

Медико-соціальні характеристики жінок зі зниженою відповіддю на стимуляцію у програмі екстракорпорального запліднення

Г.В. Стрелко¹, О.А. Ночвіна²

¹Медичний центр «Родинне джерело», м. Київ

²Медичний центр «Інномед – Материнство та дитинство», м. Вінниця

Мета дослідження: визначення медико-соціальних характеристик у жінок зі зниженою відповіддю на стимуляцію у програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Матеріали та методи. Проведено дослідження медико-соціальних характеристик у жінок зі зниженою оваріальною відповіддю на стимуляцію шляхом визначення сімейного статусу, освіти, рівня доходів, життєвих пріоритетів, що дозволило сформулювати уявлення про соціальний статус, мотиви звернення пацієнток з приводу лікування безплідності.

Результати. У результаті проведеного дослідження серед жінок зі зниженою відповіддю на стимуляцію яєчників у клініці екстракорпорального запліднення переважали пацієнтки пізнього репродуктивного віку, а саме: середній вік пацієнток в основній групі становив $38,6 \pm 3,9$ року, а в групі контролю – $29,2 \pm 2,8$ року. Це обумовлює їхні відношення до більш соціально стійкої та соціально-активної категорії населення, які перебували в офіційному шлюбі, переважно в повторному, що стало основною мотивацією звернення пацієнток до клініки ДРТ з приводу безплідності. Реалізація кар'єрного росту, досягнення професійного рівня власної кваліфікації стало причиною відкладання народження дітей та мотивацією звернення за лікуванням стосовно безплідності. Так, в основній групі міські жительки становили 78,4%, вищу освіту мали 79,4%. У переважній більшості жінки-«погані відповідачі» були незадоволені поганим прогнозом лікування безплідності, позаяк мали недостатнє уявлення про фізіологію та згасання репродуктивної функції. Проте у 42,4% випадків вони були згодні на проведення ДРТ із застосуванням донорських гамет, тоді як у контрольній групі таких виявилось тільки 25,8%.

Заключення. Відсутність бажаних дітей створює для більшості жінок-«поганих відповідачів» психологічний та соціальний дискомфорт, а реабілітація їхньої репродуктивної функції є медико-соціальним завданням, яке сприяє зміні якості життя даної групи пацієнток.

Ключові слова: безплідність, знижена відповідь на стимуляцію яєчників, допоміжні репродуктивні технології, медико-соціальні характеристики.

Medico-social characteristics of women with lower response to stimulation in extracorporeal inference program

G.V. Strelko, O.A. Nochvina

The objective: determination of medical and social characteristics in women with reduced response to stimulation (poor responders) in assisted reproductive technology programs.

Materials and methods. The study of medical and social characteristics of women with reduced ovarian response to stimulation by determining family status, education, income level, life priorities, which allowed to form an idea of social status, motives of patients' treatment for infertility treatment.

Results. As a result of the study, among women with a reduced response to ovarian stimulation (poor responders) in the IVF clinic, patients of late reproductive age prevailed, namely, the average age of patients, in the main group was 38.6 ± 3.9 years, and in the control group was 29.2 ± 2.8 years. This causes them to relate to a more socially sustainable and socially active population who have been officially married, mainly in re-marriage, which has become the main motivation for patients to go to the MDT clinic for infertility. Realization of career growth, achievement of professional level of own qualification became the reason of postponement of birth of children and motivation of treatment for infertility treatment. Thus, in the main group, urban residents made up 78.4%, higher education had 79.4%. In the vast majority of women-«poor responders» were unhappy with the poor prognosis of infertility treatment, as they had little understanding of the physiology and extinction of the reproductive system. In 42.4% of cases, however, they were in favor of ART using donor gametes, whereas only 25.8% were in the control group.

Conclusion. The absence of desirable children creates psychological and social discomfort for the majority of women, and the rehabilitation of their reproductive function is a medico-social task that contributes to changing the quality of life of this patient group.

Key words: infertility, poor response, ART, medico-social characteristics.

Медико-социальные характеристики женщин со сниженным ответом на стимуляцию в программе экстракорпорального оплодотворения

Г.В. Стрелко, Е.А. Ночвина

Цель исследования: определение медико-социальных характеристик у женщин со сниженным ответом на стимуляцию в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы. Проведено исследование медико-социальных характеристик у пациенток со сниженным овариальным ответом на стимуляцию путем определения семейного статуса, образования, уровня доходов, жизненных приоритетов, что позволило сформулировать представление о социальном статусе, мотивах обращения пациенток по поводу лечения бесплодия.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что группу женщин-«плохих ответчиков» преимущественно составляли пациентки позднего репродуктивного возраста, а именно: средний возраст пациенток в основной группе составил $38,6 \pm 3,9$ года, а в контрольной группе – $29,2 \pm 2,8$ года соответственно. Это обуславливает их принадлежность к более стойкой и социально-активной категории населения, которые находились в официальном браке, преимущественно повторном, что стало основной мотивацией обращения пациенток для лечения бесплодия. Реализация карьерного роста, достижение профессионального уровня собственной квалификации стало причиной отсрочки рождения детей. Так, в основной группе жители городов составили 78,4%, высшее образование было у 79,4%. В

більшість своєю жінками-«плохие ответчики» були недоволені плохим прогнозом лікування безплідності, так як мали недостатнє представлення про фізіологію і угасання репродуктивної системи. Тем не менше вони в 42,4% випадках були згодні на проведення програм допоміжних репродуктивних технологій з використанням донорських гамет, тоді як в контрольній групі таких було тільки 25,8%.

Заключення. Відсутність бажаних дітей створює для більшості жінок-«плохих ответчиків» психологічний і соціальний дискомфорт, а реабілітація їх репродуктивної функції являється медико-соціальним завданням, яке сприяє змінам якості життя даної категорії пацієнток.

Ключові слова: безплідність, знижений відповідь на стимуляцію яєчників, ВРТ, медико-соціальні характеристики.

Зміну соціального стану жінки без сумніву можна вважати одним із значущих досягнень останніх років. Отримання освіти, досягнення певного суспільного статусу вимагають від жінок змінити відношення до найважливішого призначення жінки – продовження роду. Відтермінування народження дитини на більш пізній період життя призвело до того, що до моменту, коли жінка зважується на цей крок, її можливості у реалізації репродуктивної функції досить обмежені [1, 4, 5]. Демографічні дослідження деяких країн свідчать, що за різними соціально-економічними причинами все більша кількість жінок відкладають вагітність на більш пізній репродуктивний вік, що обумовлює збільшення частоти безплідності, пов'язаного з медичними та демографічними факторами, які призводять до зміни репродуктивної поведінки [3,4].

Окрім віку існує низка медичних аспектів, які ускладнюють як настання вагітності, так і її виношування, а саме стан соматичного, гінекологічного, психологічного здоров'я жінки, які значно знижують шанси самостійного зачаття та спонукають звертатися з проблемою безплідності до центрів репродуктивної медицини [2, 3]. Однак і у випадках застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) існує проблема поганої відповіді на стимуляцію у жінок, зниження якості ооцитів, що пов'язано з фізіологічними, психічними та соціальними факторами дезадаптації [4, 5].

Враховуючи суттєвість впливу суспільного положення, соціального статусу, психологічних мотивацій в ухваленні рішення про народження дитини **метою дослідження** стало визначення медико-соціальних характеристик у жінок із зниженою відповіддю на стимуляцію у програмах ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети було проведено обстеження 278 жінок з безплідністю та зниженою відповіддю на стимуляцію, які проходили лікування методами ДРТ. Показаннями до включення жінок у дослідження були наявність мінімум двох з наступних критеріїв бідної оваріальної відповіді:

– попередній епізод поганої відповіді при ДРТ (менше 3 ооцитів) зі стандартною дозою гонадотропінів;

– аномальний резерв яєчників з кількістю антральних фолікулів менше 5–7 або рівнем антимюлерового гормону менше 0,5–1,2 нг/мл;

– жінки старшої вікової групи або з іншими факторами ризику поганої оваріальної відповіді (операції на яєчниках, хіміотерапія, променева терапія, аутоімунні фактори).

З дослідження були виключені жінки з:

– аномальним каріотипом;

– гострими запальними захворюваннями будь-якої локалізації на початку лікувальної програми ДРТ;

– уродженими вадами розвитку або набутими деформаціями порожнини матки, за яких неможлива імплантація ембріона(ів) та виношування вагітності;

– доброякісними пухлинами матки, що деформують порожнину матки та (або) вимагають оперативного лікування;

– злоякісними новоутвореннями будь-якої локалізації.

У контрольну групу увійшли 93 жінки з безплідністю з нормальною оваріальною відповіддю на стимуляцію з відсутністю критеріїв поганих відповідей.

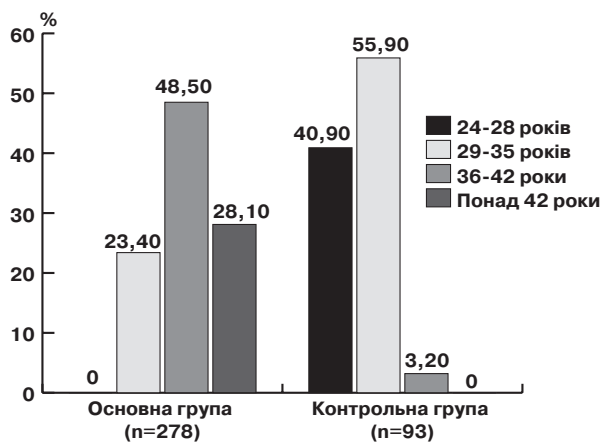
Клінічне обстеження пацієнток проводили за спеціально розробленою анкетною, яка включала, насамперед, детальний збір анамнестичних даних з акцентом на медико-соціальні характеристики.

Проведене медико-соціальне обстеження передбачало визначення сімейного статусу, освіти, рівня доходів, життєвих пріоритетів, що дозволяло б сформулювати уявлення про соціальний статус, мотиви звернення пацієнток з приводу лікування безплідності та їхнє ставлення до існуючої проблеми.

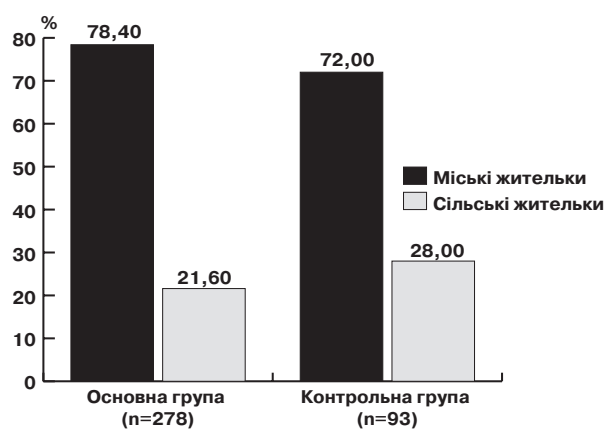
Особливий інтерес представляла власна самооцінка стану репродуктивного здоров'я, виявлення можливих етичних проблем при лікуванні безплідності (репродуктивне донорство), визначення знань жінок досліджуваних груп про функціонування репродуктивної системи, можливості до зачаття тощо.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

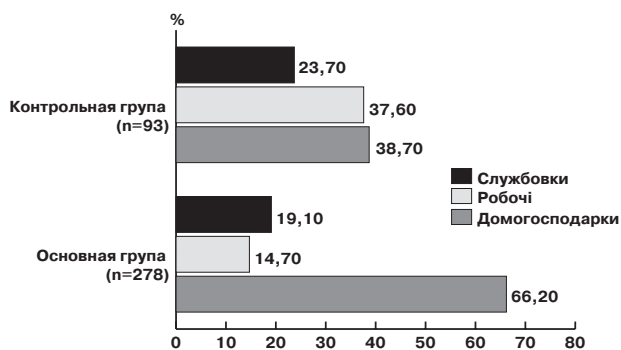
Отже, середній вік пацієнток, що лікувалися з приводу безплідності в основній групі становив 38,6±3,9 року, а



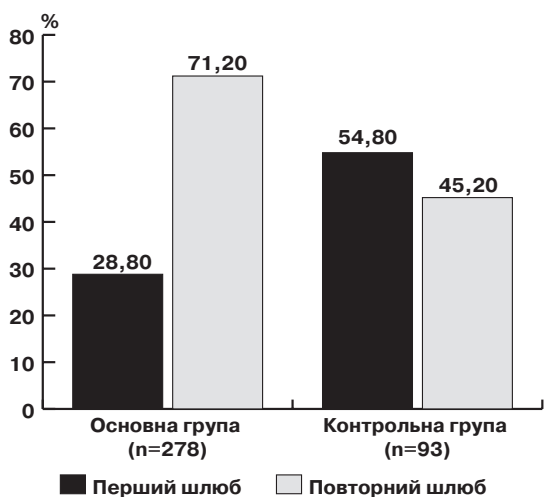
Мал. 1. Розподіл жінок досліджуваних груп за віком (p<0,05)



Мал. 2. Розподіл жінок досліджуваних груп за місцем проживання (p>0,05)



Мал. 3. Розподіл жінок досліджуваних груп за професійною структурою (p<0,05)



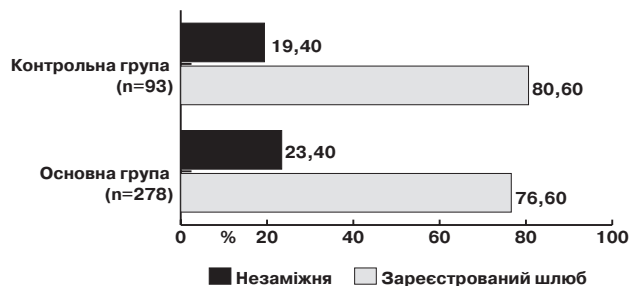
Мал. 5. Розподіл жінок досліджуваних груп за шлюбом (p<0,05)

саме: віком 29–35 років – 65 (23,4%) жінок, 36–42 роки – 135 (48,5%) осіб, віком понад 42 роки – 78 (28,1%) жінок, тоді як в контрольній групі спостерігалася деяка відмінність по віковому розподілу. Так, середній вік пацієнок групи контролю становив $29,2 \pm 2,8$ року, а саме: віком 29–35 років – 52 (55,9%) жінки, 36–42 роки – 3 (3,2%) пацієнок та 24–28 років – 38 (40,9%) осіб. Тобто переважна більшість жінок основної групи була представлена пацієнками пізнього репродуктивного віку, що є одним з основних критеріїв поганої відповіді на стимуляцію (мал. 1).

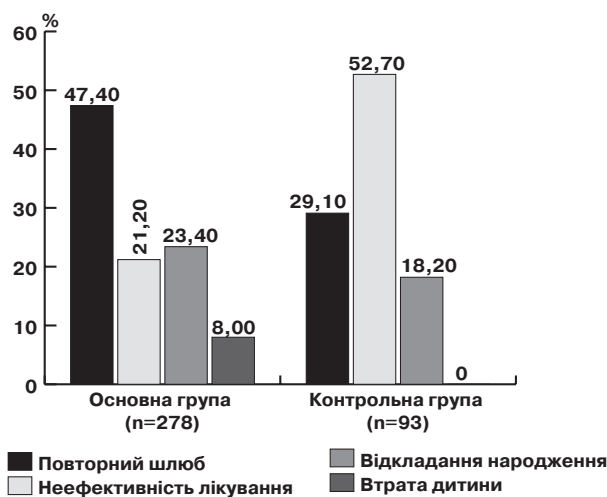
Переважає більшість жінок основної групи була представлена міськими жительками: 218 (78,4%) пацієнок, що було приблизно однаково з жінками контрольної групи, де цей показник становив 67 (72,0%), тоді як сільські жительки становили 60 (21,6%) та 26 (28%) відповідно по групам (мал. 2).

Звертає увагу, що більшість жінок основної групи були достатньо освічені – 221 (79,4%) пацієнка мали вищу освіту, з них 74 (26,5%) – другу вищу освіту та 16 (5,8%) осіб – вчену ступінь, лише у 57 (20,6%) пацієнок рівень освіти не перевищив середню спеціальну, тоді як в контрольній групі кількість жінок з вищою освітою становила 51 (54,8%), з них 6 (6,4%) мали другу вищу освіту, та 36 (45,2%) – середню освіту.

Більшість жінок основної групи працюють – 225 (80,9%). Водночас переважна більшість з них службовці – 184 (66,2%) пацієнтки, а місця їхньої праці достатньо різноманітні та відповідають традиційній структурі жіночої зайнятості (ме-



Мал. 4. Розподіл жінок досліджуваних груп за офіційним сімейним положенням (p>0,05)



Мал. 6. Причини звернення жінок досліджуваних груп з приводу лікування безплідності (p<0,05)

дичні працівники, педагоги, економісти, інженери, тощо), 41 (14,7%) пацієнтка працювали за робочими спеціальностями та лише 53 (19,1%) жінки були домогосподарками.

Щодо контрольної групи, то 71 (76,3%) пацієнтка мали постійне місце роботи, з них службовці – 36 (38,7%) осіб, робочі спеціальності – у 35 (37,6%) пацієнок, домогосподарок – 22 (23,7%). При цьому жодна жінка обох досліджуваних груп не вказувала на професійні шкідливості (мал. 3).

Абсолютна кількість жінок досліджуваних груп були у шлюбі: 213 (76,6%) пацієнок основної групи та 75 (80,6%) жінок контрольної групи. Не перебували у шлюбі 65 (23,4%) жінок основної групи і 18 (19,4%) пацієнок групи контролю, однак 48 (17,3%) та 16 (17,2%) пацієнок відповідно по групам мали постійного статевого партнера, 17 (6,1%) і 2 (2,2%) відповідно по групам говорили про можливість використання донорської сперми при лікуванні безплідності (мал. 4).

У повторному шлюбі були 198 (71,2%) пацієнок основної групи, у першому – 80 (28,8%) осіб. Водночас 42 (45,2%) пацієнтки контрольної групи були у повторному шлюбі та 51 (54,8%) особи – у першому шлюбі (мал. 5).

Серед жінок досліджуваних груп, які перебували у повторному шлюбі, у переважній більшості були діти від попередніх партнерів. Мотивацією звернення цих пацієнок з приводу лікування безплідності було бажання мати спільних дітей у новому шлюбі. Тривалість повторного шлюбу становила приблизно від 2 до 5 років у більшості жінок як основної групи – 123 (44,2%), так і групи контролю – 35 (37,6%),

тривалість першого шлюбу становила від 5 до 10 років – 71 (25,5%) та 39 (41,9%) відповідно по групах.

Ураховуючи достатньо високий відсоток тривалої первинної безплідності у подружніх пар обох досліджуваних груп, особливий інтерес представляв аналіз причин цього явища. Так, усі пацієнтки відзначали, що зверталися з приводу лікування безплідності, однак у більшості жінок воно було пізнім – через 5–7 років регулярного статевого життя.

Ретельний аналіз анамнезу безплідності дозволив виявити суттєві дефекти як у лікарській тактиці, так і в репродуктивному менталітеті пацієнток: медичний персонал неадекватно оцінював стан репродуктивної системи обох статевих партнерів, що зумовлювало проведення необґрунтованих діагностичних та лікувальних заходів, а саме: неодноразові реконструктивно-пластичні операції з приводу непрохідності маткових труб та спайкового процесу, неодноразові гідротубації маткових труб, тривалі неодноразові обстеження гормонального статусу, інфекційного скрінінгу з використанням неодноразових курсів терапії урогенітальних інфекцій, гормональних препаратів. Чоловікам пацієнток також проводили багаточисельні заходи, спрямовані на покращення показників спермограми. У лікувальній практиці не простежувалася чітка послідовна тактика, спрямована на настання вагітності. Однак і самі пацієнтки не були послідовні в своїх діях, змінювали лікувальні заклади, робили тривалі перерви між різними етапами лікування.

Під час узагальнення результатів аналізу тривалості безплідності були виявлені основні причини звернення пацієнток досліджуваних груп з приводу лікування безплідності. Так, у жінок основної групи основними причинами звернення в клініку ДРТ були:

- повторний шлюб – 132 (47,4%),
- відтермінування народження дітей за бажанням подружньої пари – 65 (23,4%),
- неефективність тривалого лікування – 59 (21,2%),
- втрата дитини – 22 (8%).

У контрольній групі пацієнток переважна причина звернення по допомогу при лікуванні безплідності було:

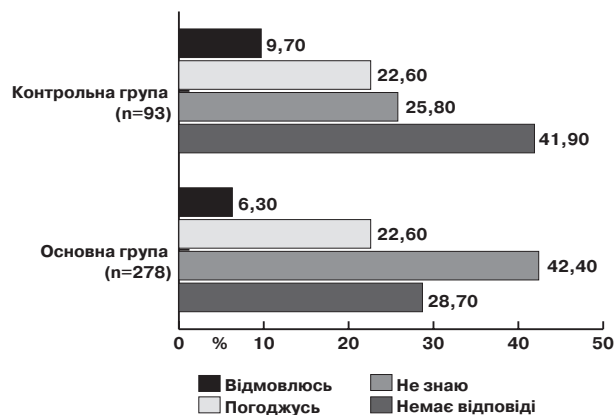
- неефективність раніше проведеного лікування та його тривалість – 49 (52,7%),
- повторний шлюб – 27 (29,1%),
- відтермінування народження дітей – 17 (18,2%) осіб (мал. 6).

Достатньо цікавим були питання про усвідомленість жінок з подружніх пар про часові параметри функціонування репродуктивної системи. Навіть освічені жінки обох досліджуваних груп не знали, що 35 років – це вік, після якого різко знижується здатність до зачаття, а після 40 років вона практично дорівнює нулю. У зв'язку з цим важливим є запитання про відношення пацієнток до донорства гамет.

Відношення до використання донорських гамет жінок обох досліджуваних груп представлені на мал. 7.

Так, 118 (42,4%) жінок основної групи дали позитивну відповідь, тоді як жінки групи контролю були більш категоричні в цьому питанні та дали згоду на донорські гамети лише в 24 (25,8%) випадках, приблизно однакова кількість жінок ще не ухвалили рішення по цьому питанню в обох групах – 63 та 21 пацієнтка відповідно, тобто 22,6%, одною відповіді на запитання не дали 17 (6,3%) пацієнток основної групи та 9 (9,7%) жінок групи контролю, негативно ставляться до цього питання 80 (28,7%) жінок основної групи та 39 (41,9%) пацієнток контрольної групи.

Обґрунтовуючи свої відповіді, жінки часто посилаються на думку своїх чоловіків, при цьому пацієнтки обох груп більш позитивно сприймають використання ооцитів донора, ніж сперми. Отже, питання на користь або проти репродуктивного



Мал. 7. Структура відповідей на запитання щодо використання донорських гамет ($p < 0,05$)

донорства вирішується не просто індивідуально, але і по різному на різних етапах лікування за допомогою ДРТ, які потребують значних матеріальних та емоціональних витрат.

Основними факторами, що впливають на думку жінок, є кратність шлюбу, вік подружжя, наявність у партнерів власних дітей. Переважна більшість жінок як в основній групі, так і в групі контролю, які взяли шлюб з молодшим за віком партнером, не хотіли використовувати донорську сперму, навіть не зважаючи на виражені порушення сперматогенезу. Більш того, подружжя, що мали дітей від перших шлюбів, також у переважній більшості відмовлялися від використання донорських яйцеклітин. Жінки, що мали дітей, наполягали на стимуляції функції яєчників з метою отримання власної яйцеклітини. При цьому спокійно відносилися до того, що лікування може бути безперспективним, і в цьому випадку вони були готові відмовитися від настання вагітності взагалі.

Частина пацієнток, які знаходилися у повторному шлюбі та не мали власних дітей, погоджувалися на використання ооцитів донора у випадку використання сперми тільки партнера. Пацієнтки, що перебували у першому шлюбі, не мали власних дітей та тривало лікувалися від безплідності, погоджувалися на використання як ооцитів донора, так і донорської сперми.

ВИСНОВКИ

Отже, аналіз результатів медико-соціального анкетування дозволив виявити деякі відмінності у показниках соціально-економічного, сімейного стану жінок досліджуваних груп. Були зафіксовані відмінності щодо мотивів звернення за лікуванням з приводу безплідності, їхнє відношення щодо донорських гамет.

Так, переважна частина жінок-«поганих відповідачів» основної групи були пізнього репродуктивного віку – 76,6%, що обумовлює їхнє відношення до більш соціально стійкої та соціально-активної категорії населення. Переважна більшість таких жінок є службовцями – 66,2%, з вищою освітою та професійною кваліфікацією – 79,4%, що забезпечує стабільний рівень матеріального достатку. Однак питома вага жінок з інтелектуальною диференціацією праці та психоемоційним і фізичним навантаженням серед жінок-«поганих відповідачів», суттєвий вплив факторів навколишнього середовища (умови праці та відпочинку) можуть бути підґрунтям для формування дезадапційного синдрому з подальшим виникненням функціональних розладів репродуктивної системи, що також має неабиякий вплив на результати контрольно стимуляції овуляції під час застосування методик допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

В офіційному шлюбі перебували 76,6% пацієнок основної групи, у повторному шлюбі – 71,2% жінок, що стало основною мотивацією звернення пацієнок до клініки ДРТ з приводу безплідності. Крім того, реалізація кар'єрного росту, досягнення професійного рівня власної кваліфікації є причиною відтермінування народження дітей та в 23,4% випадках – мотивацією звернення за лікуванням безплідності.

Також звертає увагу, що більшість жінок основної групи були незадоволені поганим прогнозом лікування безплідності, позаяк мали недостатнє уявлення про фізіологію та уга-

сання репродуктивної системи. Однак у 42,4% випадків вони б погодилися на використання донорських гамет для досягнення вагітності, що певно обумовлено більш зрілим віком жінок, виваженим підходом та розумінням власного бажання завагітніти та народити дитину.

Отже, відсутність бажаних дітей створює для більшості жінок досліджуваних груп, зокрема «поганих відповідачів», психологічний та соціальний дискомфорт, а реабілітація їхньої репродуктивної функції є медико-соціальним завданням, яке змінює на краще якість життя даної групи пацієнок.

Сведения об авторах

Стрелко Галина Владимировна – Медицинский центр «Родинне джерело, Айвimed», 03186, г. Киев, ул. Авиаконструктора Антонова, 2Б; тел.: (050) 547-66-65. E-mail: galina911@i.ua

Ночвина Елена Анатольевна – Медицинский центр «Инномед – Материнство и детство», 21000, г. Винница, ул. Магистратская, 158; тел.: (067) 964-87-18. E-mail: nochvina1977@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К. Планирование семьи (методы контрацепции) // Э.К. Айламазян. СПб., 1997. – 190 с.
2. Альбицкий В.Ю. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России (медико-психосоциальное исследование) // В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, Е.И. Шарапова. – Казань, 2001. – 248 с.
3. Колчи А. Психологические аспекты репродукции человека // Пробл. репрод. – 2005. – № 1. – С. 33–39.
4. Шарапова О.В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения / О.В. Шарапова // Вопр. гинек. акуш. перинат. – 2003. – Т. 2, № 1. – С. 7–10.
5. Чекушин Р.Х. Медико-социальные аспекты бесплодия, как одного из факторов нестабильности брака // Р.Х. Чекушин. Фундаментальные исследования. – 2004. – № 4. – С. 91–91.

Статья поступила в редакцию 24.11.2019

Журнал «Сімейна медицина» індексується та/або представлений тут:

- Бібліометрика української науки (Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського);
- Science Index (eLIBRARY.RU);
- Crossref;
- Google Scholar/Academia;
- WorldCat;
- OpenAIRE.

