

ЛИТЕРАТУРА

1. *Говорин, Н. В.* Социальное функционирование и качество жизни врачей / Н. В. Говорин, Е. А. Бодагова // Забайкальский медицинский вестник. — 2012. — № 2. — С. 71–77.
2. *Новик, А. А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик. — М., 2011. — С. 18–21.
3. The World Health Organization Quality of Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties // *Sos. Sci. Med.* — 1998. — Vol. 46(12). — P. 1569–1585.
4. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998b. — Vol. 28. — P. 551–558.

УДК 618.177-08

ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ: ПРИЧИНЫ И КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Брель К. А.

Научный руководитель: *М. С. Недосейкина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема бесплодного брака не только не утратила своей актуальности, но встала в ряд наиболее серьезных медико-социальных и демографических проблем современности. По данным ВОЗ, частота бесплодного брака среди супружеских пар репродуктивного возраста составляет 10–15 %. Основной принцип лечения бесплодия — раннее выявление его причин и последовательное проведение этапов лечения [1].

Цель

Проанализировать причины и критерии эффективности лечения бесплодия у женщин с бесплодием в анамнезе, у которых при неэффективности лечения беременность наступила с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) или самостоятельно без вспомогательных репродуктивных технологий.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 185 историй родов учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2013–2015 гг. Основную группу составили 72 женщины с бесплодием, у которых при неэффективности лечения беременность наступила с помощью ЭКО. В контрольную группу вошли 113 женщин с бесплодием, у которых после проведенного лечения беременность наступила без применения вспомогательных репродуктивных технологий.

В группах исследовали возраст, индекс массы тела (ИМТ), нарушения менструального цикла, длительность и причины бесплодия, частоту использования метода ЭКО в анамнезе эффективности лечения бесплодия.

Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ($p \pm s_p\%$). Частоту встречаемости качественных признаков оценивали с помощью критерия χ^2 и одностороннего критерия Фишера. Исследование связи бинарного признака с количественными показателями проведено с использованием метода логистической регрессии (рассчитан показатель χ^2 и p для модели в целом, OR и 95 % CI). Клиническую значимость количественных показателей при бесплодии (возраст, длительность бесплодия, ИМТ) оценивали с помощью ROC-анализа, данные представлены в виде AUC (площадь под кривой) и ее CI, p -уровень статистической значимости, чувствительность (Se , %) и специфичность (Sp , %) теста. Результаты считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин основной группы составил $33,7 \pm 4,3$ года, контрольной группы — $31,9 \pm 4,2$ года ($T = 2,99$; $p = 0,003$).

Нарушения менструального цикла выявлены у 14 (19,4 %; $N = 72$) женщин основной группы и у 7 (6,2 %; $N = 113$) пациенток контрольной группы ($\chi^2 = 4,8$; $p = 0,03$).

У большинства женщин (55,1 %) двух групп диагностировали первичное бесплодие ($\chi^2 = 3,5$; $p = 0,06$). Длительность бесплодия в основной группе составила $8 \pm 5,3$ года по сравнению с пациентками контрольной группы — $6 \pm 3,4$ года ($T = 2,8$; $p = 0,002$).

Причины бесплодия представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Причины бесплодия у женщин двух групп, n ($p \pm s^p\%$)

Фактор бесплодия	Группа 1, ($N = 72$)	Группа 2, ($N = 113$)	Уровень статистической значимости
Эндокринное бесплодие	24 ($33,3 \pm 5,5\%$)	62 ($53,9 \pm 4,7\%$)	$\chi^2 = 7,3$; $p = 0,007$
Трубно-перитонеальное бесплодие	37 ($51,4 \pm 5,9\%$)	34 ($30,1 \pm 4,3\%$)	$\chi^2 = 7,5$; $p = 0,006$
Маточное бесплодие	11 ($15,3 \pm 4,2\%$)	27 ($23,9 \pm 4,0\%$)	$\chi^2 = 1,5$; $p = 0,2$
Мужское бесплодие	4 ($5,5 \pm 2,7\%$)	4 ($3,5 \pm 1,7\%$)	$\chi^2 = 0,08$; $p = 0,7$
Криптогенное бесплодие	9 ($12,5 \pm 3,9\%$)	50 ($44,2 \pm 4,7\%$)	$\chi^2 = 18,9$; $p \leq 0,0001$

Метод ЭКО в анамнезе применяли 13 ($18 \pm 4,5\%$) женщин основной группы и в 5 ($4,4 \pm 1,9\%$) случаях в контрольной группе ($\chi^2 = 7,8$; $p = 0,005$).

Пациентки двух групп были объединены для анализа эффективности лечения бесплодия. Критерием эффективности лечения бесплодия являлось наступление беременности после проведенного лечения без применения вспомогательных репродуктивных технологий. ЭКО-индуцированную беременность рассматривали как неэффективность лечения.

На исход лечения не выявлено влияния экстрагенитальных заболеваний пациентки и типа бесплодия (первичное или вторичное). Количественные показатели представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Эффективность лечения бесплодия в зависимости от возраста пациенток, длительности бесплодия и ИМТ пациенток

Показатель	Пороговое значение показателя	AUC	95 % CI	Se, %	Sp, %	p
Возраст	≤ 33 лет	0,62	0,55–0,69	68,1	55,6	0,004
Длительность бесплодия	≤ 8 лет	0,67	0,60–0,74	85,0	40,3	0,0001
ИМТ	$\leq 20,2$ кг/м ²	0,50	0,43–0,58	20,7	90,1	0,9

Факторами, снижающими эффективность лечения, являются наличие хронического воспалительного процесса в придатках ($\beta = -0,7$; OR 0,5, 95 % CI 0,3; 0,9, $p = 0,02$), бесплодие трубно-перитонеального генеза ($\beta = -0,9$; OR 0,4, 95 % CI 0,2; 0,8, $p = 0,004$) и нарушения менструального цикла ($\beta = -1,3$; OR 0,3, 95 % CI 0,1; 0,7, $p = 0,006$).

Выводы

Средний возраст пациенток основной группы при наступлении данной беременности был больше, чем в контрольной группе ($M = 33,7$ лет; $p = 0,003$). Нарушения менструального цикла выявили у наибольшей доли женщин у которых эффект от лечения бесплодия отсутствовал (19,4 %; $p = 0,03$).

В основной группе отмечена значимо большая длительность бесплодия ($M = 8$ лет; $p = 0,002$). У пациенток с неэффективностью лечения наиболее частой причиной бесплодия является трубно-перитонеальный фактор (51,4 %; $p = 0,006$), в то время как в контрольной группе — эндокринный (53,9 %; $p = 0,007$) и криптогенные (44,2 %; $p \leq 0,0001$) факторы.

Эффективность лечения бесплодия снижают наличие хронического сальпингоофорита ($p = 0,02$), трубно-перитонеального фактора бесплодия ($p = 0,004$), нарушений менструального цикла ($p = 0,006$), при возрасте пациентки более 33 лет ($p = 0,004$) и длительности бесплодия более 8 лет ($p = 0,0001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Овсянникова, Т. В. Современные принципы диагностики и лечения бесплодного брака / Т. В. Овсянникова, Д. П. Камиллова, А. А. Феоктистов // Гинекология. — 2009. — № 4. — С. 30–33.