

СТРУКТУРА ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ГОРМОНОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Изучена структура эндокринного бесплодия и с помощью эхографии установлена частота гормонозависимых заболеваний и их сочетаний. Представленные данные по УЗИ проиллюстрировали наличие разнообразных гормонозависимых заболеваний у всех женщин, страдающих эндокринным бесплодием. Причем, у каждой третьей из них отмечено то или иное их сочетание, что отягощает ситуацию, снижает эффективность лечения, способствует увеличению оперативных вмешательств и влияет на прогноз. В структуре эндокринного бесплодия доминировала клинико-патогенетическая форма – гипогонадотропный гипогонадизм (27–54 %). Характер выявленных эндокринных нарушений определяет дифференцированный подход в ведении больных, прогноз репродуктивного и общего здоровья женщин.

Бесплодие в браке — это не только межличностная, но и сложная медико-социальная, демографическая проблема. Снижение фертильности и бесплодие в браке связаны со многими причинами, поэтому бесплодие является определенным индикатором физического и психосексуального здоровья населения. По данным отечественной и зарубежной литературы, в структуре бесплодного брака частота эндокринных нарушений составляет 32–40 % [1].

Эндокринные формы бесплодия различны и определяются уровнем поражения различных звеньев репродуктивной системы, которые ведут к нарушению фолликулогенеза, овуляции, гипофункции желтого тела. Клинические проявления многообразны. Ведущим симптомом является ановуляция, гиполутеинизм, где ановуляция является единственным патогномичным признаком эндокринных форм бесплодия у женщин [2].

Основным механизмом нарушения реализации связей в гипоталамо-гопофизарно-яичниковой системе. Нормальная работа репродуктивной системы зависит от состояния здоровья у женщины и нормального функционирования ее эндокринной системы [3].

Цель исследования — изучить структуру эндокринного бесплодия и определить возможности ультразвукового метода в его диагностике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 50 женщин, обратившихся с проблемой бесплодного брака в возрасте 19–36 лет. Первичным бесплодием страдали 33 женщины (66 %), вторичным — 17 женщин (34 %). Длительность бесплодия составляла от 3 до 12 лет. У половины обследованных первая беременность прервана медицинским абортom, у 50 % — самопроизвольным выкидышем.

Проводилось общеклиническое обследование, измерение базальной температуры, определение цервикального числа, ультразвукография половых органов с использованием конвексного мультисекторного внутривлагалищного датчика 5–7,5 МГц на аппарате «Honda HS-2000». Для оценки фолликулогенеза проводился ультразвуковой мониторинг на 8-й, 10-й, 12-й, 14-й, 16-й, 18-й, 20-й, 22-й дни менструального цикла. Определение содержания в сыворотке крови эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина проводилось на 5–6-й день, прогестерона —

на 21-22-й день менструального цикла методом ИФА с использованием стандартных наборов DSL.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексное обследование пациенток позволило выявить различные клинично-патогенетические формы эндокринных нарушений: гипогонадотропный гипогонадизм — у 27 женщин (57 %); нормогонадотропный гипогонадизм — у 8 (16 %); гипоталамо-гипофизарная дисфункция — у 10 (20 %); гипергонадотропный гипогонадизм — у 1 пациентки (2 %).

Гиперпролактинемия в отдельную форму не выделена, так как является не самостоятельной нозологической формой, а всего лишь симптомом той или иной патологии [4]. Все 5 случаев (10 %) носили функциональный характер и зарегистрированы при гипогонадотропном гонодизме.

Наиболее распространенной формой овариальной недостаточности является гипоталамо-гипофизарная недостаточность. Все случаи имели легкую степень и носили функциональный характер расстройств гипоталамо-гипофизарной области. Функциональные гипоталамические нарушения были обусловлены несколькими факторами. Одной из самых распространенных причин явился стресс.

Из анамнеза было установлено, что все женщины испытывали значительные психо-эмоциональные перегрузки. Длительное пребывание в состоянии стресса, экологическое неблагополучие в Кузбассе, социально-экономическая нестабильность в стране способствовали снижению социально-биологической адаптации. В настоящее время известно, что извращенная реакция на стресс становится особенностью функционирования репродуктивной системы. Совместное влияние генетических и средовых факторов может приводить к срыву адаптации, выражающемуся в различных нарушениях центрального гена [5].

Другими причинами функциональных гипоталамических нарушений явились чрезмерные физические нагрузки и дефицит массы тела. Так, среди обследуемых женщин патологическое изменение массы тела отмечено у 13 (26 %), из них ожирением страдали 8 пациенток (16 %), дефицитом массы тела — 5 женщин (10 %).

В силу перечисленных причин на фоне сниженной гипоталамо-гипофизарной активности отмечено нарушение стероидогенеза, дефицит эстрогенов, монофазность базальной температуры, а по УЗИ — отсутствие роста фолликулов с формированием мультифолликулярных яичников (МФЯ) и ановуляция. МФЯ при данной эндокринной форме зарегистрированы у 13 женщин (26 %).

Достаточно сложной формой эндокринной патологии является гипоталамо-гипофизарная дисфункция. Характерным для данной формы эндокринных нарушений является асинхронная дисрегулируемая деятельность гипоталамических структур. При этом отмечаются хаотичные, высокоамплитудные выбро-

сы гонадотропинов [3], что нарушает процесс фолликулогенеза. У основной массы пациенток с гипоталамо-гипофизарной дисфункцией в яичниках образуется большое количество фолликулов с разной степенью зрелости и формированием поликистозных яичников (7 случаев — 14 %).

Нормогонадотропная гипофункция выявлена в 12 случаях (24 %). Отмечено, что у пациенток с данной формой уровень гонадотропинов колебался, приближаясь к гипогонадотропному уровню. Чаще всего у обследованных женщин отсутствовал овуляторный пик ЛГ при наличии доминантного фолликула, что свидетельствует о нарушении механизма положительной обратной связи между яичниками и гипофизом. В свою очередь, известно, что ЛГ за счет активизации протеолитических ферментов (плазмин), нарушающих базальную мембрану фолликула, способствует его разрыву (Тихомиров А.Л., 2000). Отсутствие овуляторного пика ЛГ ведет к ановуляции.

У женщин при сочетанном трубно-перитонеально-эндокринном бесплодии была отмечена первичная овариальная недостаточность, которая характеризовалась дефицитом уровня эстрогенов, нарушением процесса фолликулогенеза. При отсутствии овуляторного пика эстрадиола блокировалась «ЛГ-волна», т.е. отсутствовал быстрый выброс гипофизом большого количества ЛГ (овуляторный пик ЛГ) и процесс овуляции нарушался.

Гипергонадотропный гипогонадизм — редко встречаемая патология, выявлена в одном случае (2 %) и характеризуется первичной яичниковой недостаточностью, при которой нет адекватного ответа со стороны яичников на стимуляцию гонадотропинами. Уровень последних возрастает при сохраняющемся низком уровне эстрадиола (< 30 пг/мл), это приводит к выраженной атрофии полового аппарата женщины и определяет ее неперспективность в наступлении беременности.

В настоящее время во многих странах эхография стала одним из ведущих методов исследования [6]. Данный метод отличается от других совокупностью важных моментов: неинвазивен, безопасен, доступен, не требует подготовки к исследованию, отличается высокой степенью достоверности результатов. Чувствительность УЗИ-метода позволяет облегчить проведение дифференциальной диагностики, быстро поставить диагноз и своевременно оказать квалифицированную помощь. Так, точность УЗИ внутреннего эндометриоза достигает 91 %, миомы матки — 80-88 %, патологии эндометрия — 87,9 %, эндометриодных кист — 70 % [7].

После эхографического исследования половых органов выявлены различные гинекологические заболевания (таблица).

Из полученных данных обращает внимание частота аномалий развития внутренних половых органов в виде седловидной матки, как проявление врожденного нарушения анатомического строения — 9 случаев (18 %).

Гипоплазия матки зарегистрирована в 12 случаях (24 %), что может быть связано с задержкой в

Таблица

Частота гинекологических заболеваний по данным ультразвукографии половых органов у пациенток с бесплодием

Выявленное заболевание	Число случаев	Частота (%)	Частота (%), данные литературы	
			%	Авторы
Аномалии развития внутренних половых органов (седловидная матка)	9	18	8-12	Bowerman R., 1985
Гипоплазия матки	12	24		
Аденомиоз	9	18	17-80	Кулаков В.И., 2005
Миома матки	4	8	20	Демидов В.Н., 1990
Гиперплазия эндометрия:	10	20	10	
а) диффузная;	6	12		Кулаков В.И., 2005
б) очаговая	4	8	13	
Мультифолликулярные яичники (МФЯ)	19	38	50-56	Кулаков В.И., 2005
СПКЯ	7	14		
Ретенционные кисты яичников	2	4		
Кисты яичников,	5	10	17	Демидов В.Н., 1990;
из них эндометриоидные	3	6	15-20	Hill M., 1992
Киста яичника	1	2		
Воспалительные заболевания внутренних половых органов:				
а) гидросальпинкс;	3	6		
б) хр.эндометрит;	20	40		
в) периаднексит	40	80		
Мастопатия	10	20		

пубертатном периоде, т.к. известно, что репродуктивная система высоко чувствительна к воздействию неблагоприятных факторов, особенно в период полового созревания.

Аденомиоз наблюдался в 9 случаях (18 %), эндометриодные кисты – в 3 (6 %). По данным В.И. Кулакова (2005), эндометроз обнаруживается у женщин детородного возраста и колеблется с частотой в широких пределах – 17-80 %.

У обследуемой группы женщин, имеющих стойкую ановуляцию, гиполутеинизм, отмечается однотипный характер нарушений в эндометрии по типу гиперпластического процесса, который очень часто встречается при эндокринной патологии (10 случаев – 20 %).

С внедрением в практику трансвагинальной эхографии, с высокой разрешающей способностью аппаратов УЗИ, диагностика синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) значительно улучшилась, приближаясь к морфологической, и, с учетом МФЯ, составила 26 случаев (52 %).

Миома матки представляет одно из доброкачественных заболеваний и по статистике встречается у каждой пятой женщины (20 %), достигшей 40 лет [6]. В данном исследовании эта патология отмечена лишь в 4 случаях (8 %), что связано, видимо, с относительно молодым репродуктивным возрастом обследуемых женщин (средний возраст женщин – 27,4 года).

Воспалительные заболевания внутренних половых органов встречаются достаточно часто и представлены воспалительными процессами матки (20 случаев – 40 %) и придатков (40 случаев – 80 %), гидросальпинксами (3 случая – 6 %). Это можно объяснить высоким процентом инфицированности женщин детородного возраста, для которых характерна высокая возрастная сексуальная активность,

раннее начало интимных отношений, поздняя обращаемость, несвоевременное обследование по инфекционному фактору и лечение.

Распространение инфекций, передаваемых половым путем, среди обследуемых женщин, способствует нарушению важных звеньев репродуктивной системы и возникновению трубно-перитонеально-эндокринного бесплодия, что снижает эффективность лечения и ухудшает прогноз на будущее.

Таким образом, при проведенном анализе отмечается высокая частота воспалительных и гормонозависимых заболеваний внутренних половых органов у женщин с эндокринным бесплодием. Гормонозависимые заболевания матки и придатков выявлены в 57 случаях, в 10 случаях – мастопатия, что свидетельствует о сочетанности поражения половых органов при эндокринной патологии.

При анализе полученных данных установлено, что у каждой 3-й женщины отмечается сочетанная гормонозависимая патология. Наиболее часто встречается мастопатия в сочетании с другими гормонозависимыми заболеваниями (10-20%).

В последние годы наблюдается тенденция к росту числа доброкачественных заболеваний молочных желез, которые диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет. Известно, что на развитие молочных желез и митотическую активность эпителия оказывают влияние эстрогены, при этом решающая роль в развитии доброкачественных заболеваний молочных желез отводится прогестерондефицитным состояниям, при которых избыток эстрогенов вызывает пролиферацию тканей молочных желез.

Следует подчеркнуть, что среди органов-мишеней, которые наиболее подвержены эстрогензависимым гиперпластическим процессам, молочные железы поражаются наиболее часто и, как правило, первыми свидетельствуют об этих расстройствах, что связа-

но с анатомо-физиологическими особенностями их строения, характеризующимися преобладанием в их структуре железистого компонента. С этой позиции патологические изменения молочных желез следует рассматривать как маркер формирующихся общих гормональных нарушений [8].

Таким образом, результаты исследования показали, что в структуре эндокринного бесплодия преобладает гипогонадотропный гипогонадизм. Ультрасонография играет важную роль у данной категории больных в диагностике, прежде всего, сопутствующих гормональнозависимых заболеваний матки и молочных желез.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Диагностика и медикаментозная терапия эндокринного бесплодия у женщин /Корнеева И.Е. и др. //Акуш. и гинекол. – 1997. – № 3. – С. 53.
2. Назаренко, Т.А. Здоровье женщин с нарушением овуляции /Назаренко Т.А. //Пробл. репрод. – 1999. – № 2. – С. 48.
3. Назаренко, Т.А. Принципы и схемы стимуляции овуляции при бесплодии, обусловленном нарушением функции гипоталамо-гипофизарной системы /Назаренко Т.А. //Акуш. и гинекол. – 1995. – № 5. – С. 46.
4. Бесплодие при так называемой функциональной гиперпролактинемии /Овсянникова Т.В. и др. //Акуш. и гинекол. – 1997. – № 3. – С. 17.
5. Кузнецов, В.И. Роль гипоталамического синдрома периода полового созревания в патогенезе поликистозных яичников /Кузнецов В.И., Стрижаков А.Н. //Акуш. и гинекол. – 1996. – № 6. – С. 8.
6. Демидов, В.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии /Демидов В.Н., Зыкин Б.И. – М., 1990. – 120 с.
7. Тумилович, Л.Г. Международный конгресс по эндометриозу (обзор) /Тумилович Л.Г. //Пробл. репрод. – 1996. – № 4. – С. 27.
8. Тагиева, Т.Т. Доброкачественные заболевания молочных желез у женщин позднего репродуктивного возраста /Тагиева Т.Т. //Гинекология. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 107-108.



ПОЗДНЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖЕТ УДЛИНИТЬ ЖИЗНЬ ЖЕНЩИНЫ ДО 100 ЛЕТ?

Как считается, все, что связано с деторождением (ранняя беременность, короткие интервалы между беременностями, большое число детей и бездетность) негативно сказывается на продолжительности жизни женщины. Однако исследователи из Лондонской школы гигиены и тропической медицины установили, что женщины, решившие родить ребенка после 40 лет, обладают более крепким здоровьем и живут дольше.

Во время изучения данных большого количества жительниц Англии и Америки было установлено, что женщины, рожавшие детей с интервалом менее 18 месяцев, после 50 лет были на 20% чаще предрасположены к тяжелым заболеваниям и ранней смерти, по сравнению с теми женщинами, что рожали с более длительными интервалами. Также оказалось, что здоровье матерей, имевших более четырех детей, было ослаблено значительно сильнее, чем у сверстниц, имевших не более двух детей.

Ученые считают, что причинами подобной закономерности могут быть либо стресс, вызываемый воспитанием большого числа детей, либо невнимание к собственному здоровью, которым часто страдают многодетные матери.

По словам профессора Эмили Грюнди, ранняя беременность тоже не лучшим образом сказывается на здоровье в зрелом возрасте. Проблемы в этом случае вызываются неготовностью организма будущей матери к беременности и стрессом от преодоления трудностей, связанных с ранним материнством.

В случае же с бездетными женщинами наблюдается та же картина: живут они не так долго из-за слабого здоровья, помешавшего им завести семью и детей в молодости. Также вносит свою лепту стресс и депрессии из-за чувства одиночества и отсутствие социальной коммуникации с семьей в старости.

Женщины же, решившиеся забеременеть после 40 лет, оказались более здоровыми и жили дольше, чем их сверстницы. Однако, по мнению Грюнди, это можно объяснить тем, что на такие поздние роды решаются, как правило, женщины с более крепким здоровьем.

Таким образом, статистика подтвердила то, о чем давно говорят медики, утверждающие, что поздняя беременность приносит пользу женщине, даже несмотря на некоторое ослабление здоровья с возрастом.

При родах после 40 лет в женском организме задействуются скрытые ранее резервы, что, как считают английские исследователи, может помочь зрелым матерям дожить аж до 100 лет, потому что им еще нужно успеть вырастить своего ребенка.

Источник: Rol.ru