**Хасаян Олег Володимирович. Безплідний шлюб: причини розвитку, частота, структура, фактори ризику : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2008.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **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. |

 |
|

|  |
| --- |
| 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 |

 |