

ного університету ім. Тараса Шевченка.-2006.-С.36-38.

10. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога / Рогов Е.И.- М., 1999.- Кн.1.

11. Рыжков В.Д. Практическая психология женских кризисов.- Санкт-Петербург.-1998.-С.268.

12. Шкала оценки переживания стресса Perceived Stress Scale (PSS): основные этапы адаптации для женского населения Украины / Татарчук Т.Ф., Тутченко Т.Н., Захаренко Н.Ф., и др // Зб. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ: «Інтермед», 2009.

УДК 619.053,7/84;616.98:616.89-008.

О.Д. Нікітін

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОСПЕРМІЇ ПРИ ІНФЕРТИЛЬНОСТІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОСПЕРМІЇ ПРИ ІНФЕРТИЛЬНОСТІ. Проведено аналіз результатів обстеження 143 подружніх пар з безпліддям. Тяжкими порушеннями сперматогенезу та первинним безпліддям відрізнялась група обстежених з ознаками затримки статевого розвитку, у яких спостерігались виражені порушення сперматогенезу – у 35,9 %, ідіопатичну патоспермію було діагностовано у 79,5 % випадків. Для пацієнтів 2 групи характерними були порушення репродуктивної системи та сперматогенезу, які є наслідком набутої генітальної патології. Наголошено на необхідності проведення диспансерного огляду юнаків з метою оцінки особливостей формування статевої сфери в пубертатному періоді й своєчасного виявлення вад розвитку і набутих захворювань.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОСПЕРМИИ ПРИ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ. Проведен анализ результатов обследования 143 супружеских пар с бесплодием. Значительными нарушениями сперматогенеза и первичным бесплодием характеризовалась группа обследованных с признаками задержки полового развития, у которых имелись выраженные нарушения сперматогенеза (35,9 %), идиопатическая патоспермия была диагностирована в 79,5 % случаев. Для пациентов 2 группы были характерны нарушения репродуктивной системы и сперматогенеза, которые явились следствием приобретенной генитальной патологии. Актуальна необходимость проведения диспансерного наблюдения подростков для оценки особенностей формирования половой сферы в пубертатном периоде и своевременного выявления аномалий развития.

FEATURES OF PATHOSPERMIA AT INFERTILITY. Analysis of results of investigations of 143 infertile couples were studied. Patients with sexual developments delays (35,9 %) were characterised by significant disorders of spermatogenesis and primary infertility. Idiopathic pathospermia was diagnosed in 79,5 % cases. Patients from the 2 group were characterised by disorders of spermatogenesis – consequences of andrological pathology. Prophylactic observation of adolescent boys in the pubertal period is necessary and urgent.

Ключові слова: безпліддя, андрологічні захворювання, чоловіча інфертильність, патоспермія.

Ключевые слова: бесплодие, андрологические заболевания, инфертильность, патоспермия.

Key words: infertility, andrological diseases male infertility, pathospermia.

В Україні за станом на 2008 р. нараховувалося близько 1 млн подружніх безплідних пар, неплідними є близько 20 % шлюбів, у 40 % випадків причиною є чоловіча інфертильність [3, 5].

Проблема чоловічої неплідності останніми роками набуває все більшої актуальності. В 5-12 % випадків неплідність зумовлена впливом декількох чинників (2-5), значно менша частина – впливом одного чинника [4, 9].

В результаті постійно зростаючої дії на організм екзогенних чинників фізичної, хімічної та біологічної природи, а також негативного впливу стресових на-

вантажень була зумовлена поява у чоловіків патоспермії, і, як наслідок, чисельність безплідних шлюбів з їх вини, за даними різних дослідників, коливається в межах 24-61 % [7].

За даними вітчизняних авторів [2, 4], первинна та вторинна неплідність становлять 47 % та 53 % відповідно. Вторинна чоловіча інфертильність в 72-84 % випадків зумовлена запальними захворюваннями статевих органів.

З метою з'ясування етіологічних факторів безплідного шлюбу, а особливо його андрологічних аспектів, проаналізовано результати обстеження 143

шлюбних пар, що звернулись в кабінет планування сім'ї ДУ "Інститут ПАГ" за період 2009-2010 рік. з приводу безпліддя.

При обстеженні чоловіків, які знаходились в безплідному шлюбі, з'ясували: аналіз перебігу пубертатного періоду, перенесені захворювання, наявність супутньої патології, характер сексуальної функції, наявність професійних і побутових інтоксикацій [5].

Об'єктивне обстеження чоловіків включало:

- оцінку загального стану;
- андрологічний статус з діагностикою наявності та ступеня варикоцеле;
- дворазовий аналіз сперми за рекомендаціями ВООЗ;
- оцінку стану передміхурової залози та аналіз соку передміхурової залози;
- ультразвукове дослідження передміхурової залози;
- виявлення інфекцій, які передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ) [11].

Проведене обстеження та виявлені особливості репродуктивної системи визначили доцільність виділення 3 груп чоловіків:

- до 1 групи увійшли 39 пацієнтів з первинним характером порушень репродуктивної функції при затримці статевого розвитку (ЗСР);

- до 2 групи увійшли 53 інфертильних чоловіки з переважно вторинним порушенням репродуктивної функції в результаті перенесених запальних захворювань геніталій, а також варикоцеле. 3 групу склали 51 чоловік, які не мають вираженої патології репродуктивної системи. Безпліддя в шлюбі у них було зумовлене жіночим фактором.

В подальшому ми зупинимось на андрологічних аспектах обстеження вищезазначених подружніх пар.

Кінцевою ланкою виявлення або наслідком впливу причинних факторів, які викликають порушення на різних рівнях регуляції репродуктивної функції чоловіків, є показники стану сперматогенезу та запліднюючої можливості сперми. Дані дослідження еякуляту відображають стан репродуктивного здоров'я чоловіка, особливості сперматогенезу та визначають необхідність обстеження систем і органів для уточнення причини існуючих порушень [1, 8].

В таблиці 1 представлені дані, які характеризують стан сперматогенезу чоловіків 1, 2 та 3 груп.

Таблиця 1. Порівняльні дані спермограм у обстежених груп пацієнтів (n=143)

т ові а інспри жграи . 1	1 група (n=62) 1		5 група (n=66) 1		6 група (n=6) 1	
	аЗнФ	з 1	аЗнФ	з 1	аЗнФ	з 1
л жри жнпсри чь 1	д1	дКд1	д1	дКд1	С 1	дд1
ТнГвжяжнпсри чь 1	С1	5К71	бд1	С-К-1	д1	дКд1
т 0чжяжнпсри чь 14, ПФ	±1	±К21	б1	59КС1	д1	дКд1
т 0чжяжнпсри чь 1**1нПФ	-1	СК91	91	±КС1	д1	дКд1
т 0чжяжнпсри чь 1***1нПФ	С1	5К71	51	6К71	д1	дКд1
8сраГжяжнпсри чь 1	±1	±К21	51	6К71	д1	дКд1
Тяжнпсри чь 1	21	56К 1	51	6К71	д1	дКд1

У пацієнтів 1 групи з ЗСР спостерігались виражені порушення сперматогенезу, з перевагою тяжких форм (олігозооспермії та азооспермії) – 35,9 %. У хворих 2 групи в 81,1% випадків діагностовано менш тяжкі порушення у вигляді астенозооспермії та олігозооспермії I ступеня. У осіб 1 групи ідіопатичну патоспермію та таку, що зумовлена патологією яєчок, діагностовано в 79,5 % випадків. Згідно з анамнестичними даними, 100 % цих чоловіків раніше, до виникнення проблеми безпліддя в шлюбі, не отримували терапії для корекції порушень в репродуктивній системі. В 2 групі основними причинами безпліддя у 47 (88,7 %) пацієнтів виявились надбані протягом життя загальна та генітальна патології. Частіше відмічались ЗПСШ і запальні процеси геніталій, рідше – варикоцеле та оперативні втручання на органах статевої системи. Сперматогенез був порушеним за типом астенозооспермії та легкого ступеня олігозооспермії.

Обстежені чоловіки, які знаходились в безплідному шлюбі, були у віці 21-47 років. Середній вік чо-

ловіків з первинним та вторинним безпліддям становив (29,3±3,9) і (30,1±4,12) років відповідно, первинне безпліддя було виявлене у 74,8 % хворих, вторинне – лише у 25,2 %.

До 1 групи увійшли 39 пацієнтів віком 22-39 років, середній вік – (27,3±0,87) років. Анамнестично 10 (25,6 %) чоловіків даної групи вказували на відставання в зрості у підлітковому віці, пізніше виявлення вторинних статевих ознак.

При об'єктивному обстеженні у 3 (7,7 %) пацієнтів даної групи були виявлені відхилення в статурі, у 2 (5,1%) – відкладення підшкірно-жирового шару за жіночим типом. Патологія яєчок у вигляді одно- чи двобічної гіпоплазії та гіпотрофії спостерігалась майже у 36 % пацієнтів. Характерно, що подібні порушення у 84,6 % в репродуктивному віці виявились первинним безпліддям. На основі перелічених симптомів цих хворих можна віднести до групи чоловіків з первинним характером порушень репродуктивної функції при затримці статевого розвитку (ЗСР).

До 2 групи увійшли 53 інфертильних чоловіка віком 23-45 років, середній вік – (32,1±0,85) років. При зборі анамнезу майже 90 % пацієнтів вказали на появу вторинних статевих ознак у віці 12-13 років. Полюції у 75,5 % осіб з'явилися у віці 14-15 років. Андронологічний анамнез ускладнювався у 13 (24,5 %) обстежених запальним процесом геніталій, у третини (32,0 %) були виявлені ЗПСШ. Подібні анамнестичні особливості можуть пояснити значну частоту порушень репродуктивної функції. За даними клінічних спостережень, УЗД передміхурової залози і органів мошонки, лабораторних досліджень діагностовано: хронічні запальні захворювання геніталій – у 35 (66,0 %); варикоцеле – у 17 (32,1%) осіб. Характерно, що порушення репродуктивної функції у

27 пацієнтів (50,9 %) виявлялось вторинним безпліддям.

3 групу склали 51 чоловік, які не мають вираженої патології репродуктивної системи. Безпліддя в їх шлюбі було зумовлене жіночим фактором. Вік пацієнтів коливається в межах 22-41 року, в середньому (29,28±0,70) років.

Велике значення в розвитку інфертильності надається наступним андронологічним захворюванням: крипторхізм, варикоцеле, гідроцеле, гіпоплазія та гіпотрофія яєчок. З наявністю цих захворювань пов'язують початок патологічної дії на репродуктивну систему, що розпочинається з дитячого та підліткового віку [3]. Особливої уваги заслуговують перенесені операції на яєчках та наявність крипторхізму (табл. 2).

Таблиця 2. Наявність крипторхізму та перенесених операцій на яєчках в обстежених пацієнтів

Стопакві вгні	Група 1 (n=62)		Група 2 (n=52)		Група 3 (n=21)	
	аиж 1	З 1	аиж 1	З 1	аиж 1	З 1
Фртпкврзлч 1	ь 1	дк 5Т1	д 1	дкд 1	д 1	дкд 1
Пазвяя 1Гті а 1	=1	-К-Т1) 1	=ЮТ1	1	ЮБ 1
Сво4, 7а 14±97а 1	=1	-К-Т1	1	ЮБ 1	1	ЮБ 1

Примітка. * – p<0,05 (наявність вірогідних відмінностей від контрольної групи).

Таблиця відображає переважання крипторхізму та операцій на яєчках у хворих 1 групи з ознаками ЗСР, що може розглядатись як один з етіологічних факторів інфертильності.

У пацієнтів 3 групи, за даними пальпації та УЗД, порушень в розмірах і структурі яєчок не виявлено; в 2 групі подібна патологія спостерігалась лише у 5,7 % хворих. У 1 групі в 46,1 % осіб було діагностовано зменшення розмірів одного чи обох яєчок, у 25,68 % при пальпації виявлена зміна консистенції у вигляді тістуватості. Існуюча патологія гонад у пацієнтів 1 групи може розглядатись в якості причини порушень сперматогенезу і первинного безпліддя [1, 10].

У чоловіків 2 групи була виявлена андронологічна патологія, в якій переважали запальні процеси статевих органів і варикоцеле, у пацієнтів 1 групи з ЗСР спостерігались патологія яєчок та ідіопатична патоспермія. Гіпоплазія яєчок, яка розвинулась до періоду репродукції, частіше виявлялась у пацієнтів з ЗСР. Гіпотрофія яєчок (частіше вторинного характеру) однаково часто зустрічалась у хворих усіх груп.

Наявність ідіопатичної патоспермії, яка частіше виявлялась у пацієнтів 1 групи, пов'язана з порушеннями пубертатного періоду.

Таким чином, аналізуючі результати обстеження інфертильних чоловіків, варто відмітити, що найсерйознішими змінами загального та генітального ста-

тусів, тяжкими порушеннями сперматогенезу та первинним безпліддям відрізнялась 1 група обстежених з ознаками затримки статевого розвитку. Для пацієнтів 2 групи характерними були порушення репродуктивної системи та сперматогенезу, які є наслідком набуті генітальної патології.

При більш детальному обстеженні виявилось, що у пацієнтів 1 групи з ЗСР спостерігались виражені порушення сперматогенезу, з перевагою тяжких форм (олігозооспермії та азооспермії) – 35,9 %. У хворих 2 групи в 81,1% випадків діагностовано менш тяжкі порушення у вигляді астенозооспермії та олігозооспермії I ступеня. У осіб 1 групи ідіопатичну патоспермію та таку, що зумовлена патологією яєчок, діагностовано в 79,5 % випадків. У 2 групі основними причинами безпліддя у 47 (88,7 %) пацієнтів виявились надбані протягом життя загальна та генітальна патології.

Вищенаведені дані привертають увагу андрологів до проведення диспансерного огляду юнаків з метою оцінки особливостей формування статевої сфери в пубертатному періоді і своєчасного виявлення вад розвитку і набутих захворювань.

Слід особливо зазначити, що діагностика безпліддя вимагає ретельного обстеження подружньої пари для визначення істинної причини цієї проблеми і ефективного її вирішення, що можливе лише за умов об'єднання зусиль всіх зацікавлених спеціалістів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бесплодный брак: руководство для врачей/ под ред. В.И.Кулакова – М.: Гэотар-медиа, 2005. – 611с.
2. Бойко М.І. Екскреторно-токсична форма непліддя у чоловіків: роль глутатіонової антиоксидантної системи в біологічній повноцінності сперматозоїдів / Бойко М.І., Воробець Д.З. // Клінічна та експериментальна патологія. – 2005. – Т.4, № 3. – С.110-114.
3. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Нуриманов К.Р. Анализ гендерных проблем при супружеском бесплодии // Здоровье мужчины. – 2004. - № 1(8). – С.14-17.
4. Іванюта Л.І. Неплідність у шлюбі. Здобутки та перспективи / Л.І.Іванюта, С.О.Іванюта. – К.: Задруга, 2005. – 339 с.
5. Кудлай О.М. Реабілітація репродуктивної функції жінок з безпліддям різного генезу. Автореф. дис. канд. мед. наук. Київ, 2009. 16с.
6. Луценко А.Г. Мужское бесплодие: современные принципы диагностики и консервативной терапии // Междунар. мед. журнал. – 2005. – Т.11, № 4. – С.65-67.
7. Михалевич С. И. Мужское бесплодие / С. И. Михалевич, К. И. Малевич, Н. Л. Андреева // Здоровоохранение. Минск. – 2004. - № 8. – С. 29 - 30.
8. Chakravarty B. N. Unexplained infertility / B. N. Chakravarty, S. G. Dastidar // J. Indian. Med. Assoc. – 2001. – Vol. 99, № 8. – P. 414–415.
9. March M. R. New frontiers in the treatment of male sterility / M. R. March, A. Isidori // Contraception. – 2002. – Vol. 65, № 4. – P. 279–281.
10. Schlosser J. Male infertility: management strategies / J. Schlosser, I. Nakib, F. Carrй-Pigeon, F. Staerman // Ann. Urol (Paris). – 2007. – Vol. 41, № 1. – P. 6 – 11.
11. WHO. Manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple. – WHO, 3th ed. Cambridge universiti press, 2000. – 103 p.

УДК 614.2:618:614.254

Т.П. Васильева, Т.А. Истратова, Е.В. Филькина, А.С. Чумаков, И.Г. Халецкий, Е.М. Черкашина, В.В. Сазанов

ЛИЧНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ФГУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова" Минздравсоцразвития России

ОСОБИСТИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЛІКАРЯ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА ЯК ФАКТОР ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. Проведене дослідження присвячене вивченню особистого потенціалу лікарів акушерів-гінекологів як людського ресурсу якості медичних послуг. Використана авторська методика інтегральної оцінки особистого потенціалу медичних працівників за 7 компонентами (психологічний, соціальний, медико-біологічний, інноваційний, поведінковий, трудовий) та їх параметрами, що дозволило визначити кількісну оцінку потенціалу в цілому, його компонентів та відхилення отриманих оцінок від еталону. Базою дослідження стали установи служби допомоги породіллі Івановської, Ярославської, Московської, Володимирської областей. Виявлено зниження інтегральної оцінки особистого потенціалу лікарів акушерів-гінекологів, особливо за такими компонентами як психологічний, інноваційний, поведінковий. Встановлено достовірний вплив вихідного рівня особистого потенціалу лікаря акушера-гінеколога на результативність його діяльності (за величиною коефіцієнта досягнення результату, розрахованого за розробленою моделлю кінцевих результатів діяльності фахівця даного профілю). Отримані дані склали основу розроблених пропозицій з управління якістю акушерсько-гінекологічної допомоги.

ЛИЧНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. Проведенное исследование посвящено изучению личного потенциала врачей акушеров-гинекологов как человеческого ресурса качества медицинских услуг. Использована авторская методика интегральной оценки личного потенциала медицинских работников по 7 компонентам (психологический, социальный, медико-биологический, инновационный, поведенческий, трудовой) и их параметрам, что позволило определить количественную оценку потенциала в целом, его компонентов и отклонения полученных оценок от эталона. Базой исследования стали учреждения службы родовспоможения Ивановской, Ярославской, Московской, Владимирской областей. Выявлено снижение интегральной оценки личного потенциала врачей акушеров-гинекологов, особенно по таким компонентам как психологический, инновационный, поведенческий. Установлено достоверное влияние исходного уровня личного потенциала врача акушера-гинеколога на результативность его деятельности (по величине коэффициента достижения