухарєва, Г. В. Фарітова

РЕЗЮМЕ

У статті дається аналіз чинників, що впливають на чоловіче і жіноче безпліддя. Визначені профілактичні заходи щодо зниження безпліддя в сім'ях без дітей.

Ключевые слова: факторы, мужское бесплодие, женское бесплодие, бездетный брак.

Бесплодие - серьезная проблема репродуктологии, при которой имеется сочетание социального и психического неблагополучия, а часто и физического нездоровья в семье. По определению ВОЗ бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, у жены не возникает беременности в течение одного года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте.

Причинами могут служить нежелание супругов иметь детей, в связи, с чем они применяют различные методы предохранения от беременности или невозможность иметь детей по каким-то установленным или не установленным причинам. При желании иметь детей их отсутствие может быть обусловлено бесплодием в браке или невынашиванием беременности у жены.

Бесплодие в браке может быть *первичным*, если беременности в этом браке никогда не было, и *вторичным*, если беременности были. По данным литературы в норме около 30% зачатий происходит в течение первого месяца супружества, 60-90% - первого года и 10% - 1,5-2-х лет [15, 2].

В настоящее время в Европе бесплодны примерно 15% супружеских пар, а в США бесплодные браки составляют 20%. В Великобритании нарушения плодovitости зарегистрировано у 22% женщин.

Американские авторы в последние годы отмечают более поздний возраст вступления в брак, а также стремление супругов к откладыванию рождения ребенка. В США структура служб по борьбе с беспло-

дием предполагает организацию экспертной группы для бесед с супругами, страдающими этой патологией и концентрирует усилия на двух аспектах проблемы: расширении знаний относительно процессов приспособления к бесплодию и помощи, больным в достижении этого.

Во Франции созданы специализированные медцентры включающие поликлинические отделения, стационар, клинко-химическую и цитогенетическую лабораторию, психологов.

В Бельгии существуют психологические консультации для бесплодных супругов, где происходит совместная работа гинеколога, андролога, уролога, психиатра и юриста [19, 23].

В ряде стран уже более 70 лет существуют специальные сексологические институты (Чехия, Германия, Польша, Франция), которые не только разрабатывают методы лечения и профилактики функциональной патологии, но и предлагают меры по укреплению нравственных устоев и сексуального здоровья семьи и населения в целом. В этих странах отмечается рост обращаемости. Это обусловлено наличием эффективных методов диагностики и лечения, большим числом случаев бесплодия в состоятельных семьях и более высоким уровнем общей культуры населения, выраженной сознательностью людей в вопросах сохранения своего здоровья [18, 21].

Для поддержания демографического равновесия и укрепления стабильности семейных отношений деторождение должно осуществляться по схеме: из трех рожденных и выросших детей двое восполняют

в демографическом отношении родителей, а третий возмещает непредвиденные утраты, отсутствие детей у бесплодных супругов, одиноких людей и определяет прирост населения [17].

Народонаселение взрывоподобно увеличиваться с экспоненциальным ростом от 1 млрд. 130 лет назад до сегодняшних 6,5 млрд. На протяжении последних десятилетий уровень рождаемости становится все менее предсказуемым. Статистические данные США и Канады выявили увеличение бездетности с 1900 г. до конца второй мировой войны, хорошо коррелирующие с увеличением возраста вступления в первый брак.

По меньшей мере, для женщин, вышедших замуж до 35 лет, было характерно психологическое нежелание материнства за пределами этого возраста. Затем возник "послевоенный бум на детей". К середине шестидесятых годов в США число случаев бездетности достигло такого низкого значения, что некоторые социологи сделали заключение о приблизительно полном отсутствии случаев добровольной бездетности. Однако рост бездетности начался и продолжается до сих пор, как за счет добровольной бездетности, так и за счет бесплодия в браке. Социологи пишут о новой эре - "новом режиме рождаемости". Уже в конце семидесятых годов количество бесплодных пар в мире составляло 5% [5].

Частота обращаемости женщин в гинекологические учреждения по поводу бесплодия составляет 9 - 29,1% от всех причин обращаемости. При активном выявлении состояния репродуктивной системы женщин истинная распространенность вторичного бесплодия оказалась почти в 2 раза выше, чем по данным обращаемости [3, 9]. Среди пациенток, обращающихся за медицинской помощью в крупные гинекологические стационары, частота бесплодия составляет 50-60% при длительности 8-10 лет [2].

Анализ причин первого обращения в женскую консультацию показал, что только 10,2% опрошенных женщин обратились в целях получения консультации по тому или иному вопросу. 7,1% женщин, страдавших впоследствии вторичным бесплодием, обратились впервые в женскую консультацию за получением направления на аборт, 10,3% - в связи с самопроизвольным выкидышем. 41,5% первично бесплодных женщин обратились в первый раз к гинекологу сразу по поводу бесплодия, хотя у них уже были гинекологические заболевания.

Далеко не все женщины, имеющие затруднения с зачатием, обращались самостоятельно за медицинской помощью [10]. В первые два года отсутствия беременности обращается 62,8% пациенток, от двух до четырех лет - 29,4%, более 5 лет - 7,8%. Каждая четвертая женщина, страдающая бесплодием, лечилась от него в течение 5 лет и более [13].

У женщин бесплодие обусловлено следующими заболеваниями: эндокринные нарушения и эндомет-

риоз; воспалительные заболевания внутренних половых органов; склерокистоз яичников; аномалии развития матки и маточных труб, тубоовариальные образования, фибромиома матки, спаечный процесс в малом тазу; аномалии кариотипа.

У мужчин структура патологии, приводящей к бесплодию: воспалительные заболевания, передающиеся половым путем, идиопатическая олигозооспермия, варикоцеле, первичные тестикулярные нарушения, идиопатическая астенозооспермия, крипторхизм, гонадотропная недостаточность, аномалии кариотипа, обтурация семявыносящих путей, системные болезни, иммунные и ятрогенные причины.

В семьях, где бесплодие обнаружено у обоих супругов, основную долю составляют генитальные воспалительные заболевания, которые представляют собой одну из ведущих причин бесплодия.

Так, при одном эпизоде острого сальпингита репродуктивная функция остается интактной у 97% больных, тогда как при повторных атаках частота бесплодия прогрессивно увеличивается до 75% [14]. После острого воспалительного процесса 20% женщин становятся бесплодными, после хронического - 50% [20]. Факторами, влияющими на бесплодие обеих супругов, являются перенесенные и имеющиеся заболевания репродуктивной системы, иммунологическая несовместимость, наследственные факторы, возраст, образ жизни, профессиональные факторы, вредные условия окружающей среды.

На основании выявления того или иного заболевания половой сферы у женщин некоторые авторы выделяют две группы: 1 - группа высокого риска: дисгенезия или агенезия гонад, тестикулярная феминизация, аплазия матки или шейки, кастрация в периеде детства или полового созревания, рефрактерные яичники, стертая форма дисгенезии гонад, субтотальная резекция одного и удаление другого яичника, опухоли гипоталамо-гипофизарной области, двусторонний гипосальпинкс; 2 - группа умеренного риска: склерокистозные яичники, туберкулез и септическое воспаление матки и придатков, гематосальпинкс при пороках развития матки и влагалища, врожденный и постнатальный аденогенитальный синдром, первичная и вторичная аменорея центрального происхождения, гипоменструальный синдром центрального генеза, преждевременное половое созревание изосексуального типа [14].

Около 80% пациенток с бесплодием имеют в анамнезе аборт, которые у половины из них сопровождаются осложнениями.

Ситуация усугубляется недостаточным использованием в нашей стране современных, высокоэффективных контрацептивных средств. 50% аборт делают женщины 20-34 лет. В тех случаях, когда искусственные аборт предшествовали самопроизвольным абортам и внематочным беременностям, механизм вторичного бесплодия среди тех, кто ле-

чился, был связан с послеабортными осложнениями в 39,5% случаев.

Это первая, основная причина вторичного бесплодия по данным всех авторов. Изучение репродуктивной функции по данным обращаемости через 3-5 лет после искусственного аборта выявило различные нарушения у 50% женщин. У 2/3 женщин с вторичным послеабортным бесплодием оно является результатом первого аборта. Около 30% женщин после искусственного прерывания беременности становятся бесплодными [1,16].

Группу высокого риска бесплодия составляют мужчины, перенесшие в возрасте до одного года тяжелую диспепсию, имеющие в анамнезе болезни органов пищеварения, корь, паротит, вирусный гепатит, ревматизм, туберкулез. Выраженное отрицательное влияние на репродуктивную систему оказывает перенесенная в возрасте до 10 лет корь, ОРВИ, туберкулез; от 10 до 18 лет - вирусный гепатит, паротит и их сочетания [11]. Иммунологические факторы бесплодия играют важную роль в т.ч. "бесплодия неясного генеза". Однако часто они могут сопутствовать патологии репродуктивной системы [7].

Максимальную долю (69,6%) женщин, страдавших первичным бесплодием, составляет возрастная группа 20 - 29 лет. Среди страдающих вторичным бесплодием значительно больше, чем при первичном, женщин в возрасте 30 лет и более. Максимальный удельный вес (до 47%) случаев азооспермии составляли мужчины старше 35 лет. Степень влияния возраста вступления в брак на генеративную функцию мужского организма выражена значительно больше, чем при женском бесплодии [4].

В настоящее время отмечено увеличение числа женщин, желающих иметь первого ребенка после 30-35 лет, что объясняется рядом социально-экономических факторов. Эта тенденция отметилась не только на территории Украины. Данные эпидемиологических исследований позволяют сделать неутешительный вывод о достоверном снижении способности к зачатию у супругов старше 35 лет. При проведении искусственного оплодотворения спермой донора при абсолютном бесплодии мужа способность к зачатию после 35 лет снижена в 3-4 раза по сравнению с молодыми женщинами [6].

В современном обществе претерпели серьезные изменения брачно-семейные отношения и сексуальное поведение молодежи: отмечается раннее начало добрачной половой жизни, внебрачные зачатия, прерывание искусственным абортom первой беременности. Лица, жившие добрачной половой жизнью в течение 1 года и более, составляют среди женщин с вторичным бесплодием 45,3%. При этом имевшие место внебрачные зачатия, как правило, прерывались искусственными абортами. Среди женщин с первичным бесплодием в повторном браке состояли 6,7%, среди вторично бесплодных - 27,7%. При этом

94,6% женщин, состоявших в повторном браке, имели беременность от первого брака. Однако дальше развивались нарушения репродуктивной функции, чаще всего осложнения после абортов [12].

Среди бесплодных женщин 34% имели неполное среднее и среднее образование; 42,3% - специальное среднее; 23,7% - неоконченное высшее и высшее. Среди лиц, страдавших вторичным бесплодием, больше женщин с неполным средним, неоконченным высшим и высшим образованием, чем среди первично бесплодных. У женщин с низким уровнем образования чаще отмечались раннее начало половой жизни, добрачные зачатия и искусственные аборты, нередко криминальные. Более поздний возраст вступления в брак, лиц с высшим образованием, стремление супругов к откладыванию рождения ребенка приводит к повышению вероятности бесплодия как вследствие гинекологических заболеваний и осложнений абортов, так и в силу возрастных изменений плодovitости [8].

подавляющее большинство женщин применяли прерванное половое сношение, спринцевание и их сочетание. В случае возникновения нежелательных беременностей прерывали их абортами, а осложнения приводили к бесплодию. Среди мотивов абортов - в 23,8% - семейные конфликты, в 24% - незарегистрированный брак, материальные затруднения, плохие жилищные условия, занятость на работе или учебе, плохое здоровье одного из супругов [8].

Среди бесплодных мужчин наиболее высокий удельный вес составляют рабочие промышленных предприятий, инженерно-технические работники, работники транспорта. В этиопатогенезе мужского бесплодия существенную роль играет интоксикация химическими веществами.

Особенно неблагоприятно сочетание интоксикации с переутомлением и нервно-психическим напряжением. Среди мужчин с идиопатической азооспермией, олигозооспермией, тератозооспермией и астеноспермией доля занятых на производстве с вредными условиями труда (СВЧ, фенолы, органические растворители, тяжелые металлы, гербициды) в 4 раза выше, чем в группе здоровых. Сперматогенез страдает также у лиц, работающих в условиях гипертермии (горячие цеха, плавильные печи). Вибрация, высокая температура в кабине автомобиля, воздействия паров горючего, застойные явления в малом тазу оказывают отрицательное воздействие на процесс сперматогенеза у водителей. Для женщин неблагоприятное значение имеет вибрация, подъем тяжестей, неудобная рабочая поза [24].

При обследовании и лечении бесплодных пар необходимо строгое соблюдение этапности, что позволяет наиболее точно установить причину бесплодия и сохранить наступившую беременность. Главный принцип, которого надо придерживаться при выявлении причин и лечении бесплодия в браке -

одновременное обследование и лечение обоих партнеров. Сегодня мужское бесплодие изучено значительно меньше, чем женское, эффективность его лечения незначительна.

Достоверно доказано влияние возраста и здоровья (в момент зачатия) отцов пациентов-мужчин на состояние их репродуктивной функции.

При возрасте отца в момент зачатия менее 20 и более 50 лет или при наличии заболеваний у него только 10% сыновей имели спермограмму в норме. Это повышает значение обследования супругов до планируемой беременности, выявления и лечения у них всех заболеваний, в т.ч. ненаследственных, а также напоминает об оптимальном возрасте вступления в брак и зачатия ребенка [5].

Учитывая малую эффективность лечения, большое количество осложнений после лечения и колоссальный экономический ущерб, причиняемый самим бесплодием, его лечением и лечением его осложнений, наиболее эффективным методом борьбы является профилактика, особенно первичная.

Она позволяет свести на нет все факторы риска и должна включать: своевременное выявление отклонений в половом развитии детей и подростков; предупреждение болезней, оказывающих отрицательное влияние на репродуктивную функцию организма; активную борьбу с абортными; выработка у населения установки на использование эффективных методов и средств контрацепции; половое и гигиеническое воспитание молодежи; активное выявление, направление на консультацию, уточнение состояния репродуктивной функции у женщин и мужчин детородного возраста без детей; своевременное выявление, диспансерный учет, полноценное обследование и лечение [1].

Количество бесплодных браков в настоящее время колеблется от 10 до 20%, а по определению ВОЗ это говорит о государственном масштабе проблемы. Истинное количество бесплодных семей по сравнению с данными обращаемости в два раза больше. Далеко не все женщины, имеющие те или иные гинекологические заболевания, приводящие к бесплодию, тут же обращаются к специалисту.

Вместе с тем своевременная диагностика этих заболеваний и их лечение позволило бы увеличить рождаемость на 10-15%. В структуре супружеского бесплодия приблизительно 55% составляет женское, 45% - мужское, из них 20% - оба супруга.

Это подчеркивает необходимость одновременного обследования и лечения обоих супругов, оказания не меньшего внимания мужчине, развития андрологической службы, ее соединения с гинекологической в многопрофильные специализированные центры, в которых особое внимание будет уделяться профилактике заболеваний репродуктивной системы обеих родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин Л.В., Коновалов О.Е., Погудин А.А. Профилактика женского бесплодия/ Л.В. Анохин // Фельдшер и акушерка. -1991г. - №10.- С. 23-29
2. Бесплодие супружеской пары: материалы Научно-практической конференции сексопатологов и андрологов Украины (24-25 мая 2007 года, г. Киев) // Здоровье мужчины. – 2007. - № 2. – С. 157 – 124
3. Виноградов В.М. Сексуальна дисгармонія подружжя при безплідності з переважанням чоловічого фактора безплідності та принципи її коригування в умовах центру планування сім'ї та репродукції людини./ В.М. Виноградов // Здоровье мужчин. – 2004 - № 2. – С. 94-95
4. Ворчалов М.М. Показатели мужского здоровья в центральном регионе России за период 1995-2004 гг./М.М. Ворчалов, И.С. Шорманов // Здоровье мужчины. – 2007. - № 2. – С.166-167
5. Высоцкий В.М. Эпидемиологические аспекты нарушения сексуального здоровья у мужчин и женщин в Украине/ В.М. Высоцкий//Международный медицинский журнал (X). – 2004. - №2. – С.51-54
6. Гринчук В.О. Чоловічий фактор у безплідному шлюбу/ В.О.Гринчук//Здоровье мужчины. – 2007. - №2. – С.183.
7. Грищенко В.И. Диагностика и лечение иммунологического бесплодия/ В.И. Грищенко, Н.Г. Грищенко, Н.Ю. Смаглий //Здоровье мужчины. – 2007. - №2. – С. 165
8. Данкович Н.А. Проблема бесплодия и пути ее решения./ Н.А. Данкович. //Семейная медицина - 2005. - № 1 - С. 10-13
9. Здоровье семьи и репродуктивная функция (сборник научных трудов) Москва, 1993г. - 229с.
10. Коновалов О.Е. Задачи здравоохранения по борьбе с бесплодием./ О.Е. Коновалов // Здравоохранение Российской Федерации - 1990. - №5 –С.16-19
11. Кудлай Е.Н. Мужские факторы бесплодия на современном этапе/ Е.Н. Кудлай //Здоровье мужчины. – 2007. - №1. – С.125-128
12. Лесин А.И. Некоторые социально-физиологические причины бесплодия супружеской пары. Есть ли перспективы дальнейшего существования человечества?/ А.И. Лесин //Здоровье мужчины. – 2007. – С.194-200
13. Основы репродуктивной медицины: Практич.-рук-во. – Донецк: «Альматео», 2001. – 607 с.
14. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада-Х, 2001. – 568 с.
15. Bunting L. Research review: teenage pregnancy and parenthood: the role of fathers / L. Bunting, C. McAuley // Child and Family Social Work. – 2004. – N 9. – P. 295–303.
16. Davies L. The significance of family, work and power relations for mothers' mental health / L. Davies, D. D. McAlpine // Canadian J. Sociology. – 1998. – N 23. – P. 369–387.

17. Drew E. Parental leave in Council of Europe member states / Drew E. – Strasbourg: Council of Europe, 2004. – 142 p.
18. Elder G. Families under economic pressure / G. Elder // J. Family Issues. – 1992. – N 13. – P. 5–37.
19. Fund State of world population – 2007 / United Nations Population. – New York, 2007. – P. 327-329.
20. Furstenberg F. Adolescent mothers in later life / Furstenberg F., Brooks-Gunn J., Morgan P. – New York : Cambridge Univ. Press, 1987. – 65 p.
21. Henshaw S. K. The incidence of abortion world wide / S. K. Henshaw, S. Singh, T. Haas // International Family Planning Perspectives. – 1999. – Vol. 25, Suppl. – P. 30–38.
22. Roye C. F. The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and children / C. F. Roye, J. Balk // J. Adolescent Health. – 1996. – N 19. – P. 87–93.
23. Statistics Sweden : Women’s and men’s lives. – Solna, 1995. – P. 2–4.
24. Voss M. Work and health: epidemiological studies of sickness absence and mortality with special reference to work environment, factors outside work and unemployment / Voss M. – Stockholm, 2002. – 355 p.