

Аналіз надання медичної допомоги чоловікам із безпліддям у шлюбі

Л.В. Суслікова, М.В. Поворознюк

Український державний інститут репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Представлено аналіз надання медичної допомоги чоловікам із безпліддям у шлюбі. Запропоновано заходи, спрямовані на покращання його якості.

Ключові слова: безпліддя у шлюбі, чоловіча інфертильність, надання медичної допомоги чоловікам.

Безпліддя у шлюбі – одна з надзвичайно важливих як особистісних, так і медико-соціальних проблем сьогодення [2, 4, 12, 14].

Неможливість народження дитини в сім'ї – один з найдраматичніших моментів для подружжя, причина болісних душевних переживань і важких випробувань для подружнього союзу. Дуже часто безпліддя спричинює психічний і соціальний дискомфорт, призводить до розвитку комплексу неповноцінності та психосексуальних розладів, порушує соціальну адаптацію, знижує професійну активність і підвищує кількість розлучень [1, 2, 7].

На думку експертів ВООЗ, рівень безпліддя в країні, що досягає 15%, є критичною величиною і набуває державного значення, оскільки призводить до погіршення демографічних показників у регіоні.

Сучасні фахівці стверджують, що в розвитку безпліддя порушення фертильності у чоловіків і жінок відіграють приблизно однакову роль, тобто майже у половині випадків безпліддя його причина буває зумовлена чоловічим фактором [2, 9, 16–18]. Чоловічий складовий цього патологічного процесу в останні роки в багатьох країнах приділяють пильну увагу [8–10, 13–15, 18].

В Україні сьогодні близько 20% подружніх пар, які прагнуть і не можуть мати дитину [5].

Згідно з даними державних статистичних звітів, поширеність чоловічої складової у безплідному шлюбі в Україні в 4–5 разів менша за жіночу [2, 3, 11], що свідчить про низький рівень діагностики і неповноту реєстрації чоловічого безпліддя в країні [2].

Мета дослідження: проаналізувати стан надання медичної допомоги чоловікам з безпліддям у шлюбі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 525 чоловіків з безпліддям у шлюбі, які звернулися за медичною допомогою до Українського державного інституту репродуктології (УДІР) в 2010–2012 рр.

У 302 пар причина безпліддя раніше не була встановлена (група 1). У 223 пар (група 2) причиною безпліддя була трубно-перитонеальна патологія у жінок – двобічна непрохідність або відсутність обох маткових труб. Ці пари претендували на включення їх до Державної програми з лікування безпліддя шляхом використання допоміжних репродуктивних технологій (екстракорпоральне запліднення – ЕКЗ–IVF), для участі в якій чоловіки мали бути репродуктивно здоровими.

Вік чоловіків групи 1 становив від 23 до 61 року, групи 2 – від 21 до 56 років; середній вік відповідно – 33,1±0,33 року і 34,1±0,39 року. Більшість чоловіків як групи 1 (75,5%),

так і групи 2 (70,4%), мали перший шлюб. Тривалість безпліддя в теперішньому шлюбі в групі 1 сягала 19 років, в групі 2 – 17 років, причому у дуже великої кількості пацієнтів (у 43,0% в групі 1 та у 64,1% – в групі 2) безпліддя у шлюбі спостерігалось 4 роки і більше. Як відомо, за такої тривалості безпліддя вірогідність настання вагітності без медичної допомоги є дуже низькою [18].

В обох групах у зв'язку з неможливістю жінки завагітніти пари (або жінка чи чоловік) починали звертатися за медичною допомогою через декілька місяців – 10 років; в середньому – через 3,2±0,34 року. У переважній більшості випадків (81,0%) ініціаторами звернення були жінки, в 13,0% випадків – обидва партнери і лише в 6,0% – чоловіки. Як правило, надання медичної допомоги парі з безпліддям починалося з обстеження жінки акушерами-гінекологами самих різних медичних закладів.

Більшість пар з групи 1 (77,8%) у зв'язку з безпліддям у шлюбі було скеровано до УДІР після обстеження, а в низці випадків і після лікування одного або обох з подружніх пар в інших медичних закладах. 22,2% пар за медичною допомогою з приводу безпліддя вперше звернулися відразу до УДІР. Обидва з подружніх пар із безпліддям у шлюбі, які претендували на участь в Державній програмі зі штучного запліднення (група 2), мали бути обстеженими відповідно до певних вимог ще до звернення в УДІР.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведений аналіз засвідчив, що серед пар у групі 1, які до звернення в УДІР спостерігалися з приводу безпліддя у шлюбі в інших медичних закладах, 47,7% чоловіків не були обстежені зовсім.

Так, при зверненні до акушера-гінеколога з приводу безпліддя жінки і наявності у неї будь-якої патології, навіть такої, що мало ймовірно могла бути причиною безпліддя, пацієнтку починали лікувати. При цьому чоловіка не обстежували, не враховуючи можливість порушень фертильності у обох партнерів, а також на те, що підвищення репродуктивного потенціалу у чоловіка могло б призвести до запліднення і в разі незначних порушень у жінки.

Часто чоловіка також не обстежували, якщо у жінки спостерігалися одна, дві і, навіть, три позаматкові вагітності, вважаючи, якщо жінка вагітніє, то чоловік здатний до батьківства і не причетний до порушень її репродуктивної функції. Однак при проведенні дослідження еякуляту і виявленні ознак запалення стало б зрозумілим, що у чоловіка є інфекційно-запальне захворювання, і передача інфекції партнерці підтримує запальний процес у неї, запобігаючи настанню фізіологічної вагітності.

Коли у жінки мали місце позаматкові вагітності або рецидиви запального процесу придатків матки і вагітності не наставали, а у чоловіка при цьому показники спермограми були нормальними, можливість наявності у нього безсимп-

томної інфекції підозрювалась також дуже рідко і відповідно більш поглиблене обстеження – бактеріологічне дослідження еякуляту, пошук TORCH-інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо, не проводили.

Як свідчать результати дослідження, проведені нами раніше [6], інфекційно-запальна патологія сечостатевої системи є найбільш поширеною причиною порушень фертильності у чоловіків із безпліддям у шлюбі. Її частка серед інших причин порушень чоловічої репродуктивної функції в осіб групи 1 складає 34,7%, а в осіб групи 2 – 51,3%. До того ж, у 7,6% пацієнтів з групи 1 і у 7,9% обстежених з групи 2 причиною зниження репродуктивного потенціалу є поєднання інфекційно-запальних захворювань з незапальними.

Проведення бактеріологічного дослідження еякуляту у чоловіків групи 2 (це дослідження є обов'язковим для тих, хто претендує до включення до Державної програми зі штучного запліднення) дозволило встановити, що за відсутності будь-яких проявів інфекційно-запальних уражень сечостатевої органів бактеріоспермія виявляється у 16,1% осіб з патоспермією, зумовленою незапальними захворюваннями або нездоровим способом життя, а також у 15,0% чоловіків з нормальними показниками спермограми [6].

Траплялися випадки, коли під час обстеження і лікування від безпліддя жінок, акушери-гінекологи рекомендували проведення аналізу сперми у чоловіків, але ті відмовлялися від такого дослідження. Мотивацією були твердження про те, що раніше у жінок від них були вагітності та й діти; інколи чоловіки просто беззаперечно заявляли, що вони абсолютно здорові. Така неготовність чоловіків до обстеження нерідко була зумовлена сталою думкою про те, що відсутність вагітності у дружини – проблема жіноча. Як наслідок, жінка вважала себе винною в тому, що в сім'ї немає дітей, і від цього страждала ще більше.

Не виключено, що відмова від дослідження сперми чоловіками могла бути пов'язана і з особливостями їхньої психіки: дуже болісним реагуванням не тільки на визначення, а навіть підозру на порушення однієї з сексуальних чоловічих функцій – спроможності запліднювати жінку.

На окремий аналіз заслуговує проведення дослідження еякуляту у чоловіків з безпліддям у шлюбі, бо як свідчать наші спостереження, кожна шоста спермограма у пацієнтів групи 1 (16,7% випадків) отримується з порушеннями проведення дослідження.

Нами було з'ясовано, що акушери-гінекологи, рекомендуючи проведення аналізу сперми, або зовсім не пояснюють як необхідно до нього готуватися, або недостатньо чітко пояснюють. Наслідком цього є те, що необхідний період утримання від сім'явиверження перед здачею сперми буває або дуже коротким (менш трьох днів), чи, навпаки, – дуже тривалим (більш тижня).

Часто чоловіки, навіть в дні утримання від сім'явиверження, зловживають алкоголем. Нерідко еякулят здають на тлі гострого захворювання (здебільшого – застуди, вірусної інфекції) або відразу після зниження підвищеної температури тіла, загострення хронічної патології, після фізичного або психоемоційного перенавантаження, стресу, перевтоми; невдовзі після закінчення вживання антибіотиків або на тлі отримання спермотоксичних препаратів, після контакту зі шкідливими речовинами (лаками, фарбами, бензином) тощо. Бувають випадки, коли збираючи сперму поза межами лабораторії, використовують при цьому презервативи (останні можуть бути обробленими спермоцидами); транспортують її тривало (більше години), з порушенням температурного режиму. Усе наведене може викривляти параметри еякуляту і не давати можливості правильно оцінити репродуктивний потенціал чоловіка.

Оцінка акушерами-гінекологами або іншими лікарями стану чоловічої фертильності за даними спермограми також

нерідко буває неправильною. Так, часто лабораторії продовжують використовувати старі бланки спермограм, в яких наведені нормативи позаминулих часів. Орієнтуючись на них, нормальні показники розцінюють як знижені. З іншого боку, за нормальних кількісних та якісних параметрів сперматозоїдів, спермограму вважають нормальною, незважаючи на ознаки запалення еякуляту – наявність підвищеної кількості лейкоцитів, слизу, збільшення в'язкості еякуляту, аглютинації сперматозоїдів, зміни рН сперми, присутності еритроцитів.

Нерідко остаточний висновок про порушення репродуктивної здатності чоловіка роблять лише на підставі одноразового дослідження еякуляту або кількох спермограм, що були отримані з дуже короткими (менше двох тижнів) інтервалами між дослідженнями.

Спостерігається й очевидна низька якість безпосереднього виконання досліджень сперми. Зокрема, у спермограмах бувають відсутні деякі обов'язкові параметри еякуляту (наприклад, кількість живих і мертвих сперматозоїдів), відсоток мертвих сперматозоїдів перевищує кількість нерухливих.

Яскравим прикладом низької якості досліджень еякуляту та/або неправильної їхньої оцінки є той факт, що серед чоловіків з пар, яких було спрямовано для проведення екстракорпорального запліднення методом простого IVF (група 2), при виконанні контрольного дослідження сперми в УДІР у 34,1% осіб було виявлено патоспермію. За умовами ж участі у Державній програмі зі штучного запліднення чоловіки мали бути репродуктивно здоровими.

Аналізуючи надання медичної допомоги чоловікам із безпліддям у шлюбі, ми зіткнулися з тим, що погано проводиться профілактичний контроль за станом органів репродуктивної системи у хлопчиків, юнаків, чоловіків.

Так, спостерігаються непоодинокі випадки того, що кваліфікований професійний огляд чоловічих статевих органів відбувається вперше лише на призовних комісіях.

Більшість чоловіків із безпліддям у шлюбі, в тому числі і з тих, у кого було виявлено патоспермію, до звернення в УДІР взагалі не обстежувалися лікарем-урологом або лікарем-андрологом. Опосередкованим підтвердженням цього стало те, що таку найбільш поширену патологію статевих органів у цієї категорії пацієнтів, як варикоцеле і хронічний простатит, більш ніж у половини осіб уперше було встановлено нами.

Привертає увагу той факт, що вкрай рідко проводиться медичне консультування з приводу безпліддя у шлюбі саме пари, тобто відразу чоловіка і жінки.

Виходячи з того, що дітонародження – функція парна, доцільними є медичні заходи з усунення безпліддя у шлюбі без штучного протиставлення чоловічого і жіночого фактора. Діагностичні стратегії та оцінювання прогнозу ефективності лікування повинні бути спрямовані саме на конкретну подружню пару. При цьому необхідно враховувати не тільки стан здоров'я кожного з партнерів, а й комплекс психоемоційних міжособистісних відносин, що склалися в сім'ї, а також рівень усвідомлення майбутніми батьками необхідності поєднання зусиль для подолання проблеми безпліддя. Сумісне консультування чоловіка і жінки, які неспроможні зачати дитину, допомагає виробити план дій, зрозумілий для кожного з подружньої пари, і об'єднати родину. Усвідомлення власної відповідальності щодо виконання призначень лікаря значно підвищує їхню ефективність, а необхідність взаємної підтримки і турботи один про одного сприяє зростанню довіри і гармонійності стосунків у сім'ї.

Саме тому консультування подружньої пари при початковому зверненні з приводу безпліддя у сім'ї слід вважати дуже важливим. Його необхідно ввести в алгоритм надання медичної допомоги при безплідді у шлюбі.

Таким чином, проведений аналіз свідчить про низьку якість надання медичної допомоги чоловікам з безпліддям у шлюбі, що призводить і до недостатньої ефективності лікування безплідних пар.

Ураховуючи поширеність безпліддя в Україні і його негативні соціальні і демографічні наслідки, в країні має бути створено чітку систему надання медичної допомоги парам із безпліддям у шлюбі.

Зокрема, вважаємо, що первинною ланкою такої системи повинні бути медичні консультативно-лікувальні заклади з питань безпліддя. У них мають працювати як акушери-гінекологи, так і андрологи-сексопатологи, які добре обізнані з питань безпліддя у шлюбі. Скординована дія цих фахівців дасть змогу визначити необхідний об'єм

досліджень у кожного з подружньої пари, прогноз та найбільш ефективні методи лікування пари; забезпечить психоемоційну підтримку сім'ї. Мережа таких закладів має бути створеною в обласних центрах України при великих акушерсько-гінекологічних закладах, ураховуючи розвиненість акушерської служби в країні, а також те, що до активного пошуку медичної допомоги при безплідді у сім'ї, передусім, вдаються саме жінки.

У складних для діагностики та/або терапії випадках порушень чоловічої фертильності, для проведення хірургічного лікування пацієнтів слід скеровувати до закладів вищого рівня, зокрема до Українського інституту сексології і андрології. За необхідності допомогу з використанням допоміжних репродуктивних технологій парі зможуть надати в УДІР.

Анализ оказания медицинской помощи мужчинам с бесплодием в браке
Л.В. Сусликова, М.В. Поворознюк

Представлен анализ оказания медицинской помощи мужчинам с бесплодием в браке. Предложены мероприятия, направленные на улучшение его качества.

Ключевые слова: бесплодие в браке, мужская infertility, оказание медицинской помощи мужчинам.

Analysis of medical care for men with infertility marriage
L.V. Suslikova, M.V. Povoroznyuk

An analysis of medical care for men with infertility marriage is presented in this article. Activities for improvement of its qualities are proposed.

Key words: infertility marriage, male infertility, medical care for men.

Сведения об авторах

Сусликова Лидия Викторовна – Украинский государственный институт репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, ул. Героев Сталинграда, 16

Поворознюк Михаил Владимирович – Украинский государственный институт репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, ул. Героев Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-91-55

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ворник Б.М. Психологические аспекты бесплодного брака / Б.М. Ворник // Здоровье мужчины. – 2012. – № 4. – С. 146–149.
2. Горпинченко И.И. Бесплодный брак в Украине. Новые реальности / И.И. Горпинченко, О.Д. Никитин // Здоровье мужчины. – 2010. – № 3. – С. 184–190.
3. Горпинченко И.И. Мужчина в XXI веке. Сексологические и андрологические аспекты / И.И. Горпинченко // Здоровье мужчины. – 2012. – № 4. – С. 15–18.
4. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя. Навчальний посібник / за ред. проф. Ф.В. Дахна, чл.-кор. НАМН України проф. В.В. Камінського та проф. О.М. Юзька. – Київ, 2011. – 338 с.
5. Копков В.С. Допоміжні репродуктивні технології у вирішенні демографічних проблем. Правові аспекти / В.С. Копков, І.І. Цанько // Мед. аспекти здоров'я жінчини. – 2013. – № 4. – С. 55–57.
6. Поворознюк М.В. Частота пору-

шень фертильності у чоловіків з непліддям у шлюбі і роль інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи в їх виникненні / М.В. Поворознюк // Здоровье мужчины. – 2014. – № 1 (48). – С. 122–127.
7. Психология расстройств детородной функции / R. Oberpenning, F. Oberpenning, F.A. Muthny // Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы: под ред. акад. РАН и РАМН проф. И.И. Дедова: пер. с англ. – М.: МИА, 2005. – С. 455–481.
8. Состояние, проблемы и перспективы развития российской урологической службы / О.В. Кривонос, Е.И. Скачкова, В.А. Малхасян, Д.Ю. Пушкар // Урология. – 2012. – № 5. – С. 5–12.
9. Сухих Г.Т. Мужское бесплодие / Г.Т. Сухих, В.А. Божedomов. – М.: Эксмо, 2009. – 240 с.
10. Тиктинский О.Л. Андрология / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина, В.В. Михайличенко. – М.: Медицин-

Статья поступила в редакцию 16.07.2014