

УДК 618.177

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДНЫХ СУПРУЖЕСКИХ ПАР

© Д.А. Ходжамуродова, Г.Д. Истамова, С. Хайридинова, А.В. Гулин

Ключевые слова: репродуктивная система; женское бесплодие; репродуктивный возраст; бесплодный брак; длительность бесплодия.

Показатель эффективности наступления беременности у 1278 больных с бесплодием составил 61,1 %, который был максимальным у женщин в возрасте от 19 до 29 лет и длительностью бесплодия от 1–4 года с незначительными изменениями маточных труб (фимоз фимбрий) и при наличии спаечного процесса в малом тазу I–II степени распространения. Высокий процент наступления беременности у обследованных больных с бесплодием, проживающих в Таджикистане, можно связывать с некоторыми положительными региональными особенностями, такими как молодой возраст супружеских пар, низкий процент количества аборт, наличие постоянного полового партнера у женщин, низкий процент наружного генитального эндометриоза.

Всемирная организация здравоохранения классифицирует бесплодие как глобальную проблему здоровья [1]. По данным авторов, с увеличением возраста отмечается снижение фертильности, которое начинается с 32 лет и драматически падает в возрасте 37 лет. Естественный месячный уровень оплодотворения составляет около 25 % в возрасте между 20 и 30 годами и уменьшается до 10 % в возрасте свыше 35 лет. С возрастом присоединяются ожирение, соматические и гинекологические заболевания, что способствует бесплодию и невынашиванию беременности. Диагностика и лечение бесплодия должна быть начата как можно раньше, особенно у женщин в возрасте 35 лет и выше. Информация об овариальных данных пациенток очень важна для выбора тактики их лечения [2–4]. В настоящее время большинство европейских женщины стремятся к получению высшего образования, делают карьеру, имеют интенсивный график работы вне дома, поздно выходят замуж и не торопятся рожать детей [5–7].

В литературе описано, что число фолликулов в яичниках в раннюю фолликулярную фазу цикла у женщин в возрасте 22–25 лет составляет 35,5, тогда как в возрасте 39–42 года – 19,0. Число фолликулов, измеренных в раннюю фолликулярную фазу, может служить качественным методом в определении индивидуального овариального резерва [8].

Были исследованы результаты овариальной биопсии при лапароскопической операции у пациенток с бесплодием в возрасте 19–45 лет. Выяснилось, что среднее число фолликулов в мм³ яичника прямо зависело от возраста пациенток (17,0 в мм³ до 35 лет и 5,2 в мм³ после 35) и что с возрастом средний объем яичника уменьшается (10,4 см³ до 35 лет и 6,1 см³ – после 35) [9].

Прежде чем выбрать адекватные и эффективные методы, восстанавливающие овуляцию и приводящие к успешной реализации репродуктивной функции, необходимо четко оценить уровень повреждения и функциональные резервы репродуктивной системы на основании гормонального обследования. Важен также этап

подготовительной терапии к циклу стимуляции овуляции в зависимости от клинико-гормональных особенностей женщины и выбор оптимальной схемы стимуляции овуляции с динамическим клинико-лабораторным контролем стимулированного цикла [5, 10–11].

По мнению авторов, при неэффективности ранее выполненных реконструктивно-пластических операций на органах малого таза повторные хирургические вмешательства нецелесообразны. В таких случаях, а также в старшем репродуктивном возрасте показано применение методов ВРТ [12–14].

В отличие от данных зарубежных исследований [15–17] в Таджикистане встречаются ранние, неравные и насильственные браки, которые усугубляют нарушения психофизиологических процессов в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе. Тем не менее, в республике не существует достоверных данных об особенностях репродуктивного поведения населения, частоте и характере репродуктивных нарушений, которые способствуют многочисленным диагностическим и тактическим ошибкам врачей, провоцирующим снижение качества жизни и малоэффективность проводимой терапии.

Особенности репродуктивного поведения обосновывают необходимость изучения причинных факторов, особенностей клинического течения, диагностики и наступления клинической беременности в нашей стране.

Цель исследования: изучить частоту наступления клинической беременности у женщин с бесплодием в зависимости от возраста и длительности бесплодия.

В отделении гинекологической эндокринологии Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии всего было обследовано и подвергнуто лечению 1278 супружеских пар с бесплодием.

Критериями отбора больных с патологией репродуктивной системы послужили фертильный возраст супругов, длительность бесплодия свыше 1 года, продолжительность безуспешного лечения во многих ста-

ционарах города и по месту жительства в областных, районных, сельских центрах.

Методы исследования предусматривали: беседу с супружеской парой; объективное обследование; измерение ИМТ и подсчет гирсутного числа; оценку состояния молочных желез и гинекологического статуса; консультацию андролога (оценка фертильности спермы супруга); определение концентрации йода в разовой порции мочи у женщин; инфекционный и гормональный скрининг; пост-коитальный тест (ПКТ); эхографические методы исследования матки и яичников (мониторинг фолликул), щитовидной и молочной железы, надпочечников; тиреоэхографию и эндоскопические методы исследования (гистероскопия, хромосальпингоскопия, лапароскопия). По показаниям также проводили: магнитно-резонансную томографию головного мозга; изучение углеводного обмена, включающее пероральный глюкозо-толерантный тест (ПГТТ); определение показателей липидного спектра крови и морфологические исследования прицельного материала.

Средний возраст 1278 обследованных женщин с бесплодием составил $24,71 \pm 0,28$ лет. В основном страдали бесплодием в раннем и активном (от 15 до 29 лет) репродуктивном возрасте (70,4 %). Эти данные отличались от показателей женщин с бесплодием европейского региона, где деторождение откладывается на более поздний срок.

Раннее обращение за медицинской помощью супружеских пар обусловлено национально-традиционными особенностями региона, предусматривающими своевременную реализацию репродуктивной функции.

Средняя длительность бесплодия обследованных супружеских пар составила $5,78 \pm 0,11$ лет. Средняя продолжительность совместной жизни у обследуемых супружеских пар с бесплодием составила 7 лет, но с 8-го года совместной жизни этот показатель падает в 3 раза, а к 14 и к 18 годам – в 5 раз. Продолжительность брака после 20 лет совместной жизни отмечалась в 3,5 % случаев.

При изучении структуры бесплодия у обследованных больных выявлено, что первичное бесплодие у женщин превалирует над вторичным бесплодием (55,7 против 44,3 %).

Анализ перенесенных инфекционных и экстрагенитальных патологий у женщин с бесплодием выявил, что наиболее часто встречались йод-дефицитные заболевания у 750 (58,7 %) женщин, анемия – у 572 (44,8 %), хронический пиелонефрит – у 712 (55,7 %), хронический цистит – у 542 (42,4 %), брюшной тиф – у 391

(30,6 %), инфекционные и вирусные гепатиты – у 426 (33,3 %) больных.

Женщинам при проведении гинекологических операций в подавляющем большинстве случаев проводилась лапаротомия, частота которой составила 42,1 % от всех хирургических вмешательств. Согласно анамнестическим данным, осложненное течение предыдущей беременности выявлено у 403 (31,53 %) женщин с вторичным бесплодием, внематочная беременность – у 254 (19,9 %). Вновь наступившая беременность у 413 (32,3 %) больных с вторичным бесплодием также протекала с осложнениями в виде ранних и поздних выкидышей, преждевременных родов, высоким уровнем пороков развития плода и неонатальной смертности.

Из общего числа обследованных больных у 312 (24,4 %) был диагностирован эутиреоз, у 350 (27,4 %) – субклинический гипотиреоз, у 162 (12,7 %) – манифестный гипотиреоз и у 50 (3,9 %) больных – гипертиреоз (болезнь Грейвса).

Обязательным обследованием у женщин с бесплодием являлся инфекционный скрининг на TORCH-комплексе. Наиболее частыми инфекциями половых путей у женщин с бесплодием являлись бактериальный и кандидозный вагиниты (от 38 до 50 %). При культуральном исследовании вагинального отделяемого частота ИППП варьировала от 23 до 56 % случаев. Анализ частоты перенесенных инфекционных и половых заболеваний показал наличие трихомониаза у 76 %, хламидиоза у 50 % и гонореи у 11 % больных на фоне вирусных инфекций (ЦМВ и ВПГ), обнаруженных в 51 % случаев и приводящих к снижению иммунной системы женщины, а также к тяжелым и затяжным спаечным процессам малого таза.

Для оценки анатомического состояния органов репродуктивной системы всем пациенткам было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза, а также лапароскопия и гистероскопия.

При УЗИ проводилось измерение размеров матки и яичников в стандартных проекциях, выявившее гипоплазию матки у 377 (29,5 %) бесплодных женщин. Также у обследованных больных диагностирован хронический эндометрит (46 %), миома матки (8,93 %) и аденомиоз (16,1 %). Частота встречаемости доброкачественных опухолей яичников различного генеза составила 20 % случаев, в их числе функциональные кисты – 3,31 %.

Анализ частоты наступления клинической беременности у обследованных женщин с бесплодием в зависимости от возраста представлен на рис. 1.

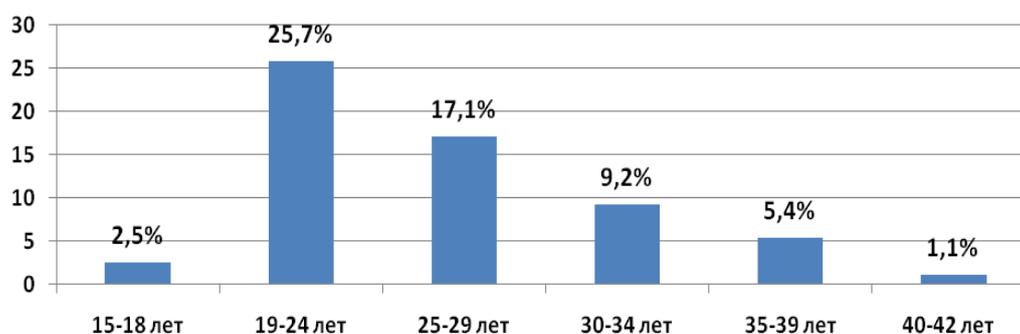


Рис. 1. Частота наступления беременности в зависимости от возраста ($n = 1278$)

Таблица 1

Частота наступления беременности в зависимости от длительности и клинико-патогенетической формы бесплодия

Клинико-патогенетические формы бесплодия	Эндокринный фактор, n = 469		Трубно-перитонеальный, n = 384		Маточный фактор, n = 158		Другие формы, n = 41		Всего, n = 1278	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Длительность бесплодия в годах										
1	48	10,20	34	8,86	20	12,66	8	19,5	110	8,6
2	93	19,83	32	8,3	36	22,79	4	9,8	165	12,9
3	80	17,06	60	15,53	8	5,1	6	14,6	154	12,1
4	50	10,66	16	4,17	–	–	4	9,8	70	5,48
5	54	11,51	16	4,17	–	–	4	9,8	74	5,79
6	28	5,97	6	1,6	–	–	–	–	34	2,66
7	28	5,97	4	1,04	4	2,5	–	–	36	2,82
8	16	3,41	12	3,1	–	–	–	–	28	2,2
9	12	2,56	–	–	–	–	–	–	12	0,9
10	12	2,56	12	3,1	–	–	–	–	24	1,88
11	8	1,71	–	–	–	–	–	–	8	0,6
12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
13	8	1,71	4	1,04	–	–	–	–	12	0,9
14	4	0,9	16	4,17	4	2,5	–	–	24	1,88
15	4	0,9	4	1,04	4	2,5	–	–	12	0,9
16	4	0,9	4	1,04	–	–	–	–	8	0,6
17	–	–	–	–	4	2,5	–	–	4	0,3
18	6	1,3	–	–	–	–	–	–	6	0,5
Всего	455	97	220	57,3	80	50,6	26	63,4	781	61,1

Как видно из рис. 1, наступление беременности зависело от возраста женщин. Наилучшие результаты получены у женщин в возрасте от 19 до 29 лет (42,78 %), тогда как в возрасте от 35 до 42 лет этот показатель снижается (6,49 %) почти в 6,6 раза. Таким образом, чем старше репродуктивный возраст женщин, страдающих бесплодием, тем ниже частота наступления беременности.

В нашей работе приведена сравнительная оценка наступления клинической беременности у женщин в зависимости от клинико-патогенетической формы бесплодия, давности заболевания без использования методов высокой репродуктивной технологии (ВРТ), как показано в табл. 1.

По данным табл. 1 видно, что беременность наступила у 61,1 % больных от общего числа обследованных женщин с бесплодием. Наивысшим этот показатель был среди пациенток с эндокринным генезом заболевания, составив 97 % случаев из числа данной подгруппы и 35,6 % от общего количества (1278) больных.

Наступление беременности у больных с трубно-перитонеальным фактором составило 53,7 %, с маточным генезом – 50,6 % случаев. При других формах бесплодия этот показатель составил 63,4 %.

Этот показатель резко снижается у женщин с длительностью бесплодия от 4 до 7 лет и составляет 13,9 %, тогда как при бесплодии до четырех лет наступление беременности было отмечено у 33,6 %. С длительностью бесплодия от 8 до 10 лет данная цифра снижается до 5,9 % случаев, при длительности бесплодия от 11 до 13 лет – до 2,5 %.

Но были и казуистические случаи наступления беременности с длительностью бесплодия от 14 до 16 лет у 44 (3,4 %) супружеских пар, при длительности бесплодия от 17 до 19 лет – у 10 (0,8 %) супружеских пар.

Учитывая вышеизложенные результаты лечения, выделены перспективная и бесперспективная группы больных с бесплодием для проведения консервативного и/или оперативного лечения.

В *перспективную* группу больных с бесплодием для реализации репродуктивной функции вошли женщины в возрастной категории 19–29 лет с неглубоким поражением репродуктивной системы и наличием фертильных показателей спермы супруга.

В данной группе наступление клинической беременности диагностировано у 56,0 % пациенток с эндокринными факторами (СПКЯ – гиперпролактинемия (81,1 %), гипогонадотропная аменорея (47,2 %), синдром Ван-Вик-Росс-Хеннеса (47,7 %)). Среди больных с трубно-перитонеальным генезом бесплодия восстановление репродуктивной функции при фертильных показателях спермы мужа в сочетании с микрохирургической, лапароскопической, медикаментозной терапией достигнуто: у 58,1 % пациенток с хроническим эндометритом; у 24,3 % со спаечным процессом I–II степени с сохраненной проходимостью маточных труб; у 41,2 % с малыми формами наружного генитального эндометриоза и у 29,4 % пациенток с внутриматочными синехиями.

Группу *бесперспективных* больных составили супружеские пары с бесплодием, которым было показано применение методов ВРТ. Причинами такого выбора

послужили следующие факторы: тяжелые формы патоспермии у мужчин – у 179 (14,0 %); спаечный процесс III степени в малом тазу – у 53 (4,1 %); непроходимость единственной маточной трубы – у 51 (4,0 %); послеоперационные отсутствия обеих маточных труб – у 14 (1,1 %); туберкулез гениталий – у 70 (18,3 %); врожденные пороки репродуктивных органов – у 52 (4,1 %); тяжелая форма внутриматочной патологии – у 11 (0,9 %); гипергонадотропная аменорея – у 21 (1,6 %).

Таким образом, показатели реализации репродуктивной функции супружеских пар, проживающих на территории Таджикистана, были выше по сравнению с европейскими показателями за счет соблюдения некоторых национально-религиозных традиций региона. К ним относят молодой, фертильный по физиологическим показателям возраст супружеских пар, низкий процент количества аборт, наличие постоянного полового партнера в течение всего бесплодного периода у женщин, низкий процент наружного генитального эндометриоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Vayena E., Rowe P., Griffin P.D.* Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. Geneva: World Health Organization // *Dan. Med. Bull.* 2006. Nov. V. 53 (4). P. 390-417.
2. *Roberts J.E., Spandorfer S., Fasouliotis S.J.* Taking a basal follicle stimulating hormone history is essential before taking in vitro fertilization // *Fertil. Steril.* 2005. V. 83. P. 37-41.
3. *Spandorfer S.D., Avrech O.M., Colombero L.T.* Effect of parental age on fertilization and pregnancy characteristics in couples treated by intracytoplasmic sperm injection // *Hum. Reprod.* 1998. V. 13. P. 334-338.
4. *Barbara L., Brown M.B.* Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcome with increasing maternal age // *Hum. Reprod.* 2007. V. 22. P. 1264-1272.
5. *Назаренко Т.А.* Значение оценки овариального резерва в лечении бесплодия у женщин старшего репродуктивного возраста // *Проблемы репродукции.* 2005. № 2. С. 56-59.
6. *Chuang C.C., Chen C.D., Chao K.H., Chen S.U., Ho H.N., Yang, Y.S.* Age is a better predictors of pregnancy potential than basal follicle stimulating hormone level in women undergoing in vitro fertilization // *Fertil. Steril.* 2003. V. 79. P. 63-68.
7. *Korula G., Mohan S.K.* Fertility and age. India // *J. Hum. Reprod. Sci.* 2010. Sep.–Dec. V. 3 (3). P. 121-123.

8. *Reuss M.* Age and the ovarian follicle pool assessed with transvaginal ultrasonography // *Am. Jour. Obstetr. Gynec.* 1996. V. 174. P. 624-627.
9. *Lass A., Silye R., Abrams D.C., Krausz T., Hovatta O., Margara R.* Follicular density in ovarian biopsy of infertile women, a novel method to assess ovarian reserve // *Hum. Reprod.* 1997. V. 12. № 5. P. 1028-1031.
10. *Кулаков В.И., Адамян Л.В.* Эндоскопия в гинекологии: руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. 383 с.
11. *Краснопольская К.В., Штыров С.В., Мачанские О.В.* Исходы реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальном факторе бесплодия // *Проблемы репродукции.* 2001. № 3. С. 43-47.
12. *Адамян Л.В.* Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М., 2007. 634 с.
13. *Чеченова Ф.К., Краснопольская К.В.* Отдаленные результаты хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом // *Акушерство и гинекология.* 2001. № 2. С. 40-43.
14. *Юрченко И.А., Володин С.В., Сержанин А.А.* Роль лазерной хирургии в лечении трубного бесплодия // *Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней.* М., 2001. С. 327-328.
15. *Кулаков В.И.* Репродуктивное здоровье населения России // *Акушерство и гинекология.* 2002. № 2. С. 4-7.
16. *Назаренко Т.А.* Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М., 2010. С. 630.
17. *Broekmans F.J., Kwee J., Hendriks D.J.* A systemic review of tests predicting ovarian reserve and IVF outcome // *Hum. Reprod. Update.* 2006. V. 12. P. 685-718.

Поступила в редакцию 25 сентября 2012 г.

Khodzamuradova D.A., Istamova G.D., Khairidinova S., Gulina A.V. ANALYSIS OF TREATMENT EFFICIENCY OF INFERTILITY MARRIAGE

The efficiency of the frequency of clinical pregnancy on 1278 patients with infertility was 61.1 % which was maximal level of women of 19–29 years old with duration of infertility 1–4 years with slight changes on uteri tubes (fimbria phymosis) and with scar process in pelvic cavity of I–II degree. High percentage of pregnancy on confirmed cases of infertility of our region was related to some positive national features such as young age of marriage families, low percentage of abortions in their anamnesis, only one marriage and low percentage of external genital endometriosis.

Key words: reproductive system; women infertility; reproductive age; infertility marriage; duration of infertility.