

Г.Н. ИНДИАМИНОВА, Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА, У.О. ЮЛДАШЕВА

Самаркандский Государственный медицинский институт,

Республика Узбекистан, г. Самарканд

**MODERN VIEWS ON THE DEVELOPMENT OF SECONDARY INFERTILITY IN WOMEN**

G.N. INDIAMINOVA, G.SH. ELTAZAROVA, U.O. YULDASHEVA

Samarkand State medical institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Инфертильность, т.е. неспособность иметь потомство, является тяжелым состоянием, нарушающим социальную и психологическую адаптацию человека, влияющим на его здоровье и качество жизни. В силу этого бесплодие в семье остается одной из важнейших медицинских и социальных проблем. Согласно результатам эпидемиологических исследований, частота бесплодия колеблется в среднем от 8% до 17%. По оценке специалистов, например в Европе, бесплодных пар насчитывается около 10%, в США - 8-15%, в Канаде - 17%, в Австралии - 15,4%, в России - 17,5%, в Узбекистане колеблется в пределах 15-17% [1,6,13].

По данным ВОЗ, бесплодный брак - это отсутствие беременности в течение одного года у супругов детородного возраста при условии регулярной половой жизни без применения каких-либо средств контрацепции. Согласно данным ВОЗ около 30% супружеских пар сталкиваются с проблемой бесплодия. Бесплодный брак является причиной развода для 50-70% супружеских пар [2, 4].

Беспорным является то, что зачатие - процесс, в котором участвуют оба супруга, причем доля мужских и женских причин бесплодия приблизительно равна, кроме того каждая 4-я супружеская пара имеет сочетание нескольких факторов. Изучение факторов бесплодия в браке различными авторами показало, что почти у каждой второй семейной пары (44,3-52,7%) бесплодие обусловлено заболеваниями органов репродуктивной системы женщины, у 6,4-19,4% семей - в результате патологии репродуктивной функции мужчины, а более трети семей (34,2-38,7%) имеют бесплодие, обусловленное патологией репродуктивной функции обоих супругов [7].

Тем не менее, не опровержимым фактом является то, что по последним данным экспертной оценки, показатель женского бесплодия за последние 5 лет увеличился на 14%, что является причиной более тщательного

изучения причин и факторов женского бесплодия [6, 12, 14].

В настоящее время ВОЗ выделяет 21 причину женского бесплодия, среди них, это аномалии внутриутробного развития матки, патология или отсутствие яичников, непроходимость или отсутствие маточных труб, гормональные нарушения, преждевременное угасание функции яичников, иммунное бесплодие, хронический эндометрит, эндометриоз и другие [3, 9]. У женщин различают первичное и вторичное бесплодие при отсутствии беременности в анамнезе и при наличии ее в прошлом. Таким образом, вторичным женским бесплодием или бесплодием 2 степени, называется невозможность снова забеременеть в течение 1 года после родов, также после аборта, выкидыша и внематочной беременности [2, 6, 10, 13].

Нарушения репродуктивной функции женщин является следствием множества причин, среди которых ведущими являются трубно-перитонеальный фактор, эндокринные формы, эндометриоз, маточный фактор и бесплодие неясного генеза. Следует отметить, что практически у половины бесплодных женщин отмечается сочетание от 2 до 5 факторов и более, нарушающих репродуктивную функцию [3, 10, 11]. Среди причин женского бесплодия доля трубно - перитонеального достигает 40-50% [2, 10, 14]. Принято выделять 2 основные формы трубного бесплодия: 1- нарушение функции маточных труб, обусловленное многочисленными причинами, в частности, воспалительными заболеваниями, нарушениями синтеза половых гормонов и даже хроническими психическими стрессами. 2- органическое поражение маточных труб, чаще всего причиной которого являются спайки, как результат воспалительного процесса. О перитонеальной форме бесплодия говорят в случаях когда спайки возникают в брюшной полости вокруг маточных труб, между маточными трубами и яичниками, между маткой, придатками, кишечником или

другими органами брюшной полости. Если блок возникает на обоих концах трубы, то воспалительный выпот накапливается в маточной трубе, она превращается в своеобразный воспалительный «мешок» - сактосальпинкс, что приводит к необратимой утрате маточными трубами своих функциональных способностей [10].

Спайки зачастую являются осложнением не только хирургических методов лечения (в 60-100%), но и воспалительных заболеваний органов малого таза (в 40-70% случаях), а также инвазивных методов диагностики, применяемых в гинекологии [8]. Спаечной болезнью страдает от 7 до 27% женщин репродуктивного возраста. Ему в 30-60% случаев сопутствует бесплодие, чаще трубно-перитонеальное, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость этой патологии.

Эндокринные факторы, среди других причин бесплодия, занимают 15-30%. Эндокринное бесплодие - нарушение репродуктивной функции женщины, вызванное отсутствием нормального фолликулогенеза в яичниках и овуляции, обусловленное патологическими изменениями гипоталамо-гипофизарно-яичниковой и надпочечниковой систем. Из числа причин эндокринного бесплодия дисфункция фолликулярного аппарата составляет 45% случаев. Кроме нарушения процессов созревания фолликула и овуляции причиной бесплодия может быть недостаточность функции желтого тела, т.е. недостаточность лютеиновой фазы цикла. Частота этого состояния среди всех причин бесплодия составляет 12-25% [3, 4, 9, 10].

Среди различных причин бесплодия эндометриоз занимает одно из ведущих мест. По данным разных авторов, эндометриоз встречается с частотой до 20-30% среди бесплодных женщин и с частотой до 20-25% среди женщин, обратившихся к специалистам с жалобами на боли внизу живота. Эндометриоз диагностируется в 7-10% случаев при обследовании по поводу опухолевых образований малого таза. Это патология занимает третье место среди всех гинекологических болезней после воспалительных заболеваний и миомы матки. При наличии бесплодия и не обнаружении других причин нарушения репродуктивной функции - сохраненный ритм менструаций, двухфазная базальная температура, отсутствие воспалительных заболеваний, проходимость маточных труб, фертильная сперма мужа - можно вполне обоснованно предполагать наличие наружного генитального эндометриоза,

который подтверждается при лапароскопии у 70-80% больных. Бесплодие при эндометриозе может быть обусловлено двумя причинами - спайками и неблагоприятной для оплодотворения средой [4, 7, 10].

Также к причинам нарушения репродуктивной функции женщин можно отнести маточный фактор, который составляет 24-62% среди возможных причин бесплодия [14]. Маточная форма бесплодия возникает при анатомических, врожденных или приобретенных дефектах матки. Любой патологический процесс, нарушающий анатомио-функциональное состояние матки, способствует формированию бесплодия. К значимым патологическим изменениям матки, влияющим на репродуктивную функцию, относятся врожденные (полная или неполная внутриматочная перегородка, двурогая, седловидная матка) и приобретенные (хронический эндометрит, гиперплазия и полипы эндометрия, внутриматочные синехии, деформация полости матки за счет узлов миомы) аномалии матки [13].

Аномалии развития матки относятся к ее врожденным поражениям и встречается у 2% женщин с бесплодием. Патогенез бесплодия при пороках развития матки связан с функциональной неполноценностью эндометрия ввиду снижения количества желез и рецепторов эстрогенов и прогестерона. Хронический эндометрит у женщин с бесплодием выявляется в 10-15% случаев, у 37% из них были неудачные попытки ЭКО. При хроническом эндометрите и внутриматочных синехиях происходит изменения в тканевой структуре эндометрия, вызывающие нарушения его пролиферации, циклической трансформации и препятствующие имплантации [10, 11, 12, 14].

Возраст женщины играет важную роль в наступлении беременности. Самый благоприятный возраст для наступления беременности от 18 до 35 лет. Среди женщин более старшего возраста вероятность наступления беременности снижается в 2-2,5 раза. Отрицательное влияние на репродуктивную функцию человека оказывают неблагоприятные производственные факторы.

По данным ряда авторов среди женщин вторичное бесплодие встречается в 2-3 раза чаще, чем первичное и при лечении первичного бесплодия беременность наступает у 22 % женщин, при лечении вторичного - у 28,3% женщин [3, 8, 11].

Особенно часто вторичное бесплодие отмечается при искусственном прерывании первой беременности. По имеющимся

сведениям, в таких случаях до 30% женщин становятся бесплодными. Только каждая 5-я пациентка становится бесплодной после острого воспалительного процесса половых органов, а в половине случаев – в результате хронических заболеваний. Кроме того, нередко обратившиеся по поводу бесплодия женщины считают себя здоровыми, и лишь целенаправленное обследование позволяет предположить у них наличие воспалительного процесса гениталий в прошлом [9]. К вторичному бесплодию может привести внематочная беременность, которая часто является поздним осложнением воспалительного процесса в маточных трубах. После операции по поводу внематочной беременности у трети женщин наступает стойкое бесплодие, чаще встречающееся в тех случаях, когда внематочной была первая беременность или ей предшествовали аборты. К факторам риска вторичного бесплодия также относятся раннее начало половой жизни, вредные и тяжёлые условия труда, злоупотребление алкоголем [1, 3].

И, к сожалению, очень часто – почти в 20% случаях – врачи причиной вторичного бесплодия ставят так называемую «биологическую несовместимость», за которой, как правило, скрывается невозможность объяснения или выявления причины бесплодия. Современные диагностические методы позволили практически устранить так называемое идиопатическое бесплодие, когда причина infertility не установлена. Тем не менее, всеми исследователями признается тот факт, что около 5% супружеских пар бездетны, однако, в то же время, доступными методами не обнаруживаются анатомические и функциональные дефекты репродуктивной системы [5, 13].

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что в настоящее время имеется возможность выявления разнообразных прямых и косвенных причин женского бесплодия, также, предрасполагающих факторов развития infertility у женщин. Большая часть этих причинных факторов являются излечимыми при своевременном выявлении и наличии необходимых условий. Тем не менее, до сих пор в гинекологической практике встречаются случаи, когда основная причина бесплодия супружеских пар остается неясным или не до конца точным. Поэтому научные исследования для изучения факторов женского бесплодия необходимо продолжать с

применением современных технологий диагностики и изучением по возможности большого контингента женщин.

### Литература:

1. Бесплодный брак; Под ред. В.И. Кулакова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-616с.
2. Гинекология. Под ред. акад. РАМН Г.М. Савельевой, проф. В.Г. Бреусенко - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.- 295с.
3. Бесплодный брак. В.П. Сметник / неоперативная гинекология. В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. - М., 2000.
4. Трансвагинальная эхография в диагностике эндокринного бесплодия. В.Д. Деджо - Международный медицинский журнал, 2009, №4.
5. Гинекология. Национальное руководство. Под. Ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. - Изд. группа «ГЭОТАР- Медиа». 2009, 332с.
6. Значение офисной гистероскопии в диагностике маточного фактора бесплодия и лечения таких больных: научное издание / Ш.Н. Борцвадзе, Т.А. Джигладзе. Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2012, №5.
7. Характеристика поражений репродуктивных органов супругов в бесплодном браке инфекционного генеза. И.А. Ваисов, Л.М. Мадаминов. – Вестник врача. Самарканд, 2009, №3.
8. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин. Т.А. Назаренко, Э.Р. Дуриян. // Гинекология. Том 6 /№6/2004.
9. Основные аспекты эндокринного бесплодия у женщин фертильного возраста. Д.К. Нажмутдинова, Ш.Ш. Насырова, //Мед. Журн. Узбекистана – 2006, №6. 67-71с.
10. Лечение бесплодия. 2-е издание/ В.С. Корсак. Изд.дом «Нева», 2004. 59-69с.
11. Диагностика и лечение женского бесплодия. В.И. Кулаков, И.Е. Корнеева. Практическая гинекология. /Под ред. В.И. Кулакова. - М., 2009. 220с.
12. Keay S.D., Liversedge N.H., Mathur R.S. et al. Assisted conception following poor ovarian response to gonadotrophin stimulation. British J. Obstet. Gynec. 2007. May. 144. - P. 521-527.
13. Uterine factors and infertility. Sanders B.J Reprod Med 2006; 51:3: 169-176.
14. Jinno M., Ozaki T., Iwashita M., Nakamura Y. Measurement of endometrial tissue blood flow: a novel way to assess uterine receptivity for implantation. Fertil Steril, 2011; 76: 6: 1168 - 1174.