

## КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Мустафина Г.Т.<sup>1</sup>, Шарафутдинова Н.Х.<sup>1</sup>, Халикова Л.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3, Nazira-h@rambler.ru

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканский перинатальный центр», 450076, г. Уфа, ул. Чернышевского, 41.

---

В статье дана характеристика женщин с бесплодием, получивших стационарное лечение в Республиканском перинатальном центре. Средний возраст женщин равен  $32,4 \pm 0,3$  года. Высшее образование имеют 60,3 % женщин, 58,0 % – служащие, 38,3 % – это сельские жители. Из 100 обследованных 52,4 имели беременность, количество беременностей составило 390 на 450 женщин. Из числа женщин, имевших беременность, у 38,1 % были роды, среди них у 40,5 % были только роды, у 48,6 % – роды и медицинский аборт, у 10,9 % – роды и несостоявшийся выкидыш. Прерывание беременности было у 38,5 % женщин, имевших беременность, среди них 83,8 % женщин прерывали беременность по желанию, у 16,2 % был самопроизвольный выкидыш, у 10,3 % отмечался несостоявшийся выкидыш. Причиной бесплодия в 40,1 % случаев был трубный фактор, в 24,4 % – маточный фактор, в 14,0 % – бесплодие, связанное с отсутствием овуляции, в 16,5 % – мужской фактор.

---

Ключевые слова: женщины, бесплодие, возраст, социальное положение, образование, акушерский анамнез, диагноз.

## CLINICAL AND STATISTICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH INFERTILITY

Mustafina G.T.<sup>1</sup>, Sharafutdinova N.H.<sup>1</sup>, Khalikov L.R.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GBOU Bashkir State Medical University of Ministry of Health of Russia, Ufa, 450000, Ufa, ul. Lenina 3, Nazira-h@rambler.ru

<sup>2</sup>State fiscal health institution "Republican Perinatal Center", 450076, Ufa, ul. Chernyshevsky 41.

---

This article describes features of infertile women treated in the Republic Perinatal centre. The average age of women was equal to  $32,4 \pm 0,3$  years old. Among the participants 60,3 % have higher education, 58,0 % – work as public servant and 38,3 % – rural people. Amid infertile women quantity of pregnancy was 390 over 450 women, what is equal to 52,4 pregnancy per 100 participants. The analysis amongst infertile women showed that 38,1% had delivery, among them 40,5 % had only birth, 48,6 % – had birth and medical abortion, and 10,9 % birth and missed abortion in their anamnesis. The participants who had interruption of pregnancy were equal to 38,5 %, 83,8 % of them did at theirs own choice, and 16,2 % of which had spontaneous abortion, whereas other 10,3 % was mentioned missed abortion. The final results of investigation found out that the tube factor was the main reason of infertility for 40,1 % of women, 24,4 % – uterus factor, 14 % – infertility in a reason of ovulation absences, whereas 16,5 % – was due to male dysfunction.

---

Keywords: women, infertility, age, social status, education, obstetric history, diagnosis.

**Актуальность исследования.** В последние годы в Российской Федерации обострился комплекс медико-социальных проблем, основными из которых являются ухудшение показателей общественного, в том числе репродуктивного здоровья, увеличение числа патологических беременностей и родов. В связи с тем, что бесплодие – это не только медицинская проблема, но и экономическая, социальная и решение ее требует разработки и внедрения комплексной программы межведомственного взаимодействия [1, 2], созрела необходимость в разработке и реализации специальной программы по охране репродуктивного здоровья женщин. Одной из важных направлений в профилактике

бесплодия – это широкое информирование девочек-подростков и молодых женщин о причинах бесплодия и факторах риска [5, 6].

Следующим направлением в решении проблемы бесплодия является своевременное и качественное лечение болезней женских половых органов и бесплодия [4]. Эффективность при лечении бесплодия обеспечивается преемственностью в действиях всех специалистов, участвующих в обследовании и лечении женщин с бесплодием: акушеров-гинекологов медицинских организаций амбулаторного звена, специалистов клиник экстракорпорального оплодотворения. Отсутствие единых принципов и подходов к диагностике и терапии бесплодия негативно отражается на результатах лечебных мероприятий [3].

**Цель исследования.** Охарактеризовать женщин с бесплодием с медико-социальных и клинических позиций для обоснования мероприятий по снижению бесплодия женщин.

**Материалы и методы исследования.** Базой исследования явился Республиканский перинатальный центр, так как медицинская помощь женщинам при бесплодии в основном оказывается в Республиканском перинатальном центре (РПЦ). Одной из задач РПЦ является консультативная, диагностическая и лечебная помощь при гинекологических заболеваниях, бесплодном браке, семьям и отдельным лицам с нарушениями репродуктивной функции, медико-генетическое консультирование семей и больных с врожденной и наследственной патологией.

В отделении гинекологии с урологическими койками по проблемам мужского и женского бесплодия развернуто 40 коек, работу в нем обеспечивают 5 врачей (3 врача акушера-гинеколога, 2 уролога-андролога). Отделение оснащено эндовидеохирургическим оборудованием и ориентировано преимущественно на эндоскопические методы хирургического лечения. В отделение гинекологии с урологическими койками направляются пациенты на реконструктивные операции (кисты придатков яичек, пациенты с экскреторным бесплодием для наложения вазоэпидидимоанастомоза); больные бесплодием, воспалительными заболеваниями – на консервативное лечение.

В течение 2009–2014 гг. в РПЦ на стационарном лечении находились 2348 женщин с бесплодием. Для составления клинко-статистической характеристики женщин с бесплодием была разработана карта выкопировки, которая включала 86 признаков. Выкопировка проводилась с медицинской карты стационарного больного. Объем наблюдения составил 450 женщин, госпитализированных в стационар Республиканского перинатального центра в 2012–2014 гг.

**Материалы исследования и их обсуждение.** Провели распределение женщин по возрасту (табл. 2). Среди обследованных женщин в возрасте 20–24 года было 3,3 %, в 25–29

лет – 31,1 %, в 30–34 года – 30,1 %, в 35–39 лет – 27,3 % и в 40–44 года – 8,2 % (2 женщины были в возрасте 45 лет) (табл. 1). Средний возраст женщин равен 32,4±0,3 года.

**Таблица 1**

Распределение женщин по возрасту, %

Возрастные группы, лет	Количество женщин	Удельный вес, %
20-24	14	3,3
25-29	140	31,1
30-34	135	30,1
35-39	123	27,3
40-44	37	8,2
Всего ...	450	100,0

Частой причиной бесплодия являются эндокринные нарушения, в частности наличие ожирения. Мы проанализировали индекс массы тела среди всей совокупности обследованных, в том числе в зависимости от возраста. Среди всех обследованных ИМТ до 25,0 имели 70,5 % женщин, от 25,0 до 30,0 – 19,1 %, от 30 до 35,0 – 7,7 % и более 35,0 – 2,7 % (табл. 2).

**Таблица 2**

Распределение женщин с бесплодием по индексу массы тела, %

Индекс массы тела	Количество женщин	Удельный вес, %
20-24,9	317	70,5
25-29,9	87	19,1
30-34,9	34	7,7
35 и более	12	2,7

Таким образом, большинство женщин по ИМТ укладываются в границы нормы. Однако каждая пятая часть женщин имеет склонность к избыточному весу, каждая 13-я – склонность к ожирению, около 3,0 % имеют ожирение. Анализ ИМТ в зависимости от возраста позволил выявить, что в возрасте 20–24 года, 25–29 лет и 30–34 года ИМТ у обследованных женщин в пределах нормы, в возрастных группах 35–39 лет и 40–44 года женщины имеют склонность к избыточному весу (табл. 3).

**Таблица 3**

Распределение женщин по росту, весу и индексу массы тела

Возрастные группы, лет	Средний рост	Средний вес	ИМТ
20-24	163,2	62,4	25,0
25-29	163,2	61,6	23,1
30-34	162,4	61,4	24,6
35-39	161,6	64,2	25,7
40-44	163,9	70,4	28,2
Итого	162,6	67,0	25,3

По социальному положению 23,9 % отнесли к рабочим специальностям, 58,0 % – к служащим, 17,0 % состоят в бюро занятости, 0,6 % – были студентами. Среди женщин в возрасте 20–24 года одинакова доля рабочих и служащих, в возрасте 25–29 лет – 23,9 % были рабочими, 61,8 % – служащими, 14,5 % – состояли на учете в бюро занятости, в 30–34 года таковых было соответственно 21,2, 57,7 и 19,2 %, имели инвалидность 1,9 %. В возрасте 35–

39 лет 24,5 % оказались рабочими, 55,1 % – служащими, 20,4 % состояли на учете в бюро занятости, а в 40–44 года рабочих было 28,5 %, служащих 57,1, в бюро занятости на учете состояли – 14,3 %. Таким образом, стационарное лечение по поводу бесплодия получали женщины, относящиеся по социальному положению к служащим. Была значительной доля женщин, являющиеся безработными.

Распределение женщин по уровню образования показало, что большая часть женщин получила высшее образование (60,3 %), неоконченное высшее образование имеют 2,2 %, причем это в основном женщины в возрасте 35–39 лет (4,0 %) и 40–44 года (14,3 %). Скорее всего, в свое время не было возможности завершить начатое высшее образование, ввиду необходимости работать или замужеством. Среднее специальное образование имели 24,0 % женщин, это женщины в возрасте 30–34 года (29,6 %), 40–44 года (35,7 %). Среди обследованных женщин 3,9 % были с неполным средним образованием (табл. 4).

**Таблица 4**

Распределение женщин по уровню образования, %

Возрастные группы, лет	Высшее	Неоконченное высшее	Среднее специальное	Среднее общее	Неполное среднее	Итого
20-24	50,0	0,0	16,7	16,7	16,7	100,0
25-29	58,9	1,8	25,0	8,9	5,4	100,0
30-34	59,3	0,0	29,6	9,3	1,9	100,0
35-39	66,0	4,0	14,0	12,0	4,0	100,0
40-44	50,0	14,3	35,7	-	-	100,0
Всего	60,3	2,2	24,0	9,5	3,9	100,0

Перинатальный центр является медицинской организацией республиканского уровня. В связи с этим здесь получают медицинскую помощь со всей республики. Оказалось, что среди госпитализированных в РПЦ женщин, проживающих в сельской местности, оказалось меньше (38,3 %), чем городских женщин (61,7 %). Хотя такое соотношение соответствует структуре населения Республики Башкортостан по месту жительства (40,0 % живут в сельской местности).

Анализ длительности бесплодия по данным анамнеза показал, что в течение 1–2 лет – это у 20,9 % обследованных, в течение 3–4 лет – у 21,4 %, в течение 5–6 лет – у 17,6 %, в течение 7–8 лет – у 11,2 %, в течение 9–10 лет – у 9,6 % обследованных. У остальных обследованных (19,3 %) длительность бесплодия составила более 10 лет.

Соответственно длительность бесплодия зависит от возраста. Чем старше женщина, тем длительность бесплодия выше. Средняя длительность бесплодия для женщин в возрасте 20–24 года составила 3,6 года, для 25–29 лет – 4,2 года, для 30–34 лет – 6,6 года, для 35–39 лет – 8,3 года и для женщин в возрасте 40–44 года – 10,5 года ( $q=$ ,  $p<0,001$ ).

Изучение анамнеза женщин свидетельствует, что в расчете на 100 обследованных женщин 52,4 имели беременность, количество беременностей составило 390 на 450 женщин. Частота встречаемости беременности по возрастным группам представлена в табл. 6. В возрастной группе 20–24 года в расчете на 100 женщин 13,3 женщины этой возрастной группы имели беременность, в 25–29 лет – 47,1, в 30–34 года – 45,2, 35–39 лет – 68,3, в 40–44 года – 59,5. Таким образом, у 47,6 из 100 обследованных женщин бесплодие первичное (табл. 5).

**Таблица 5**

Распределение обследованных женщин по наличию в анамнезе беременности и по возрасту

Возрастные группы, лет	Число женщин	Из них имели беременность	На 100 обследованных женщин имели беременность
20–24	15	2	13,3
25–29	140	66	47,1
30–34	135	61	45,2
35–39	123	84	68,3
40–44	37	22	59,5
Всего ...	450	236	52,4

Последующий анализ выявил, что из числа женщин, имевших беременность, у 38,1 % были роды, среди них у 40,5 % были только роды, у 48,6 % – роды и медицинский аборт, у 10,9 % – роды и несостоявшийся выкидыш. Прерывание беременности было у 38,5 % женщин, имевших беременность, среди них 83,8 % женщин прерывали беременность по желанию, у 16,2 % был самопроизвольный выкидыш. Среди обследованных у 10,3 % отмечался несостоявшийся выкидыш, у 2 женщин прерывание беременности было по медицинским показаниям. Распределение женщин с первичным бесплодием свидетельствует, что в возрасте 20–24 года первичное бесплодие имели 83,3 из 100 обследованных в этой возрастной группе, в возрасте 25–29 лет таковых оказалось 50,9, в 30–34 года – 43,6, в 35–39 лет – 32,0 и в 40–44 года – 40,0 на 100 обследованных в этой возрастной группе (табл. 6).

**Таблица 6**

Частота первичного бесплодия у женщин в зависимости от возраста, на 100 женщин соответствующего возраста

Возрастные группы, лет	На 100 женщин
20-24	83,3
25-29	50,9
30-34	43,6
35-39	32,0
40-44	40,0
Всего ...	47,6

Структура клинического диагноза несколько отличалась от структуры диагноза направившего учреждения. Среди клинических диагнозов также третью часть составило

женское бесплодие трубного происхождения, меньше было поставлено диагнозов женского бесплодия, связанного с отсутствием овуляции (6,1 %), но больше с неуточненным женским бесплодием (7,2 %), женским бесплодием, связанным с мужским фактором (5,6 %) (табл. 7).

**Таблица 7**

Распределение обследованных женщин по диагнозу направившего учреждения и клиническому диагнозу, %

	Заболевания женских половых органов	Диагноз направившего учреждения	Клинический диагноз
Д25	подслизистая лейомиома матки	4,1	2,2
Д27	доброкачественные новообразования яичника	2,4	1,1
N70.1	Хронический сальпингит и оофорит	11,2	1,1
N71.1	Хронические воспалительные заболевания матки	9,4	9,9
N84	Полип тела матки	8,2	2,8
N85	Железистая гиперплазия эндометрия	2,4	2,8
N97	Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции	11,8	6,1
N97.1	Женское бесплодие трубного происхождения	28,8	29,3
N97.4	Женское бесплодие, связанное с мужским фактором	-	5,6
N97.8	Другие формы женского бесплодия	18,8	3,2
N97.9	Неуточненное женское бесплодие	2,9	7,2

Анализ причин бесплодия показал, что в 40,1 % случаев – это трубный фактор, в 24,4 % – маточный фактор, в 14,0 % – бесплодие, связанное с отсутствием овуляции, в 16,5 % – мужской фактор и т.д. (табл. 8).

**Таблица 8**

Причины бесплодия у обследованных женщин, %

Возрастные группы, лет	Трубный фактор	Маточный фактор	Бесплодие, связанное с отсутствием овуляции	Иммунологическое бесплодие	Бесплодие, обусловленное эндометриозом	Мужской фактор бесплодия	Итого
20-24	33,3	0,0	33,3	0,0	0,0	33,3	100,0
25-29	35,2	21,1	19,7	1,4	5,6	16,9	100,0
30-34	44,6	23,0	13,5	1,4	4,1	13,5	100,0
35-39	46,3	26,9	4,5	3,0	0,0	19,4	100,0
40-44	25,0	37,5	20,8	4,2	0,0	12,5	100,0
Всего	40,1	24,4	14,0	2,1	2,9	16,5	100,0

Длительность бесплодия и время не использования контрацептивов совпали у 95,0 % обследованных женщин. У 5,0 % обследованных женщин не указано использование контрацептивных препаратов.

Таким образом, у половины обследованных женщин бесплодие является вторичным. Среди женщин, имевших беременность, у 38,1 % были роды, у 38,5 % – прерывание беременности, у 16,2 % был самопроизвольный выкидыш, у 10,3 % отмечался

несостоявшийся выкидыш. Среди клинических диагнозов третью часть составило женское бесплодие трубного происхождения, 6,1 % – бесплодие, связанное с отсутствием овуляции, 7,2 % неуточненное женское бесплодие, 5,6 % женское бесплодие, связанное с мужским фактором и другие причины.

Для снижения женского бесплодия необходимо проводить широкое информирование подростков и женщин молодого возраста о причинах бесплодия, о последствиях прерывания беременности. Для сохранения репродуктивного здоровья необходимо повышать качество проводимых медицинских осмотров и квалифицированное лечение заболеваний репродуктивной системы. Врачам акушерам-гинекологам необходимо своевременно выявлять наличие бесплодия и направлять женщин для получения специализированного лечения.

### Список литературы

1. Антонов А.В., Айзикович Б.И., Устинов Д.В. Экологический прессинг и проблемы воспроизводства человека в Сибири /18-я международная конференция Российской Ассоциации Репродукции Человека. Репродуктивные технологии сегодня и завтра, Самара 4–6 сентября, 2008 г. – Самара, 2008. – С. 19-20.
2. Бушмелева, Н.Н. Современные проблемы снижения репродуктивных потерь в Удмуртской Республике / Н.Н. Бушмелева // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Репродуктивное здоровье – консолидация науки и практики», посвященной 80-летию кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России. – Ижевск, 2014. – С. 60-62.
3. Овсянникова Т.В., Камилова Д.П., Феоктистов А.А. Современные принципы диагностики и лечения бесплодного брака // Гинекология. – 2009. – № 4. – С. 30-33.
4. Сухих Г.Т., Адамян Л.В. Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний /23-й Международный конгресс с курсом эндоскопии. Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Москва, 7–10 июня 2010 г. – М., 2010. – С. 5-14.
5. Чумаков А.С., Филькина Е.В., Линовичка С.А., Платонова Н.С. Социально-гигиенические факторы, определяющие репродуктивное поведение девушек в подростковый период // Тезисы VI Междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный». – СПб., 2011. – С.125-126.
6. Янбердина Э.М., Султанаева З.М., Шарафутдинова Н.Х. Региональные аспекты медико-социальных проблем материнства и детства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2007. – № 2. – С. 18-20.

**Рецензенты:**

Борщук Е.Л., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Оренбург;

Ахмадуллина Х.М., д.м.н., профессор, директор Института психологии и социально-культурной работы Академии Восточного экономического государственного университета, г. Уфа.