

УДК 618.177-02

## ЭНДО- И ЭКЗОГЕННЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

*Н.Г. Ципурия*

Рассматриваются проблемы, связанные с отсутствием беременности. Отмечено, что сильный стресс, неполноценное питание в период полового созревания, неблагоприятное материальное положение являются причинами нарушения менструального цикла – основного показателя фертильности женщин.

*Ключевые слова:* психогенное бесплодие; психосексуальные нарушения; нарушения репродуктивной функции; бесплодный брак; нарушения полового развития.

---

## ENDO- AND EXOGENOUS ETIOLOGICAL FACTORS OF FEMALE IN FERTILITY

*N.G. Tsipuria*

The article deals with the problems associated with the absence of pregnancy. High stress, eating disorders during puberty, the unfavorable financial situation lead to menstrual disorders, a key indicator of fertility for women.

*Key words:* psychogenic infertility; psychosexual disorders; reproductive disorders; barren marriage; disorders of sexual development.

Несмотря на многочисленные исследования в области репродуктологии, бесплодный брак по-прежнему остается актуальной проблемой. Репродуктивное здоровье женщин является критерием эффективности социальной и экономической политики государства [1–3], так как напрямую связано с рождением полноценного потомства.

Частота бесплодия супружеских пар, по данным различных авторов, колеблется от 10 до 20 % и не имеет тенденции к снижению. Использование гормональных, эндоскопических, ультразвуковых методов позволило выявить основные факторы, являющиеся причиной бесплодия и определить структуру бесплодного брака. По данным ВОЗ, наиболее распространенной формой женского бесплодия является трубно-перитонеальная (50–60 %); на эндометриоз приходится 40–60 %; на эндокринные нарушения – 30–35 %, на маточные факторы – 15–20 %. Более чем в 60–70 % случаев имеется сочетание двух и более форм.

На современном этапе развития науки и практики примерно в 8–10 % случаев установить причину бесплодия не представляется возможным. Остаются открытыми вопросы при бесплодии “неясного” генеза; участились случаи нарушений

эмоциональной сферы и сексуальных расстройств при бесплодном браке; отмечено ухудшение качества жизни женщин, страдающих бесплодием [4–6]. Все эти вопросы требуют более глубокого и детального изучения данной проблемы.

Одним из основных показателей репродуктивного здоровья женщин является менструальный цикл. Процессы, обеспечивающие нормальное течение менструального цикла, регулируются единой функциональной нейроэндокринной системой, включающей в себя центральные отделы и периферические структуры. В соответствии с их иерархией, т. е. от высших регулирующих структур до непосредственно исполнительных органов в нейроэндокринной регуляции, можно выделить 5 уровней, взаимодействующих по принципу обратной связи [7].

Первым (высшим) уровнем регуляции функционирования репродуктивной системы являются структуры, составляющие акцептор всех внешних и внутренних воздействий – кора головного мозга, ЦНС и экстрагипоталамические церебральные структуры. Адекватность восприятия ЦНС внешних воздействий и, как следствие, ее влияние на подчиненные отделы, регулирующие процессы

в репродуктивной системе, зависят от характера внешних раздражителей (сила, частота и длительность их действия), а также от исходного состояния ЦНС, влияющего на ее устойчивость к стрессовым нагрузкам [7].

В ответ на внешние и внутренние стимулы в коре головного мозга и экстрагипоталамических структурах происходят синтез, выделение и метаболизм нейропептидов, нейротрансмиттеров, а также образование специфических рецепторов, которые избирательно влияют на синтез и выделение рилизинг-гормона гипоталамуса [7].

Сбалансированность синтеза и последующих метаболических превращений в коре головного мозга обеспечивает нормальное течение процессов, связанных с овуляторной и менструальной функциями [7]. Соответственно, под действием стрессов или высоких нагрузок в высшей нервной деятельности наступает сбой, который передается по всей цепочке и вызывает самые разнообразные нарушения в гипоталамусе, гипофизе и яичниках, нарушая менструальный цикл, который является основным индикатором фертильности. Поскольку женщины с бесплодием находятся в состоянии хронического стресса, обусловленного повышенной психоэмоциональной реакцией на отсутствие беременности, в результате в различных отделах репродуктивной системы происходят значительные изменения.

Бесплодие, при котором беременность у женщины не наступает, невзирая на то, что состояние ее физического здоровья и здоровья ее партнера этому не препятствуют, называют психогенным или психологическим бесплодием [8]. У некоторых женщин причины лежат на поверхности – последствия тяжелого стресса или высокие нервно-психические и эмоциональные нагрузки. Экспериментально доказано, что эмоциональное возбуждение, возникающее первично в гипоталамо-лимбико-ретикулярных структурах мозга генерализованно распространяется на кору мозга, вовлекая вегетативную нервную систему и возбуждая гормональную активность гипофизарно-надпочечникового механизма [9]. Аналогичным образом индуцированные стрессовыми ситуациями вегетативные нарушения могут привести к дискоординации гладкомышечных элементов маточных труб, а следовательно, к функциональной трубной непроходимости. Но иногда корни психической травмы, которые порой являются причиной бесплодия, уходят далеко в прошлое, чаще всего, в детство, о чем сама женщина порой и не подозревает.

Как известно, формирование репродуктивной системы женщины начинается еще в антенаталь-

ном периоде. Следующие этапы ее развития – периоды детского и подросткового возраста. Именно они являются определяющими в формировании репродуктивного здоровья. Девушки в подростковом возрасте характеризуются высокой эмоциональностью, резкими колебаниями настроения, недостаточным умением конструктивно развивать свои способности [10].

Неблагополучное материальное положение, неудовлетворительные бытовые условия, соблюдение диет в период полового созревания, низкий уровень культуры и образованности не могут не влиять на состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков [11]. В дальнейшем, на всех этапах формирования организма, репродуктивная система подвергается различным изменениям под влиянием комплекса факторов, в том числе антропогенного загрязнения окружающей среды, социально-экономических условий, нервно-психической нагрузки [1]. Нарушение на одном из этих этапов затрудняет благополучное прохождение следующего, т. е. каждый этап задает важный фундамент для развития. Без правильного формирования собственной половой идентичности никак невозможно гармоничное формирование психоэмоциональной ориентации, установок и социальных ожиданий.

При планировании беременности женщина уже с имеющимися нарушениями полового развития сталкивается с проблемой зачатия. Длительное и порой безуспешное лечение бесплодия приводит к постепенному истощению психики. Те изменения, которые происходят в психологической сфере при бесплодии, не ограничиваются только формированием внутренней картины болезни. Наоборот, затрагиваются многие сферы, в том числе отношение к себе и окружающим. Самоотношение женщин с бесплодием значительно отличается от такового от женщин с бесплодием, в анамнезе уже имеющих детей, в сторону низкой самооценки, самоуверенности, самопринятия, ожидания отрицательного отношения других, высокой внутренней конфликтности и самообвинения [12]. Все это еще больше усугубляет имеющиеся нарушения в психологическом статусе, которые могут вызвать нарушения овуляции, имитирующие эндокринное бесплодие или возникновение идиопатического бесплодия.

Кроме этого, диагноз “бесплодие” влияет не только на психологическое состояние женщины. Семейные пары с диагнозом “бесплодие” по стрессогенности ситуации ученые сравнивают и сопоставляют с такими тяжелыми психотравмами, как утрата члена семьи, неизлечимое заболевание, раз-

вод и т. д. Поэтому и взаимоотношения супругов могут претерпевать серьезные испытания. При женском бесплодии нарушения супружеских взаимоотношений, по данным ученых, наблюдаются чаще, чем при мужском. То, что женщины переживают эту проблему сильнее, чем мужчины, показывают многие исследования [13–17].

Кроме этого, по литературным данным, у 30 % лиц, состоящих в бесплодном браке, имеются отклонения от “нормальной схемы” сексуального поведения: уменьшение частоты половых актов, нарушение оргазма у женщины, мужская импотенция в середине менструального цикла жены и т. д. [18]. Секс становится частью лечения, средством достижения беременности, теряет значение как способ выражения чувств, любви или просто получения удовольствия [18]. Сексуальное здоровье – это основная составляющая проявления фертильности женщины, что необходимо учитывать при обследовании бесплодной пары.

Таким образом, психологический фактор является одной из причин бесплодного брака, в частности женского бесплодия, поскольку выявлена связь обменных процессов и психологических состояний, которые являются основой для развития нарушений репродуктивной функции. Однако истинное значение психогенных факторов в развитии нарушений репродуктивной системы и влияние нарушений репродуктивной функции на возникновение психических состояний, является для специалиста в области репродукции проблемой, требующей понимания и решения [19].

Бесплодие не является самостоятельным заболеванием, это симптомокомплекс, который проявляется нарушением не только на соматическом уровне, но и нарушением психологического, сексуального, социального, межличностного состояния женщины и с годами все указанные нарушения прогрессируют. Выбор тактики лечения нарушений репродуктивной функции мужчины и женщины должен осуществляться с учетом психоэмоционального состояния.

Развитие вспомогательных репродуктивных технологий позволило решать многие проблемы, сопутствующие бесплодию, но проблемы психологической адаптации, к сожалению, не решаются. Необходимо отметить, что именно решение психологических проблем зачастую является тем решающим фактором, который приводит к повышению результативности лечения [12].

Кроме этого, все проблемы, связанные с нарушением репродуктивной функции женщины, берут начало еще в период полового созревания, который является очень ответственным в жи-

ни женщины, так как в этот период происходит подготовка девушки к материнству. При оценке пубертатного созревания и репродуктивного здоровья девушек врачи обычно ограничиваются рассмотрением их физического и полового развития. Клиническая практика свидетельствует о неполноте такого подхода – изучению подлежат также психосексуальное, психическое и социальное развитие. Анализ каждого из перечисленных видов развития имеет самостоятельное клиническое значение и входит в компетенцию разных специалистов – подросткового терапевта, эндокринолога, подросткового гинеколога, медицинского психолога, сексолога [10]. Анализ состояния репродуктивного потенциала позволяет прогнозировать демографическую ситуацию в данном конкретном регионе, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных ими детей, а потому должен служить основой перспективного планирования развития акушерско-гинекологической и педиатрической служб [10].

#### *Литература*

1. Кулаков В.И. Проблемы и перспективы лечения бесплодия в браке / В.И. Кулаков, Т.В. Овсянникова // Акушерство и гинекология. 1997. № 3. С. 5–8.
2. Овсянникова Т.В. Бесплодный брак / Т.В. Овсянникова, И.Е. Корнеева // Акушерство и гинекология. 1998. № 1. С. 32–36.
3. Бесплодный брак / Б. Хадсон, Р.Дж. Пепперелл, К. Вуд и др.; пер. с англ. М.: Медицина, 1986. 331 с.
4. Анохин Л.В. Бесплодие в браке: медико-социальные аспекты / Л.В. Анохин, О.Е. Коновалов. Рязань: РГМУ, 1995. 130 с.
5. Билич Г.Л. Репродуктивная функция и сексуальность человека / Г.Л. Билич, В.А. Божедомов. М.: Росбланкоиздат, 1998. 242 с.
6. Kliger B. Evaluation, therapy and outcome 493 infertile couples / B. Kliger // Fertil. Steril. 1984; Vol. 41. № 1. P. 40–46.
7. Савельева Г.М. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 480 с.
8. Khuri R. Psychogenic amenorrhea: an integrative review / R. Khuri, M. Geri // Psychosomatic. 1981. Vol. 22. № 10. P. 883–893.
9. Бодров В.А. Информационный стресс: учебное пособие для вузов / В.А. Бодров. М.: ПЕР СЭ, 2000. 352 с.
10. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: руководство для врачей / Ю.А. Гуркин. СПб.: ИКФ “Фолиант”, 2000. 574 с.

11. Рапопорт Ж.Ж. Физическое развитие детей / Ж.Ж. Рапопорт, Е.И. Прахин. Красноярск: Изд-во КГУ, 1970. 264 с.
12. Карахалис Л.Ю. Психологические проблемы у женщин репродуктивного возраста с бесплодием различного генеза / Л.Ю. Карахалис // РОАГ. 2007. № 2. С. 35–38.
13. Дементьева Н.О. Психологическое значение фактора неопределенности репродуктивного статуса для психосоциального функционирования женщин с бесплодием: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.О. Дементьева: СПб., 2011. 26 с.
14. Дейнека Н.В. Психологический подход к проблеме бесплодного брака / Н.В. Дейнека, Н.И. Мельниченко // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: материалы Рос. конф. “Психотерапия и клинич. психология в общемед. практике”. СПб., 2000. С. 273–274.
15. Кришталь Е.В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии / Е.В. Кришталь, М.В. Маркова // Журнал медицинская психология. 2008. № 3. С. 17–22.
16. Макаричева Э.В. Позитивная психотерапия и психическая адаптация к бесплодию // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: материалы Рос. конф. “Психотерапия и клинич. психология в общемед. практике”. г. Иваново, 26–28 мая 1999 г. СПб., 2000. С. 327–332.
17. Федина Л.П. Межличностные конфликты, возникающие на фоне принятия решения о преодолении бесплодия методом ЭКО / Л.П. Федина // Психология в России и за рубежом: материалы междунар. заоч. науч. конф. СПб., 2011. С. 63–65.
18. Карибаева Ш.К. Психосоциальные аспекты в программе ЭКО / Ш.К. Карибаева, Л.А. Бадельбаева, Ж.Б. Тойбагарова и др. // Репродуктивная медицина. 2010. № 3–4. С. 41–43.
19. Колчин А.В. Психологические аспекты репродукции человека / А.В. Колчин / Проблемы репродукции. 1995. № 1. С. 33–39.