

УДК 618.112-097-008.9:618.177-089.888.11

Рашидова Махлиёхон Баходир кизи

Частная медицинская больница «Медикал центр»

ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИССЛЕДОВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ВТОРИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Резюме: Женщины с успешными беременностями и родами в прошлом, которые в настоящее время не могут забеременеть и родить ребенка, получают диагноз «вторичное бесплодие» или «бесплодие 2 степени». Такая форма репродуктивной дисфункции может возникнуть по ряду причин:

Возраст. Начиная с 30 лет, происходит постепенное угасание репродуктивной функции женщины. Это связано с истощением овариального резерва, неблагоприятными изменениями в хромосомах яйцеклеток, «накоплением» хронических болезней организма.

Инфекции. Перенесенные инфекционно-воспалительные заболевания могут привести к патологическим изменениям в органах репродуктивной системы.

Осложнения после абортов, выскабливаний, родов. Повреждения эндометрия матки могут нарушать процесс имплантации плодного яйца и приводить к вторичному бесплодию.

Новообразования репродуктивной системы. Полипы, кисты, миомы препятствуют наступлению беременности либо являются угрозой для успешного вынашивания ребенка.

Иммунологическая несовместимость супругов. Иммунитет женщины может агрессивно реагировать на репродуктивные клетки мужчины, тем самым, не позволяя произойти зачатию и наступлению беременности. В этом случае говорят о наличии антиспермальных антител.

В данной статье рассматриваются вопросы изучения значимости функциональных исследований мочевыделительной системы в развитии вторичного бесплодия у женщин

Ключевые слова: вторичная бесплодия, мочеполовая система, беременность., функциональная исследования.

*Rashidova Mahliekhon Bahodir kizi
Private Medical Hospital "Medical Center"*

**THE IMPORTANCE OF FUNCTIONAL STUDIES OF THE
GENITOURINARY SYSTEM IN THE DEVELOPMENT OF
SECONDARY INFERTILITY IN WOMEN**

Resume: Women with successful pregnancies and childbirth in the past, who are currently unable to get pregnant and give birth to a child, receive a diagnosis of "secondary infertility" or "infertility of the 2nd degree". This form of reproductive dysfunction can occur for a number of reasons:

Age. Starting from the age of 30, there is a gradual extinction of a woman's reproductive function. This is due to the depletion of the ovarian reserve, unfavorable changes in the chromosomes of eggs, the "accumulation" of chronic diseases of the body.

Infections. Transferred infectious and inflammatory diseases can lead to pathological changes in the organs of the reproductive system.

Complications after abortions, curettage, childbirth. Damage to the endometrium of the uterus can disrupt the process of implantation of the fetal egg and lead to secondary infertility.

Neoplasms of the reproductive system. Polyps, cysts, fibroids prevent the onset of pregnancy or are a threat to the successful bearing of a child.

Immunological incompatibility of spouses. A woman's immune system can react aggressively to a man's reproductive cells, thereby preventing conception and pregnancy from occurring. In this case, they talk about the presence of antisperm antibodies.

This article discusses the issues of studying the significance of functional studies of the urinary system in the development of secondary infertility in women

Key words: secondary infertility, genitourinary system, pregnancy., functional studies.

Актуальность. Бесплодием страдают мужчины и женщины во всем мире. Оценка распространенности данного состояния в настоящее время неточна, считается, что более 8% супружеских пар в течение репродуктивного периода сталкиваются с данной проблемой (ВОЗ, 1993). При расчете на общую популяцию это значит, что в мире насчитываются миллионы супружеских пар, для которых проблема бесплодия является причиной личных страданий и влечет за собой распад семьи.

Клинический подход к обследованию и лечению пациентов, страдающих бесплодием, достаточно сильно варьирует в различных клиниках в зависимости от применения тех или иных методов обследования (гормональный и инфекционный скрининг, УЗИ, эндоскопические методы). Во многих клиниках, занимающихся обследованиями бесплодных супружеских пар, объем проводимого обследования неодинаков. Недостаточно определены критерии, используемые в диагностике некоторых форм бесплодия, по-разному интерпретируются клинические данные, не унифицированы различные лабораторные показатели [2,9].

Существующее многообразие факторов, ответственных за нарушение репродуктивной функции, требует соблюдения стандартизованных методик обследования пациентов, критериев отбора и выбора метода терапии, что значительно повышает эффективность проводимого лечения.

Обследование пары по поводу бесплодия начинают с беседы с обоими

супругами, так как репродуктивная способность у мужчин снижена в 30 – 40% случаев бесплодного брака [1,5].

Обследование супружеской пары должно быть обеспечено консультациями сексопатолога, невропатолога, терапевта и юриста.

Сроки обследования по поводу бесплодия не должны превышать 2 – 3 мес, а лечения – 2 лет с момента обращения в клинику. Супружеская пара может быть предупреждена, что средняя частота наступления беременности после лечения бесплодия не превышает 40% и колеблется от 20 до 80% в зависимости от характера нарушения репродуктивной функции. В настоящее время установлено, что после полного клинико-лабораторного обследования у 5 – 10% пар причина бесплодия остается невыясненной. При первой беседе супругам необходимо разъяснить, что без полного поэтапного обследования, только после 1 – 2 визитов к врачу не стоит рассчитывать на желаемый результат»[4,9].

Алгоритм обследования при женском бесплодии должен прежде всего включать анализ клинико-анамнестических показателей. При опросе следует обращать внимание на длительность бесплодия и связь нарушения репродуктивной функции с какими-либо факторами. Необходимо подробно описывать характер менструальной функции, изменение массы тела за короткий период времени, наличие выделений из молочных желез. Кроме того, учитывается и психологическая ситуация в семье.

Большое внимание уделяется перенесенным ранее заболеваниям, оперативным вмешательствам, поскольку наличие в прошлом любых гинекологических операций – по поводу кист яичников, внематочной беременности, хирургического лечения шейки матки, абортов, осложненного течения родов – может стать причиной бесплодия.

Следует выяснить, были ли диагностированы у женщины заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз, гонорея, вирусная

инфекция и др.), поскольку известна их роль в развитии приобретенной патологии маточных труб [3,7].

В исследованиях ВОЗ (1993) отмечалось, что практически у половины женщин, обследованных по поводу бесплодия, воспалительные процессы гениталий были гонококковой этиологии, у остальных выявлялись хламидийная, микоплазменная, вирусная и другие неспецифические инфекции[6,8]. Распространенность хламидийной инфекции резко повысилась за последние годы. Это связано частично с широким внедрением более точных методов выявления возбудителя, но и отражает высокий уровень инфицированности.

Цель исследования. Изучить важность функционального исследования мочеполовой системы в развитии вторичного бесплодия у женщин и соотнести его с современными методами.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 150 пациентов с развитием вторичного бесплодия и имеющих проблемы с мочевыделительной системой, а также отобрали 20 здоровых добровольцев для сравнения.

Результаты и обсуждения. Доля женщин с патологией мочевыводящих путей в составе больных бесплодием достигает 37%, причем половина из них - женщины старше 40 лет. Наблюдается четкая тенденция к увеличению числа женщин, страдающих этой патологией, обращающихся за лечением бесплодия.

Основными причинами лечения бесплодия у женщин с патологией мочевыделительной системы являются повторный брак и отсутствие адекватной медицинской помощи (42 и 40%) при своевременном лечении пациенток.

Женщины с этой системной патологией чувствуют себя относительно комфортно с точки зрения социально-экономического статуса, образования, уровня доходов и материальной обеспеченности.

Функциональная активность репродуктивной системы определяется состоянием овариального резерва пациенток, их маркерами являются продолжительность менструального цикла, уровни ФСГ и АМГ, размер яичников и количество антравальных фолликулов в них; в то же время нормальный овариальный резерв характеризуется регулярным менструальным циклом продолжительностью 28-30 дней, яичники не менее 5 см³, количество антравальных фолликулов в них не менее 5 в каждом; при уменьшении резервов яичников уменьшается менструальный цикл, повышается уровень ФСГ, снижаются значения ингибиторов В и АМГ, уменьшается объем яичников, уменьшается количество антравальных фолликулов в них. Наиболее точным признаком из всех биохимических показателей, отражающим состояние овариального резерва и прогнозирующим снижение и потерю функции репродуктивной системы, является концентрация АМГ в сыворотке крови.

Состояние овариального резерва связано с возрастом пациенток. У женщин в возрасте до 40 лет нормальный овариальный резерв составлял 75%, только в 22% случаев в возрасте от 40 до 45 лет, и у всех пациенток старше трех лет и 45 лет овариальный резерв был снижен или был обнаружен очень незначительно. Исключение составляют пациентки с эндокринной патологией: старение яичников при ПСО задерживается почти на 10 лет, по сравнению со сверстниками с овуляторным менструальным циклом, при первичном гипогонадотропном гипогонадизме параметры овариального резерва не меняются в течение жизни женщины.

У женщин с патологией мочевыделительной системы с эндометриоидными кистами яичников тактика лечения бесплодия

определяется размерами кист и состоянием овариального резерва пациентки. При наличии эндометриоидных кист размером до 3 см художественные программы без предоперационного лечения приводят к беременности у 24% женщин.

Хирургическое лечение миомы матки небольших размеров, не деформирующей полость у женщин позднего репродуктивного возраста, приводит к ухудшению параметров овариального резерва во время послеоперационной реабилитации в течение 8-12 месяцев, что снижает эффективность лечения бесплодия после двух и более раз. Проведение художественных программ у женщин с миоматозными узлами, которые не разрывают полость матки, эффективно у 25% пациенток.

Эффективность художественных программ у женщин позднего репродуктивного возраста определяется не характером схем стимуляции яичников и эмбриологическими предпочтениями, а состоянием резерва яичников.

В программах АРТ у пациенток позднего репродуктивного возраста с нормальными овариальными резервами достигает 11%, при этом только у 29% овариальных резервов снижается частота наступления беременности. У пациенток с очень низким овариальным резервом лечение бесплодия с использованием их яйцеклеток неэффективно.

Среди пациенток позднего репродуктивного возраста очень низкий уровень и половина пациенток со сниженными резервами яичников должны использовать донорские яйцеклетки для выполнения репродуктивной функции у всех женщин. Возраст 42 года очень важен для получения их яйцеклеток в программах ВРТ.

Частота репродуктивных потерь у женщин позднего репродуктивного возраста составляет 30%, они достигают беременности с помощью методов ВРТ, хотя частота неонатальных осложнений и пороков развития

рожденных детей не превышает популяционную норму во время беременности.

Вывод. Для клинической практики рекомендуется комплекс лечебно-диагностических мероприятий, который оценивает состояние репродуктивной системы у женщин с патологией мочевыводящих путей. Разработаны и рекомендованы к применению в клинической практике методы оценки овариального резерва у женщин с бесплодием, позволяющие прогнозировать перспективы реализации репродуктивной функции. Были определены показатели нормального, сниженного и крайне низкого овариального резерва. Исследования показали, что включение параметров оценки функциональных возможностей яичников в алгоритм обследования пациенток с бесплодием позволяет повысить эффективность и безопасность лечения. Снижение функционального резерва яичников, способствующее выявлению аниклаша, позволяет избежать необоснованных диагностических и терапевтических мер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. - М. : Наука, 2001. - 165 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. - М. : Практика, 1998. - 459 с.
3. Елкманн Е., Фандрей Я., Пагел Х. Ингибиование продукции эритропоэтина провоспалительными цитокинами // Гематология и трансфузиология. - 1997. - Т. 42. - № 1. - С. 16-19.
4. Кулаков В.И., Маргиани Ф.А., Назаренко Т.А. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов // Акушерство и гинекология. - 2001. - № 3. - С. 33-39.

5. Луговская С.А. [и др.]. Лабораторная гематология. - М. : Наука, 2006. - 150 с.
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология : руководство для врачей. - М. : ООО МИА, 2000. - 592 с.
7. Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза // Гинекология. - 2001. - Т. 1. - № 3. - С. 12-14.
8. Nemeth E., Valore E.V., Territo M. Hepcidin a putative mediator of anemia of inflammation is a type II acute-phase protein // Blood. - 2003. - Vol. 101. - P. 2461-2463.
9. Watanabe K., Kawai Y., Takeuchi K., Shimizi N. Reticulocyte maturity as an indicator for estimating qualitative abnormality of erythropoiesis // Journal of Clinical Pathology. -1994. - Vol. 47. - P. 736-739.
10. Weiss G., Goodnough L.T. Anemia of Chronic Disease // New. Eng. J. Med. - 2005. - Vol. 352. - № 10. - P. 1011-1023.