

УДК 616.697:618.156-07(575.1-28;575.111)

ИСМАИЛОВ С.И., ХАЛИМОВА З.Ю., УРМАНОВА Ю.М., АЛИЕВА Д.А., САФАРОВА Ш.М.,
БАБАХОДЖАЕВА Ш.А., ГУЛЯМОВА Х.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МЗ РУз
Ташкентский педиатрический медицинский институт

СРАВНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В ТАШКЕНТСКОМ И АНДИЖАНСКОМ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО ДАННЫМ СКРИНИНГА

Резюме. Изучена структура причин бесплодия у 100 семейных пар (200 человек), страдающих бесплодием, в г. Ташкенте и Ташкентской области (по 50 семей). Установлено, что среди обследованных женщин в генезе бесплодия основное место занимает гормональная дисфункция, а также воспалительные заболевания мочеполовой системы (диффузный зоб с субклиническим гипотиреозом, яичниковая недостаточность с нарушением менструальной функции, синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, недостаточность лютеиновой фазы, нарушение фолликулогенеза, TORCH-инфекции). Среди обследованных мужчин в генезе бесплодия основное место занимает гормональная дисфункция (андрогенный дефицит, связанный с избыточной массой тела, нарушение сперматогенеза, гипергонадотропный и гипогонадотропный гипогонадизм).

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, бесплодие, гипогонадизм мужской и женский.

Введение

В настоящее время известно, что ряд заболеваний, находящихся в сфере профессиональной компетенции урологов, хирургов, эндокринологов, сексологов, терапевтов и педиатров, оказывают негативное влияние на состояние репродуктивной функции. Именно эти заболевания можно определить как предикторы репродуктивного риска или факторы риска развития репродуктивных расстройств. Наше исследование посвящено изучению этих заболеваний с точки зрения их популяционной распространенности и эпидемиологии, раннего выявления и методов скрининговой оценки, методам и способам углубленного исследования, выбору метода лечения и, наконец, репродуктивной реабилитации пациентов детского и подросткового возраста в длительном наблюдении [1–5].

Учитывая развитие профилактического направления в медицине как наиболее эффективного способа лечения, аналогичные тенденции распространяются и на детскую андрологию. Речь идет о предикторах репродуктивных расстройств или факторах риска. Между тем до настоящего времени эти исследования носят умозрительный характер и достаточно часто не могут быть отнесены к доказательной медицине как к единственно возможному в настоящее время

направлению научных исследований, дающих право на внедрение широкого спектра практических рекомендаций для врачей, работающих в конкретном направлении [6, 7]. В первую очередь это связано с тем, что сведения о сохранении репродуктивного здоровья не могут быть оценены лишь с медицинской точки зрения, а предполагают наличие длительного наблюдения в динамике с оценкой конечного результата усилий врачебного сообщества в виде получения сведений о сохранении воспроизводительной функции организма. Критерием успешности может являться только факт наличия детей в семье. Однако этот способ оценки также является в определенной мере субъективной характеристикой. Следовательно, группа для рандомизированного исследования должна включать в себя только те браки, в которых у женщины уже имеется один ребенок, предыдущая беременность и роды прошли без осложнений, а при попытке воспроизводства потомства с конкретным объектом исследования имеет место неудача. Кроме того, учитывая сложность взаимоотношений в браке, известны слу-

© Исмаилов С.И., Халимова З.Ю., Урманова Ю.М.,
Алиева Д.А., Сафарова Ш.М., Бабаходжаева Ш.А.,
Гулямова Х.Р., 2014

© «Международный эндокринологический журнал», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

чай, когда женщина в целях сохранения семьи с бесплодием решает на беременность от другого отца, и тогда единственным вариантом верификации является генетический анализ и подтверждение отцовства. Поэтому все исследования мужского бесплодия, носящие ретроспективный характер, строятся на статистических данных, основывающихся на обращениях супружеских пар, когда у мужчины констатируется то или иное текущее заболевание или имеются анамнестические данные о перенесенном заболевании в детском и подростковом возрасте [8–10].

Именно этот подход является на сегодня единственным возможным для выделения тех или иных состояний органов репродуктивной системы, прямо или косвенно влияющих на репродуктивный потенциал. Все это послужило причиной для проведения настоящего исследования.

Цель исследования — сравнить структуру причин бесплодия у мужчин и женщин в г. Ташкенте и Ташкентской области, а также в г. Андижане и Андижанской области по данным скрининга.

Материал и методы исследования

В период с октября 2012 по июнь 2013 г. нами были проведены социологические и медицинские исследования в сравнительном аспекте среди семей в разрезе отдельных сельских и городских территорий, представляющих соответствующие регионы страны, с целью определения причины инфертильности (эндокринная, неэндокринная и др.) у супругов и выбора дальнейшей тактики ведения и возможного лечения (г. Ташкент и Ташкентская область: г. Чирчик, Чирчикский и Среднечирчикский районы; г. Андижан с двумя районами: Ходжиабадский, Жалакудукский). Всего обследовано 200 семейных пар — 400 человек (200 мужчин и 200 женщин фертильного возраста).

В качестве материала исследования выступили мужчины и женщины репродуктивного возраста, состоящие в бесплодном браке и проходящие лечение по поводу бесплодия или состоящие на учете в областных эндокринологических диспансерах. Объем выборки — 400 человек (200 мужчин и 200 женщин, а также 100 сверковей), или 200 семей. Исследование охватило семьи г. Ташкента и Ташкентской области — по 50 семей (г. Чирчик, Чирчикский и Среднечирчикский районы) и аналогично в г. Андижане с двумя районами — Ходжиабадском, Жалакудукском. Также обследовано 100 лиц с помощью шкалы тревоги Бека (по 25 мужчин и 25 женщин в каждом районе).

В ходе исследования были использованы следующие методы: первый этап — фокус-группа, беседа, вопросник для выявления депрессии и тревоги (Бека); а также разработка специальных вопросников для проведения данного медицинского исследования и др. Второй этап — выборка. Все участники исследования были распределены на четыре группы: первая группа — женщины, страдающие бесплодием, в возрасте от 18 до 35 лет; вторая группа — мужчины, страдающие бесплодием, в возрасте от 25 до 40 лет;

третья группа — родители, чей ребенок, женщина или мужчина, страдает бесплодием; четвертая группа — представители местных социальных институтов: лидеры и активисты махаллинского комитета, руководители и члены женского совета махалли, врачи медицинского учреждения.

В смешанных группах (третья и четвертая) распределение участников по полу также было учтено, т.е. предельное соотношение — 7 : 3. Всего было проведено интервьюирование 8 фокус-групп, при этом фокус-группа включала 20 человек. Для фокус-групп разработаны социологические вопросники отдельно для мужчин, женщин и сверкови/сверка.

В ходе исследования 100 человек (по 25 семейных пар в каждом регионе) из 400 охваченных прошли психологическое тестирование (шкала тревоги и депрессии Бека). Ответ в первой колонке — 0 баллов, ответ во второй колонке (слегка) — 1 балл, ответ в третьей колонке (умеренно) — 2 балла, ответ в четвертой колонке — 3 балла. Затем все баллы суммируются. Сумма баллов интерпретируется следующим образом: 0–5 баллов — нормальная тревога, 6–8 — легкая тревога, 9–18 — средняя степень тревоги, выше 19 — высокая степень тревоги.

На третьем этапе при необходимости пациентов направляли на дообследование: компьютерная и магнитно-резонансная томография гипофиза, ультразвуковое исследование половых органов, гормональные исследования (лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, прогестерон, тестостерон, тиреотропный гормон, пролактин (ПРЛ)), фолликулометрия (ФМ), спермограмма и др. ФМ проводили вагинально ультразвуковым методом начиная с 7–8-го дня менструального цикла (МЦ). Для полноты информации данные ФМ сопоставляли с гормональными показателями.

Радиоиммунные методы исследования — определение уровня ЛГ, ФСГ, соматотропного гормона, ПРЛ, адренкортикотропного гормона, кортизола, эстрадиола, прогестерона, тестостерона и дегидроэпиандростерона — проводились на 5, 7 и 21-й дни МЦ при его сохранности или на любой день при нарушении МЦ с использованием коммерческих наборов фирмы Immunotech (Чехия).

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и Statistica 6. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Группу контроля составили 20 здоровых лиц (10 мужчин и 10 женщин) соответствующего возраста.

Результаты исследования и их обсуждение

В табл. 1 представлена частота жалоб опрошенных по шкале тревоги Бека по г. Ташкенту и Ташкентской области. Как видим, по результатам анализа шкалы Бека жители г. Ташкента и Ташкентской области достоверно не подвержены депрессии и тревоге в отношении бесплодия.

Таблица 1. Частота жалоб у опрошенных лиц по шкале тревоги Бека по г. Ташкенту и Ташкентской области

Опрошенные	Степень тревоги			
	Нормальная	Легкая	Средняя	Высокая
Мужчины	8	2	–	–
Женщины	–	10	–	–
Свекр	10	–	–	–
Свекровь	–	–	10	–
Представители махаллинского комитета	10	–	–	–

Таблица 2. Частота жалоб опрошенных по шкале тревоги Бека по Андижанской области

Опрошенные	Степень тревоги			
	Нормальная	Легкая	Средняя	Высокая
Мужчины	7	3	–	–
Женщины	–	6	4	–
Свекр	10	–	–	–
Свекровь	–	–	4	6
Представители махаллинского комитета	10	–	–	–

Таблица 3. Структура причин бесплодия у женщин в возрасте от 25 до 35 лет (анализ репродуктивных нарушений) в Ташкенте и Ташкентской области, n (%)

Группы	Первичное бесплодие		Вторичное бесплодие	
	30 (75)		10 (25)	
	Женщины, страдающие бесплодием	Гормональная дисфункция	Трубное бесплодие	Воспалительные заболевания половой системы
	24 (60)	5 (12,5)	11 (27,5)	0 (0)

Таблица 4. Структура причин бесплодия у женщин в возрасте от 25 до 35 лет (анализ репродуктивных нарушений) в Андижанской области, n (%)

Группы	Первичное бесплодие		Вторичное бесплодие	
	55 (91,6)		5 (8,4)	
	Женщины, страдающие бесплодием	Гормональная дисфункция	Трубное бесплодие	Воспалительные заболевания половой системы
	35 (58,4)	10 (16,6)	14 (23,4)	1 (1,6)

Таблица 5. Структура причин бесплодия у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет (анализ репродуктивных нарушений) в Ташкенте и Ташкентской области, n (%)

Группы	Гормональная дисфункция	Воспалительные заболевания половой системы	Генетические заболевания
Мужчины, страдающие бесплодием	30 (75)	10 (25)	0

Таблица 6. Структура причин бесплодия у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет (анализ репродуктивных нарушений) в Андижанской области, n (%)

Группы	Гормональная дисфункция	Воспалительные заболевания половой системы	Генетические заболевания
Мужчины, страдающие бесплодием	10 (16,6)	48 (80)	2 (3,4)

Из числа осмотренных 200 мужчин и женщин по Ташкенту и Ташкентской области было обследовано 40 женщин и 40 мужчин, состоявших в браке от одного до пяти лет и страдающих первичным или вторичным бесплодием. По Андижанской области было обследовано 60 женщин и 60 мужчин, состоявших в браке от одного до пяти лет и страдающих первичным или вторичным бесплодием.

В табл. 2 приведена частота жалоб опрошенных по шкале тревоги Бека по Андижанской области.

По результатам шкалы Бека, как видно из табл. 1 и 2, жители сельской местности, а именно в Андижанском регионе, сравнительно больше подвержены депрессии и тревоге в отношении бесплодия.

В табл. 3 приведена структура причин бесплодия у осмотренных женщин в возрасте от 25 до 35 лет (по Ташкенту и Ташкентской области).

Как видно из табл. 3, среди обследованных женщин Ташкентского региона в генезе бесплодия основное место занимает гормональная дисфункция, а также воспалительные заболевания мочеполовой системы (диффузный зоб с субклиническим гипотиреозом, яичниковая недостаточность с нарушением менструальной функции, синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, недостаточность лютеиновой фазы, нарушение фолликулогенеза, TORCH-инфекции).

В табл. 4 приведена структура причин бесплодия у осмотренных женщин в возрасте от 25 до 35 лет (по Андижану и Андижанской области).

Как видно из табл. 4, среди обследованных женщин Андижанского региона (сельское население) в генезе бесплодия основное место занимает гормональная дисфункция (диффузный зоб с субклиническим гипотиреозом, яичниковая недостаточность с нарушением менструальной функции, синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, недостаточность лютеиновой фазы, нарушение фолликулогенеза).

В табл. 5 приведена структура причин бесплодия у осмотренных мужчин в возрасте от 25 до 40 лет (по Ташкенту и Ташкентской области).

Среди всех обследованных мужчин в генезе бесплодия основное место занимает гормональная дисфункция (андрогенный дефицит, связанный с избыточной массой тела, нарушение сперматогенеза, гипергонадотропный и гипогонадотропный гипогонадизм).

В табл. 6 приведена структура причин бесплодия у осмотренных мужчин в возрасте от 25 до 40 лет (по Андижанской области).

Таким образом, среди обследованных мужчин, проживающих в сельской местности, в генезе бесплодия основное место занимают воспалительные заболевания мочеполовой системы (уретриты, астенозооспермия, азооспермия, варикоцеле, гипоандрогения, хронические пиелонефриты).

В целом среди обследованных мужчин, проживающих в городах, в генезе бесплодия основное место занимает гормональная дисфункция (андрогенный дефицит, связанный с избыточной массой тела, нару-

шение сперматогенеза, гипергонадотропный и гипогонадотропный гипогонадизм).

Исследование показало, что в современной семье происходят значительные изменения. Возникают новые сравнительно с советским периодом истории семейные структуры, перераспределяются акценты в выполнении семьей социальных функций. Бесплодие не оказывает прямого негативного воздействия на процесс социализации людей с данным диагнозом в семье, в местном сообществе и на работе [12]. Этот выявленный факт свидетельствует о происходящей в обществе глубокой трансформации ценностей [13, 14]. Отсутствуют объективные и субъективные препятствия для нормальной и полноценной социализации человека с диагнозом бесплодия в общественных институтах. Социализация людей с диагнозом бесплодия в решающей степени зависит от членов семьи, и в первую очередь от мужа или жены и их родителей [16, 17].

Исследование показало, что в большинстве семей люди с диагнозом бесплодия находят в лице своего мужа или жены и их родителей поддержку, понимание и участие. Данное понимание обуславливает сохранение распределения функциональных обязанностей по ведению домашнего хозяйства, а в некоторых случаях даже освобождение от некоторых семейных обязанностей невестки или зятя, которым поставлен диагноз бесплодия.

Таким образом, медицинская и социологическая наука подходит к новому рубежу изучения молодой семьи — к ее исследованию как особой социальной структуры, обуславливающей и во многом предопределяющей характер взаимодействия индивида и общества в сфере брачно-семейных отношений и в связи с этим занимающей достаточно высокое положение в иерархии социальных связей.

Выводы

1. По результатам шкалы Бека, жители Ташкентского региона достоверно не подвержены депрессии и тревоге в отношении бесплодия, в то время как жители сельской местности, а именно в Андижанском регионе, сравнительно больше подвержены депрессии и тревоге в отношении бесплодия.

2. Среди обследованных женщин в генезе бесплодия основное место занимает гормональная дисфункция, а также воспалительные заболевания мочеполовой системы (диффузный зоб с субклиническим гипотиреозом, яичниковая недостаточность с нарушением менструальной функции, синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, недостаточность лютеиновой фазы, нарушение фолликулогенеза, TORCH-инфекции).

3. Среди обследованных мужчин в генезе бесплодия основное место занимает гормональная дисфункция (андрогенный дефицит, связанный с избыточной массой тела, нарушение сперматогенеза, гипергонадотропный и гипогонадотропный гипогонадизм).

Список литературы

1. Бурханова Ф.Б. Современный брак в Башкортостане: гендерные аспекты: Дис... д-ра соц. наук. — Уфа, 2005. — 268 с.
2. Беженарь В.Ф. Трубно-перитонеальное бесплодие. Проблемы и перспективы / В.Ф. Беженарь, А.С. Максимов // Журнал акушерства и женских болезней. — 1999. — Т. XLVIII, вып. 3 — С. 48-55.
3. Васильев Е.П. Статус молодой семьи в современном российском обществе: Дис... канд. социол. наук. — Казань, 2007. — 176 с.
4. Вихляева Е.М. Роль специальной программы ВОЗ по репродукции человека в решении актуальных проблем бесплодного брака / Е.М. Вихляева, Т.Я. Пшеничникова // Акушерство и гинекология. — 1988. — № 6. — С. 3-4.
5. Гильманова Г.Х. Развитие женского предпринимательства в условиях трансформации российского общества: социологический анализ: Дис... канд. социол. наук. — Волгоград, 2008. — 202 с.
6. Коваленко Т.И. Социальная поддержка семьи, усыновившей (удочерившей) ребенка, в регионе современной России: Дис... канд. социол. наук. — Барнаул, 2009. — 200 с.
7. Петрушенкова О.И. Комплексное медико-социальное исследование бесплодия у женщин репродуктивного возраста, занятых в автомобилестроении: Дис... канд. мед. наук. — Рязань, 2003. — 197 с.
8. Коновалов О.Е. Опрос молодых семей, не имеющих детей / О.Е. Коновалов // Медико-социологические исследования в здравоохранении: Сб. науч. тр. — М., 1986. — С. 181-183.
9. Корнеева И.Е. Значение эндоскопических методов обследования при бесплодном браке / И.Е. Корнеева // Журнал акушерства и женских болезней. — 2001. — Т. L, вып. 3. — С. 52-56.
10. Кулаков В.И. Значение лапароскопии в клинике бесплодия: структура и частота патологии, эффективность лече-

ния / В.И. Кулаков, Т.В. Овсянникова // Проблемы репродукции. — 1996. — № 2. — С. 35-38.

11. Кулаков В.И. Проблемы и перспективы исследований по проблеме «Бесплодный брак» / В.И. Кулаков, Т.Я. Пшеничникова, Е.М. Вихляева // Акушерство и гинекология. — 1989. — № 7. — С. 3-7.

12. Карцева Л.В. Семья в условиях трансформации российского общества: Теоретическая модель и эмпирическая реальность: Дис... д-ра социол. наук. — Казань, 2001. — 609 с.

13. Овсянникова Т.В. Диагностика и лечение бесплодного брака / Т.В. Овсянникова, Г.В. Тер-Аванесов // Вестник Российской академии медицинских наук. — 1997. — № 2. — С. 29-31.

14. Свадьбина Т.В. Семья в условиях трансформации российского общества: социально-философский анализ: Дис... д-ра философ. наук. — Н. Новгород, 2000. — 338 с.

15. Сучкова Н.В. Полорольевые отношения в семье в условиях трансформации российского общества: Дис... канд. социол. наук. — Казань, 2005. — 200 с.

16. Тарусин Д.И. Факторы риска репродуктивных расстройств у мальчиков и юношей-подростков: Дис... д-ра мед. наук. — М., 2005. — 372 с.

17. Хачикян М.А. Результаты клинико-эпидемиологических исследований ВОЗ по бесплодию / М.А. Хачикян // Современные вопросы репродуктологии: Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 30-летию основания НИИ репродукции им. И.Ф. Жордания. — Тбилиси, 1988. — С. 115-116.

18. Ясеновская Е.В. Гендерный аспект взаимоотношений в семье: социально-философский анализ: Дис... канд. философ. наук. — М., 2005. — 168 с.

Получено 30.03.14 ■

Ismailov S.I., Khalimova Z.Yu., Urmanova Yu.M., Aliyeva D.A., Safarova Sh.M., Babakhodjayeva Sh.A., Gulyamova Kh.R. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МОЗ РУз, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ismailov S.I., Khalimova Z.Yu., Urmanova Yu.M., Aliyeva D.A., Safarova Sh.M., Babakhodjayeva Sh.A., Gulyamova Kh.R. Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre of Endocrinology of Ministry of Healthcare of the Republic of Uzbekistan
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

ПОРІВНЯННЯ СТРУКТУРИ ПРИЧИН БЕЗПЛІДДЯ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК У ТАШКЕНТСЬКОМУ Й АНДИЖАНСЬКОМУ РЕГІОНАХ РЕСПУБЛІКИ УЗБЕКИСТАН ЗА ДАНИМИ СКРИНІНГУ

COMPARISON OF INFERTILITY CAUSES STRUCTURE IN MEN AND WOMEN IN TASHKENT AND ANDIJAN REGIONS OF REPUBLIC OF UZBEKISTAN ACCORDING TO SCREENING DATA

Резюме. Вивчено структуру причин безпліддя у 100 сімейних пар (200 чоловік), які страждають від безпліддя, в м. Ташкенті і Ташкентській області (по 50 родин). Встановлено, що серед обстежених жінок у генезі безпліддя основне місце займає гормональна дисфункція, а також запальні захворювання сечостатевої системи (дифузний зоб із субклінічним гіпотиреозом, яєчникова недостатність із порушенням менструальної функції, синдром полікістозних яєчників, гіперандрогенія, недостатність лютеїнової фази, порушення фолікулогенезу, TORCH-інфекції). Серед обстежених чоловіків у генезі безпліддя основне місце займає гормональна дисфункція (андрогенний дефіцит, пов'язаний з надмірною масою тіла, порушення сперматогенезу, гіпергонадотропний і гіпогонадотропний гіпогонадізм).

Summary. The structure of the causes of infertility has been studied in 100 couples (200 people) with infertility in Tashkent and Tashkent region (50 families in each). It is found that among surveyed women in the genesis of infertility principal place takes hormonal dysfunction, as well as inflammatory diseases of the genitourinary system (diffuse goiter with subclinical hypothyroidism, ovarian failure with menstrual disorders, polycystic ovary syndrome, hyperandrogenism, luteal phase deficiency, impaired folliculogenesis, TORCH infections). Among surveyed men in the genesis of infertility principal place takes hormonal dysfunction (androgen deficiency associated with excess body weight, impaired spermatogenesis, hypergonadotrophic and hypogonadotropic hypogonadism).

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, безплідність, гіпогонадізм чоловічий і жіночий.

Key words: reproductive health, infertility, male and female hypogonadism.