

К ПРОБЛЕМЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ (обзор литературы)

К.Э.Киракосян

(МЦ «Шенгавит»)

Прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья и демографической ситуации в стране позволяют признать проблему фертильности одним из приоритетных медицинских и социальных направлений [15].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (1995г) частота бесплодных союзов высока и составляет в развитых странах 25-30% всех супружеских пар. В рамках специальной программы ВОЗ по репродукции человека (1987г) выделено 22 фактора, способных обусловить бесплодие женщины: сексуальная дисфункция, гиперпролактинемия, органические нарушения гипоталамогипофизарной области, аменорея с повышенным уровнем ФСГ, аменорея с нормальным уровнем эстрадиола, аменорея со сниженным уровнем эстрадиола, олигоменорея, нерегулярный менструальный цикл/ановуляция, ановуляция с регулярным циклом, врожденные аномалии развития половых органов, двусторонняя непроходимость маточных труб, спаечный процесс в малом тазу, эндометриоз, приобретенная патология матки и шейки, приобретенные нарушения проходимости маточных труб, приобретенные поражения яичников, туберкулез половых органов, ятрогенные факторы, системные болезни, отрицательный посткоитальный тест, неустановленные причины.

Специалистами выделены следующие ключевые варианты бесплодия у женщин: 1) трубное бесплодие, обусловленное патологией маточных труб; 2) эндокринное бесплодие, связанное с расстройствами в деятельности системы желез внутренней секреции; 3) иммунологическое, вызываемое явлениями сенсбилизации женского организма; 4) анатомические нарушения в области влагалища и матки [7].

Предложено также выделение группы больных с «необъяснимым» бесплодием, когда нет явных причин нарушения репродуктивной системы. По классификации ВОЗ такое бесплодие обозначается как бесплодие неясного генеза. В структуре женского бесплодия эта форма составляет 8-10% [22,25,33].

В.И.Кулаков с соавт. (2001) все причины бесплодия разделяют на ближайшие или непосредственные, исключающие возможность наступления беременности, либо препятствующие оплодотворению или нидации оплодотворенной яйцеклетки, и отдаленные

или предшествующие, вызывающие нарушения в системе, регулирующей половую функцию. К числу отдаленных причин нарушений полового развития некоторые авторы выделяют наследственные, которые обусловлены изменениями хромосом, а также врожденные, связанные с воздействием антенатальных факторов [13].

Изучение проблем репродукции у женщин с врожденными пороками половых органов позволило выявить несоответствия между теорией эмбрионального развития и реальными вариантами аномалий матки [14]. Авторы предполагают, что влагалище полностью формируется из парных мезонефротических протоков, а матка при слиянии их с круглыми и собственными связками яичников, Мюллеров проток также соответствует мезонефротическому. Нарушение фертильности у этого контингента больных обусловлено анатомической неполноценностью аномальной матки и влагалища, а также сопутствующими функциональными нарушениями.

В последние годы во многих странах отмечается рост соматической и гинекологической заболеваемости девушек-подростков, что не проходит бесследно и в дальнейшем влияет на реализацию репродуктивной функции [15]. Интерпретация комплекса клинических и цитохимических данных в пубертатном периоде позволяет выявить наиболее значимые признаки и разработать индивидуальный прогноз развития бесплодия [8].

Некоторые авторы выделяют проблему так называемой мнимой инфертильности или добровольной бездетности, которая тесно связана с регулированием рождаемости и профилактикой беременности [17]. По утверждению И.Ф. Юнды (1990), нет сомнения в том, что добровольная бездетность, которая достигается путем искусственного прерывания беременности, становится невольной из-за развивающихся хронических воспалительных заболеваний, спаечных процессов, приводящих к обструктивному бесплодию. Таким образом, нередко из фактора регулирования рождаемости аборт может превратиться в причину снижения плодovitости [11].

Правильная и своевременная диагностика инфекций, передаваемых половым путем, важна в общей системе профилактики бесплодия, т.к. инфицирование и воспалительный аутоиммунный процесс способствуют нарушению структуры и функции яичников. Инфекции, как и аборты, могут привести к самой распространенной форме бесплодия – трубно-перитонеальной, составляющей до 50% всех случаев бесплодия [1]. Кроме того, микроорганизмы, находящиеся в мочеполовых органах у женщин с аномальной иммунореактивностью, способны блокировать сперматозоиды и нарушать их передвижение, приводить к образованию противосперматозоидных антител [30].

По данным ВОЗ (1985г), более 20% пациенток с бесплодием имеют выраженные анатомические изменения маточных труб (МТ). В качестве ведущего этиологического фактора первичного трубного бесплодия в последние годы все чаще выступает хламидийная инфекция [3,9], а также гонорейная – 15-20% и микоплазменная – 10-15% инфекции. Наблюдается явная смена микробного пейзажа в последние десятилетия и превалирование в этиологии воспалительных заболеваний гениталий внутриклеточных патогенов над экстрацеллюлярными [28].

Нарушения функции МТ могут обуславливать эктопическую имплантацию. Последнее объясняет тот факт, что лечение заболеваний МТ приводит к увеличению риска трубной беременности, поскольку в результате тех или иных хирургических воздействий не всегда удается восстановление трубной функции в полном объеме, даже после обеспечения ее анатомической проходимости [12,14]. Причиной трубной окклюзии может быть не только воспаление инфекционной природы, первично возникающее в МТ, но и сдавливание труб спайками после операций на органах малого таза или брюшной полости, особенно по поводу деструктивных форм аппендицита, апоплексии яичников [23,31].

Установлено, что непроходимость МТ, обуславливаемая эндометриозом, встречается в 11-15% наблюдений. Показано, что существующие поражения МТ именно эндометриоидной природы далеко не всегда распознаются при проведении визуального осмотра при лапароскопии; только при тщательном повторном гистологическом исследовании МТ, удаленных по поводу поствоспалительных гидросальпинксов, в 30% случаев в них обнаруживаются эндометриоидные гетеротопии [17]. Эндометриозом страдает от 10 до 30% женщин детородного возраста [6,14,24,32]. Установлено, что факторами, определяющими судьбу эктопического эндометрия, являются иммунные клетки, цитокины, интерфероны и факторы роста, продуцируемые перитонеальными макрофагами [14].

Эндокринное бесплодие можно охарактеризовать как бесплодие с нарушением процесса овуляции, к которому, прежде всего, относятся различные формы гиперпролактинемии и гиперандрогении. Частота этой формы бесплодия колеблется от 4 до 40% [29]. При этом наиболее постоянными симптомами являются ановуляция, гипертрихоз, ожирение. Частота поликистоза яичников в общей структуре гинекологических заболеваний колеблется от 0,6 до 11,0% [5,29].

В последние десятилетия отмечено увеличение числа женщин, желающих иметь первого ребенка после 30-35 лет [27,34]. По мнению большинства авторов границы репродуктивного периода не являются пределом возможности репродукции, однако доказано,

что уже в конце этого периода (35-40 лет) фертильность начинает снижаться [4]. Если в возрасте до 30 лет частота беременностей в год в популяции здоровых женщин достигает 74%, то после 35 лет она снижается до 54% [10]. Н.М. Подзолкова с соавт. (2003) пришли к выводу, что последние 10-15 лет перед наступлением менопаузы наблюдается более интенсивная потеря фолликулярного аппарата, коррелирующая с повышением уровня ФСГ и снижением концентрации ингибина. Данные изменения свидетельствуют об ухудшении качества фолликулов, что и обуславливает снижение фертильности.

Важность решения проблемы бесплодия поддерживается целевой программой ВОЗ по исследованиям в области регуляции генеративной функции человека, в которой диагностике и лечению этой патологии уделяется особое внимание.

Литература

1. *Аксененко В.А.* Воспаление половых органов и профилактика репродуктивных потерь. Ставрополь: Ставроп. гос. мед. акад. - 2000.
2. *Анохин Л.В., Коновалов О.Е.* Индивидуальное прогнозирование риска первичного и вторичного женского бесплодия *Акушерство и гинекология.* 1992. № 3-7. С. 40-43.
3. *Бакуридзе Э.М., Дубницкая Л.В., Федорова Т.А.* Реабилитация пациенток с бесплодием после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза *Журн. акушерства и жен. Болезней.* 2001. N 3. С. 47-51.
4. *Боярский К.Ю.* Клиническое значение тестов определения овариального резерва в лечении бесплодия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: С.-Петербур. гос. мед. акад. последипл. образования. СПб., 2000. 26 с.
5. *Вихляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. и др.* Руководство по эндокринной гинекологии Под. ред. Е.М.Вихляевой. М., 1998.768 с.
6. *Волков Н.И., Беспалова Ж.Б., Базанов П.А., Волосенок И.В.* Сравнительная эффективность различных методов лечения бесплодия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом *Журн. акушерства и жен. болезней.* 2001. N3. С. 25-27.
7. *Грищенко В.И.* Научные основы регулирования рождаемости. Киев: Здоровья, 1983. 208 с.
8. *Ермошенко Б.Г., Сигарева М.Е., Симанчева Н.В.* Прогнозирование патологии менструальной и репродуктивной функции у девочек и девушек *Кубанский научный мед. вестник.* 2000. С. 5-6.
9. *Зорина И.В., Курскова О.А., Крутцова О.В.* Современные подходы к диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем, у женщин с нарушением репродуктивной функции *Материалы II Российского форума "Мать и дитя", Москва 2000.* – 221 с.
10. *Зубкова Н.И., Михальская Е.А., Амирова Н.О., Динер Н.П.* Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение девушек-подростков *Врач.* 1998. № 7. С. 25-26.
11. *Кожухов М.А.* Влияние экологических и популяционно-демографических факторов на репродуктивное здоровье женщин : Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Курский гос. мед. ун-т. М., 2002. 26 с.
12. *Корнеева И.Е.* Эффективность лечения бесплодия в амбулаторных условиях *Акушерство и гинекология.* 2002.№ 1. С. 13-17.

13. Краснопольская К.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е., Чеченова Ф.К. Хирургическое лечение трубного бесплодия (обзор литературы) Пробл. репродукции.2000. N 4.С.31-35.
14. Кузнецова М.Н., Гуменюк Е.Г., Кузин В.Ф. Нарушения репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания. М., 1986. С. 14-21.
15. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М., 2004. 293с.
16. Кулаков В.И., Маргиани Ф.А., Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов Акушерство и гинекология.2001.N 3.С. 33-36.
17. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие Соц. и клинич. психиатрия. 1996. N 3.С. 29-33.
18. Мачанските О.В. Пути улучшения результатов лечения трубно-перитонеального бесплодия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук Моск. обл. НИИ акушерства и гинекологии. М., 2001. 20 с.
19. Овсянникова Т.В., Корнеева И.Е. Бесплодный брак Акушерство и гинекология. 1998. № 1. С. 32-36.
20. Пепперелл Р. Дж., Хадсон Б. Бесплодный брак. М., 1986.
21. Подзолкова Н.М., Гладкова О.Л. Дифференциальная диагностика в гинекологии, 2003, 447 с.
22. Пишеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. М., 1991. С. 206 228.
23. Савельева Г.М. Лапароскопическая хирургия в гинекологии. Дискуссионные вопросы. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. - М., 2004. С. 33-34.
24. Селезнева Н.Д. Оперативная гинекология. М., 1998. С.336-342.
25. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М., 1998.
26. Фролова О.Г., Николаева Е.И. О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Акушерство и гинекология. 2004.№ 3.С. 37-40.
27. Юнда И.Ф. Бесплодие в супружестве. Киев: Здоровья, 1990. 462 с.
28. Якубович Д.В., Миланов Н.О. Система обследования и этапы восстановительного лечения женщин после микрохирургических реконструктивных операций при трубно-перитонеальном бесплодии Акушерство и гинекология. 1991.№ 4.С. 44-47.
29. Яцкевич Н.М. Гинекологическая заболеваемость студенток: факторы риска, возможности прогнозирования, ранней диагностики, профилактики и реабилитации. Автореф. канд. мед. наук. Иркутск, 2004. 23с.
30. Balen A.H., Conwey C.S., Kaltsas G., Techatraisak K., et al. Polycystic Ovary Syndrome: Book. Oxford-London;Edinburgh, 1992. P.1-384.
31. Diedrich K., Bayer O. International Symposium on GnRH Analogues in Human Reproduction. 2-d: Proceedings. Geneva, 1993.V. 3.P. 21-26.
32. Larson B. Prevention of postoperative formation and reformation of pelvic adhesions Pertitoneal adhesions. Eds. K.N. Treatner, V. Schumpelick. Berlin: Springer, 1997, 331- 334.
33. McCausland A.M., Fedele L., Bianchi S. Extent and Depth Adenomyosis. Asseasable! Fertil.Steril.1993.V. 59, N 2., 479-483.
34. Olsen J., Koppers-Chinnow M., Spirelle A. Потребность в медицинской помощи при лечении бесплодия: исследование, основанное на обзоре данных пяти Европейских стран Fertil. Steril. 1996. V. 66, N 5., 95-100.
35. Tempelton A. Возраст и фертильность. Тезисы XVI Всемирного конгресса по фертильности и стерильности. SanFrancisco, 1998. Пробл. репродукции.1999. № 3.С.68.