

УДК 618.177

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Н.Г. Ципурия

Рассмотрены современные методы обследования и лечения бесплодия.

Ключевые слова: женское бесплодие; эндокринное бесплодие; трубно-перитонеальное бесплодие; нарушения репродуктивной функции; бесплодный брак.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL RETROSPECTIVE ANALYSIS OF FEMALE INFERTILITY

N.G. Tsipuria

The article is dedicated to modern methods of examination and treatment infertility.

Key words: female infertility; endocrine infertility; tubal-peritoneal infertility; reproductive disorders; barren marriage.

Важное медико-социальное значение имеет проблема охраны репродуктивного здоровья женщин, улучшения качества жизни женщин, повышения рождаемости и воспроизведения полноценного потомства [1]. Проблема бесплодия распространена во всем мире и актуальность проблемы бесплодного брака не вызывает сомнения. Многие годы показатель частоты бесплодного брака в разных регионах мира остается в пределах 8–19 % и не имеет тенденции к снижению. Сегодня принято считать, что бесплодием страдают более 80 млн человек в мире [2]. По данным Европейской ассоциации репродуктологов, бесплодны около 10 % супружеских пар, в США данный показатель достигает 10–15 %, т. е. 6,1 млн человек в США имеют проблемы репродуктивной функцией [3].

В России доля бесплодных браков достигает 17,5 % и не имеет тенденции к снижению. В 40–60 % случаев бесплодие обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины, в 5–6 % – мужчины, в 27–48 % – нарушениями у обоих супругов, приблизительно в 5–10 % причину бесплодия выявить не удается [4].

Согласно официальным статистическим данным Казахстана и стран Центральной Азии, за последние годы увеличился процент бесплодных браков. В Казахстане страдают бесплодием почти 15–20 % супружеских пар. С этой проблемой сталкивается каждая пятая пара (С. Байкошкарлова).

По определению ВОЗ “...бесплодным считается брак, в котором по тем или иным причинам, происходящим в организме женщины или мужчины, либо обоих партнеров, беременность не наступает при регулярной половой жизни без применения каких-либо противозачаточных средств в течение 12 месяцев при условии детородного возраста супругов” [5].

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 сенсибилизации женского организма; 4) анатомические нарушения в области влагалища и матки [6, 7].

У женщин различают первичное и вторичное бесплодие при отсутствии беременности в анамнезе и при наличии ее в прошлом, а также относительное бесплодие, когда вероятность беременности сохраняется, и абсолютное бесплодие, когда возможность забеременеть естественным путем полностью исключена (при отсутствии матки, маточных труб, яичников, а также при аномалиях развития половых органов) [7].

Целью нашего исследования является выявление факторов риска репродуктивной дисфункции у женщин фертильного возраста и удельный вес

различных видов бесплодия на основании ретроспективного анализа историй болезни с 2008 по 2011 г., который проводился в городских поликлиниках г. Алматы.

Материал и методы исследования. При ретроспективном анализе историй болезни уточнялись клинично-анамнестические, антропометрические данные, проводился анализ гинекологического осмотра, тестов функциональной диагностики, ПЦР диагностики содержимого цервикального канала, эндокринного статуса, который был исследован путем определения гормонов гипофиза (ЛГ, ФСГ, ТТГ, пролактин), гормонов надпочечников (тестостерон, ДГЭА), гормонов яичника (эстрогены и прогестерон), гормонов щитовидной железы (Т3, Т4). Проанализированы также данные метросальпингографии и ультразвуковой диагностики органов малого таза.

Результаты исследования и обсуждение. Ретроспективное исследование проводилось в два этапа. На первом этапе анализа историй болезней был определен удельный вес бесплодного брака, который включал в себя как женское, так и мужское бесплодие и составил 13,8 % от гинекологической патологии (493 карты). На втором этапе были отобраны истории болезней, где причиной бесплодного брака явился женский фактор. Было установлено, что удельный вес женского бесплодия составил 53,7 % (265).

Изучая акушерско-гинекологический анамнез, мы установили, что первичным бесплодием страдали 47,1 % женщин (125), вторичным – 52,8 % (140). Анализируя данные ретроспективного исследования, мы установили, что у 31,6 % (84) женщин с вторичным бесплодием были дети, у остальных (56) наблюдалось невынашивание беременности в виде самопроизвольных выкидышей на ранних сроках.

В результате проведенных исследований установлено, что средний возраст женщин с бесплодием составил $32,2 \pm 0,4$ года. Большинство женщин с бесплодием были в возрасте от 25 до 35 лет, что составило 35 % (95). Каждая третья была в возрасте 36–42 лет (30,5 %). В возрасте 16–24 года было 63 женщины, что составило 23,7 % случаев. Возраст женщин с бесплодием 43 года и более составил 9,8 % (26). Длительность бесплодия варьировала от 1 года до 5 лет и в среднем составляла $2,7 \pm 0,6$ года.

Анализируя истории болезни, мы установили, что большинство пациенток имели неблагоприятный преморбидный фон, характеризующийся различной экстрагенитальной патологией. Сопутствующая экстрагенитальная патология в общей сложности диагностирована у 24,9 % (66) больных

и была представлена патологией гепатобилиарного комплекса – гепатохолецистит, дискинезия желчевыводящих путей – 9,0 % (24), заболеваниями мочевыводящих путей – 9,8 % (26), артериальной гипертензией – 6,0 % (16).

Эндокринно-обменные нарушения характеризовались ожирением и избыточной массой тела у 14,7 % обследованных (39), патологией щитовидной железы – у 9,8 % (26), сахарным диабетом 2-го типа – у 6,6 % пациенток с бесплодием (17). Среднее число сопутствующих заболеваний составило $2,7 \pm 0,3$ на каждую обследованную и свидетельствовало о низком индексе соматического здоровья.

У каждой третьей пациентки с бесплодием установлена различная гинекологическая патология с превалированием заболеваний инфекционно-воспалительного характера, наблюдавшаяся у 22,2 % (59) – хронический эндометрит, сальпингофорит, цервицит, эрозия шейки матки. В 33,5 % случаев (89) выявлена сопутствующая патология гормонозависимых органов и тканей репродуктивной системы – генитальный эндометриозит – 18,4 % (49), миома матки – 8,6 % (23), гиперплазия и полипы эндометрия – 4,1 % (11), дисгормональные заболевания молочных желез – 2,2 % (6). В большинстве случаев – 36,6 % (97) имело место сочетание двух и более гинекологических заболеваний.

Из анамнестических данных выявлено, что у 36,9 % (98) пациенток с бесплодием отмечались нарушения менструальной функции по типу олигоменореи, ациклических маточных кровотечений, дисменореи. Олигоменорея отмечена у 9,8 % (26), мено- и метроррагии отмечены в 7,5 % случаев (20), аменорея – у 6,7 % (18), гипоменструальный синдром – 6,4 % (17), дисменорея – 6,4 % (17) больных. Регулярный менструальный цикл наблюдался у 167 женщин, что составило 63 % случаев.

Путем изучения результатов тестов функциональной диагностики, содержания гормонов в периферической крови определены причины дисфункции яичников. Установлена частота поликистоза яичников, которая составила 15,4 % (41), надпочечниковая гиперандрогения была выявлена у 14 пациенток, что составило 5,2 %, гиперпролактинемия наблюдалась в 8,6 % (23).

Анализируя данные метросальпингографии было установлено, что в 15,8 % (42) случаев маточные трубы непроходимы, частично проходимы у 66 женщин, что составило 24,9 %.

Следует отметить, что, анализируя истории болезни женщин с бесплодием, не удалось установить причину женского бесплодия 14,7 % (39 женщин, им выставлялся диагноз “бесплодие неясного генеза”.

По данным ретроспективного исследования, было установлено, что 27,1 % (72) пациенток получили лечение путем вспомогательных репродуктивных технологий. Эффективность лечения при ВРТ составила 51,3 % (37). Кроме этого, у 35,0 % (93) женщин в результате лечения различными методами наступила беременность.

Таким образом, у женщин с бесплодием имеются нарушения функции многих органов и систем организма с отягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом.

Установлено, что первичным бесплодием страдали 47,1 % женщин, вторичным – 52,8 %. Средний возраст женщин с бесплодием составил $32,2 \pm 0,4$ года. Большинство женщин с бесплодием были в возрасте от 25 до 35 лет, что составило 35 %. Каждая третья была в возрасте 36–42 лет. Длительность бесплодия варьировала от 1 года до 5 лет и в среднем составила $2,7 \pm 0,6$ года. Большинство пациенток имели неблагоприятный преморбидный фон, характеризующийся различной экстрагенитальной патологией, которая была диагностирована по данным ретроспективного исследования у 24,9 % больных. Эндокринно-обменные нарушения характеризовались ожирением и избыточной массой тела у 14,7 % обследованных, патологией щитовидной железы – у 9,8 %, сахарным диабетом 2-го типа – у 6,6 % пациенток с бесплодием.

Нами установлено, что у каждой третьей пациентки с бесплодием установлена различная гинекологическая патология с превалированием заболеваний инфекционно-воспалительного характера, наблюдавшихся у 22,2 %. В 33,5 % случаев выявлена сопутствующая патология гормонозависимых органов и тканей репродуктивной системы. В большинстве случаев – 36,6 % имели место сочетание двух и более гинекологических заболеваний.

Из анамнестических данных выявлено, что у 36,9 % пациенток с бесплодием отмечались нарушения менструальной функции по типу олигоменореи, ациклических маточных кровотечений, дисменореи. Регулярный менструальный цикл наблюдался у 167 женщин, что составило 63 % случаев.

Путем изучения результатов тестов функциональной диагностики, содержания гормонов в периферической крови установлено, что частота поликистоза яичников у женщин с бесплодием составила 15,4 %, надпочечниковая гиперандрогения – 5,2 %, гиперпролактинемия наблюдалась в 8,6 %.

По результатам данных метросальпингографии установлено, что у 15,8 % случаев маточные трубы непроходимы, частично проходимы у 24,9 % женщин.

В 14,7 % случаев, по данным ретроспективного исследования, установить причину женского бесплодия не удалось.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что необходимы дальнейшие исследования в области репродуктологии, которые помогут более детально изучить особенности женского организма с бесплодием.

Многообразие факторов, ответственных за нарушение репродуктивной функции, требует разработки алгоритмов обследования супружеских пар с учетом не только клинических аспектов заболевания, но и психологического состояния женщины, семейной ситуации и социальной адаптации бесплодных пациенток, что позволит четко определить критерии выбора метода терапии и значительно повысить эффективность лечения бесплодия.

Кроме этого, профилактические мероприятия, диспансеризация, здоровый образ жизни, правильное воспитание девочек-подростков помогут снизить уровень гинекологической патологии, что является профилактикой нарушений репродуктивной системы женщины.

Литература

1. Раисова А.Т. Гиперандрогения и нарушения репродуктивной функции у женщин / А.Т. Раисова. Алматы, 1998. С. 139
2. Овсянникова Т.В. Современные принципы диагностики и лечения бесплодного брака / Т.В. Овсянникова, Д.П. Камилова, А.А. Феоктистов // Гинекология. 2009. № 4. С. 30–33.
3. Хоржевский А.А. Клинико-морфологическая характеристика иммунного ответа в эндометрии женщин с трубной формой первичного бесплодия / А.А. Хоржевский, С.А. Игошина, А.К. Кириченко // Проблемы репродукции. 2008. № 3. С. 48–52.
4. Кулаков В.И. Проблемы и перспективы лечения бесплодия в браке / В.И. Кулаков, Т.В. Овсянникова // Акушерство и гинекология. 1997. № 3. С. 5–8.
5. World Health Organization. The Epidemiology of Infertility. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series. Geneva, 1975. N 582. P. 48–123.
6. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1029 с.
7. Савельева Г.М. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 480 с.