

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА БЕСПЛОДНЫЙ БРАК

С.А.Леваков^{1,2}, С.А.Павлова², Т.И.Бугрова², А.Г. Кедрова²

¹ФГУЗ Клиническая больница № 83 ФМБА России,

²кафедра акушерства и гинекологии ФГОУ ДПО ИГК ФМБА России, Москва

Бесплодие супружеских пар составляет от 13 до 15% и является как клинической, так и социальной проблемой. Сегодня многие пациенты не получают необходимой медицинской помощи из-за ошибок практикующих врачей. По литературным данным, наиболее распространенными причинами бесплодия являются: мужской фактор, например, аномалии спермы, женский фактор, например, дисфункция овуляции и непроходимость маточных труб, а также сочетание мужских и женских факторов и бесплодие неясного генеза. Комплексное лечение обоих партнеров часто приводит к успешным результатам. Представлен клинический случай, демонстрирующий правильность такого подхода.

Ключевые слова: бесплодие супружеской пары; медицинские рекомендации; комбинированное лечение бесплодия.

MODERN LOOK AT INFERTILE MARRIAGES

Levakov SA, Pavlova SA, Bugrova TI, Kedrova AG

Infertility is a common clinical and a public problem. It affects 13% to 15% of couples worldwide. Today, many patients do not receive the recommended medical care that based on the best available evidence. This paper, as a comprehensive review, deploys a new strategy to translate the research findings and evidence-base recommendations into a simplified focused guide to be applied on routine daily practice. It is an approach to disseminate the recommended medical care of infertile couple to the practicing clinicians. According to the literature survey, the most common causes of infertility are: male factor such as sperm abnormalities, female factor such as ovulation dysfunction and tubal pathology, combined male and female factors and unexplained infertility; where no obvious cause could be detected. Treatment begins with the reasons for having a high priority. Initially eliminate anatomical changes, then the functionality. The paper presents a clinical case of successful pregnancy after combined treatment of the couple.

Key words: infertility; the recommended medical care; pregnancy after combined treatment.

Проблема бесплодного брака не только не утратила своей актуальности, но встала в ряд наиболее серьезных медико-социальных и демографических проблем современности. Бесплодие – тяжелая патология, отрицательно влияющая на многие социальные события, среди которых разводы, снижение производительности труда и в связи с этим значительные экономические потери, вызванные лечением бесплодных супружеских пар.

По данным ВОЗ, частота бесплодного брака среди супружеских пар репродуктивного возраста составляет 10-15%. В отдельных регионах России этот показатель

приближается к 20%, то есть к уровню, определяемому как критический и отрицательно влияющий на демографические показатели [1, 2].

Последние десятилетия во многих странах мира, в том числе и в России отмечается увеличение частоты бесплодных браков. В России 4-4,5 млн. супружеских пар бесплодны. В среднем каждая седьмая супружеская пара в России на протяжении жизни сталкивается с проблемами планирования семьи вследствие бесплодия [3].

Классификация бесплодия

Выделяют женское бесплодие, мужское бесплодие и общие факторы бесплодия в

браке. Бесплодие в браке у каждого из супругов может быть первичным или вторичным, абсолютным и обусловленным несколькими факторами [3, 4].

Общепринятой классификации бесплодия не существует. ВОЗ предлагает выделять 22 фактора женского бесплодия и 16 факторов мужского бесплодия.

Общими причинами бесплодия в браке являются: урогенитальная инфекция, психосексуальные расстройства, иммунологические факторы, бесплодие неясного генеза - отсутствие каких-либо видимых причин, приводящих к бесплодию в браке.

По этиологии выделяют следующие формы женского бесплодия (МКБ – 10):

- трубно-перитонеальное;
- ановуляторное (эндокринное);
- маточное;
- цервикальное;
- связанное с мужскими факторами;
- другие формы;
- неуточненное.

Изучение факторов бесплодия в браке 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 – патологией репродуктивной функции мужчины, а более трети семей (34,2-38,7%) имеют бесплодие, обусловленное патологией репродуктивной функции обоих супругов [5, 6].

По данным многочисленных исследований, наиболее часто в клинике бесплодия у женщин встречается нарушение проходимости маточных труб. Частота трубного бесплодия составляет 42,5-80,5% у женщин с первичным и 48,2-73,1% у женщин со вторичным бесплодием, эндометриоза – (40-45%), реже диагностируются эндокринные расстройства (38-40%), опухоли матки и яичников (12-20%), врожденная и приобретенная патология шейки матки и яичников (5-12%) [7, 8].

Аборт – одна из наиболее частых причин последующих воспалительных заболеваний органов малого таза. Последствием генитальных и экстрагенитальных воспа-

лительных процессов в малом тазу является спаечный процесс, приводящий к нарушению сократительной способности маточных труб, что влияет на транспортную функцию, способствующую наступлению трубной беременности. Нарушение топографического соотношения ампулярного отдела трубы и яичника вследствие спаечного процесса также может быть причиной бесплодия [9, 10].

Алгоритмы диагностики и лечения

В связи с тем, что каждая четвертая супружеская пара имеет сочетание нескольких факторов, обследование при бесплодии начинают с собеседования с супружеской парой, чтобы исключить психосексуальные, ятрогенные причины и оценить состояние здоровья обоих супругов. Работа с обоими супругами позволяет наметить общий план обследования и последовательность диагностических процедур. В дальнейшем обследование ведут параллельно гинеколог и андролог.

Обследование женщины осуществляют в два этапа.

Первый этап проводится в амбулаторных условиях и включает:

1) Изучение клинико-anamнестических данных.

2) Инфекционный скрининг – обследование всех женщин с бесплодием на наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Исследуют мазок из влагалища для определения степени чистоты, влагалищное содержимое для оценки микробиоциноза, мазок из цервикального канала для выявления хламидий, уреаплазм, микоплазм, вируса простого герпеса (ВПГ), цитомегаловируса (ЦМВ) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), кровь на токсоплазмоз (при привычном невынашивании беременности в анамнезе).

3) Гормональный скрининг проводится пациенткам с регулярным менструальным циклом в раннюю фолликулярную фазу цикла. На 3-7-й день менструального цикла в плазме крови определяют уровень базальной секреции ФСТ, ЛГ, пролактина (ПРЛ), свободного тестостерона (Т), де-

гидроэпиандростерона сульфата (ДЭА-С), 17-оксипрогестерона (17-ОП). Содержание прогестерона для суждения о полноценности овуляции и функции желтого тела определяют на 20-22-й день лютеиновой фазы цикла. Определение уровня кортизола у женщин с регулярным менструальным циклом нецелесообразно, так как диагностически значимые изменения концентрации гормона появляются только при нарушениях менструального цикла. Для подтверждения овуляции можно использовать домашний тест на овуляцию «Клиаплан».

4) Иммунологический скрининг заключается в оценке посткоитального теста (ПКТ), МАР-теста – определение антиспермальных антител (АСАТ) в эякуляте. Норма для МАР-теста – $\leq 30\%$. Показатели МАР-теста, превышающие 30%, служат основанием для установления диагноза иммунологической формы бесплодия у мужа и проведения лечения с помощью искусственного осеменения спермой мужа (ИОСМ) или экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с интрацитоплазматической инъекцией сперматозоидов (ИКСИ). Диагностика АСАТ у женщин не имеет большой клинической значимости. Проведенные исследования показали, что АСАТ могут присутствовать в сыворотке крови, слизи цервикального канала и перитонеальной жидкости. Частота их выявления колеблется от 5 до 65% [11, 12].

5) Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза с доплерометрией.

6) УЗИ щитовидной железы, УЗИ молочных желез.

7) Маммография.

8) Рентгенограмма черепа и турецкого седла.

9) Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография показаны пациенткам с увеличением уровня ПРЛ в плазме крови при подозрении на микроаденому гипофиза. При клинических признаках гиперандрогении дополнительно назначают УЗИ надпочечников.

10) Гистеросальпингографию (ГСГ) и эхогистеросальпингоскопию (ЭГСС) про-

водятся на 6-7-й день менструального цикла. Во вторую фазу менструального цикла выраженные секреторные изменения в эндометрии могут явиться препятствием для прохождения контрастного вещества. Исследования показали, что частота ложноотрицательных результатов гистеросальпингографии составляет 13-17%. Применение данного метода ограничено из-за нежелательной лучевой нагрузки на органы репродуктивной системы и риска аллергических реакций на рентгеноконтраст. Эхогистеросальпингоскопия (ЭГСС) – ультразвуковая оценка проходимости маточных труб, осуществляется под контролем эхографии с помощью вводимого в полость матки и маточные трубы эхоконтрастного вещества (фурациллин 1:5000, физиологический раствор, дистиллированная вода, 0,25% раствор новокаина). Преимущества метода: отсутствие ионизирующего излучения, отсутствие аллергических реакций, отсутствие анестезии, проводится в амбулаторных условиях, быстрота выполнения, хорошая переносимость пациенткой. Метод позволяет диагностировать внутриматочную патологию и обладает терапевтическим эффектом – беременность наступает в 10% случаев в первые два цикла после исследования благодаря стимуляции сократительной активности реснитчатого эпителия, мышечного слоя, удаление детрита из просвета маточной трубы [13].

Стандартное обследование первого этапа включает также консультацию терапевта для выявления противопоказаний к беременности. При обнаружении признаков эндокринных и психических заболеваний, а также пороков развития назначают консультации специалистов соответствующего профиля – эндокринолога, психиатра, генетика.

Второй этап обследования включает применение эндоскопических методов: гистероскопии и лапароскопии. Согласно международному алгоритму диагностики женского бесплодия, разработанному ВОЗ, точный диагноз может быть поставлен только при включении в комплекс обслед-

дования эндоскопических методов. В противном случае диагноз женского бесплодия считается неустановленным [14].

Гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием показана абсолютно всем женщинам с бесплодием. Исследование целесообразно проводить в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла, так как хорошая визуализация полости матки на фоне тонкого эндометрия создает условия для наиболее точечной диагностики полипов эндометрия, внутриматочных синехий, пороков развития матки, субмукозных миоматозных узлов, инородных тел, хронического эндометрита.

Оперативная гистероскопия позволяет корректировать практически любые патологические изменения в полости матки.

Лапароскопия показана:

- всем пациенткам без исключения при регулярном ритме менструаций, так как у 70-85% из них выявляется различная органическая патология женских половых органов;

- пациенткам с трубно-перитонеальным бесплодием в возрасте до 35 лет и продолжительностью бесплодия менее 5 лет на 1-м этапе лечения бесплодия с целью восстановления фертильности;

- пациенткам с бесплодием неясного генеза и больным с эндокринным бесплодием, обусловленным СПКЯ, при безуспешности консервативного лечения в течение 6-8 мес., так как отсутствие беременности в эти сроки при адекватно подобранной терапии свидетельствует о наличии сочетанных факторов бесплодия.

В современных условиях лапароскопия является не только заключительным этапом диагностики, но и первым патогенетически обоснованным этапом терапии женского бесплодия.

Обследование женщин с бесплодием не может быть универсальным. Наиболее информативные методы должны быть выбраны сообразно клинической картине и зависеть от наличия или отсутствия клинического проявлений эндокринопатий.

Лечение бесплодия

Цель лечения – восстановление репродуктивной функции.

Основной принцип лечения бесплодия – раннее выявление его причин и последовательное проведение этапов лечения [6-9].

Вопрос о терапии бесплодия в браке решается после комплексного обследования обоих супругов, и план лечения должен быть согласован двумя специалистами: гинекологом и андрологом.

Поскольку у каждого супруга может быть выявлено несколько причин, вызывающих нарушение репродуктивной функции, то лечение начинают с причины, имеющей первостепенное значение. Вначале устраняют анатомические изменения, затем функциональные.

К современным высокоэффективным методам лечения бесплодия относятся медикаментозные и эндоскопические методы, а также методы вспомогательных репродуктивных технологий. При этом методы вспомогательных репродуктивных технологий являются завершающим этапом лечения бесплодия или альтернативой всем существующим методам.

При отсутствии положительного эффекта от проводимого традиционными способами лечения не более чем в течение двух лет целесообразно рекомендовать методы вспомогательной репродукции (МВР).

Методы вспомогательной репродукции – это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма:

- экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки,
- инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита,
- донорство спермы,
- донорство ооцитов,
- суррогатное материнство,
- искусственная инсеминация спермой мужа (донора).

Учитывая развитие вспомогательных репродуктивных технологий, с помощью которых могут быть преодолены практи-

чески все известные формы женского и мужского бесплодия, включая абсолютные, именно качество помощи является ключевым звеном повышения эффективности лечения бесплодия в браке [6-8].

Случай из практики

Больная Х., 29 лет, обратилась к гинекологу поликлиники ЦКБ ГА в марте 2010 г. с жалобами на отсутствие беременности при регулярной половой жизни без использования средств контрацепции в течение 1,5 лет и отсутствие эффекта от проводимого ей лечения в одной из московских клиник репродукции в течение 6 мес.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, по 6-8 дней через 28-30 дней, обильные, болезненные. Половой жизнью живет с 20 лет, в браке. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает.

В октябре 2009 г. супружеская пара обратилась в связи с бесплодием в одну из клиник репродукции г. Москвы, где было проведено обследование. В спермограмме выявлена тератозооспермия и пиоспермия. Со слов пациентки, результат спермограммы признан нормальным и лечение супруга не проводилось. При обследовании женщины при УЗИ малого таза выявлена киста правого яичника размерами 9 мм, предположительно эндометриоидная. При инфекционном скрининге урогенитальных инфекций не обнаружено. Гормональный скрининг также отклонений от нормы не выявил.

После вышеуказанного обследования дважды с интервалом в месяц пациентке проводили стимуляции овуляции прямыми индукторами с использованием триггеров овуляции, сразу после применения которых и в течение 6 мес. после проведения стимуляции беременность не наступила. При обследовании больной в амбулаторных условиях в марте 2010 г. при УЗИ малого таза отмечено увеличение размеров кисты правого яичника до 4 см, в связи с чем больная обратилась на консультацию.

Из жалоб обратили на себя внимание тянущие боли внизу живота перед и после

менструации, диспареуния. Общее телосложение больной нормостеничное, оволосение по женскому типу, при гинекологическом осмотре выявлены косвенные признаки спаечного процесса в малом тазу (отклонение матки вправо, тяжесть и болезненность в области связок матки и придатков матки справа), лабораторные данные в пределах нормы.

Больной было выполнено эндоскопическое обследование - лапароскопия и диагностическая гистероскопия с морфологическим исследованием биоптата эндометрия.

При гистероскопии и гистологическом исследовании выявлено соответствие эндометрия фазе пролиферации. Устья маточных труб хорошо визуализировались, рефлекторно сокращались.

Во время лапароскопии обнаружено: матка нормальной величины, бледно-розового цвета, отклонена кпереди и вправо. На брюшине мочевого пузыря скопления очагов эндометриоза, выступающих над поверхностью до 3 мм, черного цвета. Левая маточная труба визуализируется на всем протяжении, в области фимбриального отдела трубы – 2 небольшие паратубарные кисты по 4 мм на общей ножке. Левый яичник нормальных размеров, подвижный, с мелкими очагами эндометриоза на поверхности. Правый яичник увеличен до 5 см в диаметре, подпаян к заднему листку широкой связки матки, в верхнем полюсе киста 4 см в диаметре, с «шоколадным» содержимым. Правая маточная труба визуализируется на всем протяжении, в области фимбриального отдела паратубарная киста 7 мм на ножке. Между листками широких связок матки с обеих сторон – варикозно расширенные вены.

Произведено разделение спаек, резекция правого яичника, удаление паратубарных кист с обеих сторон, коагуляция очагов эндометриоза, хромогидротубация.

Выявлено, что маточные трубы с обеих сторон свободно проходимы. По окончании операции с целью профилактики спаечного процесса на раневые поверхности

нанесен противоспаечный гель (40 мл).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. На 3-й менструальный цикл после проведения второго, 4-месячного, этапа лечения эндометриоза с применением агонистов Гн-РГ и лечения супруга у андролога наступила долгожданная беременность.

Анализируя вышеуказанный клинический случай, можно сделать следующие выводы. У пары имело место сочетанное бесплодие (мужское и женское). При обследовании пары были допущены ошибки в трактовке спермограммы, не была проверена проходимость маточных труб перед проведением стимуляции овуляции, не выполнено эндоскопическое обследование, учитывая наличие кисты яичника. На фоне не-

полноценного обследования женщины и при патологических изменениях спермограммы проводилась стимуляция овуляции, которая оказалась неэффективной.

Таким образом, эффективность терапии бесплодия в браке складывается из оценки состояния репродуктивной функции с помощью стандартизованных алгоритмов обследования, верификации диагноза при эндоскопическом исследовании и назначения комплекса поэтапной терапии.

Этапы диагностики должны быть последовательными и ограниченными по времени. Каждый этап целесообразно направить на выполнение конкретной диагностической задачи с целью назначения адекватной терапии для восстановления репродуктивной функции в максимально короткие сроки.

Литература

1. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000-2004 гг. М., 2000. 26 с.
2. Доклад о состоянии и тенденциях демографического развития Российской Федерации. М. 2003.
3. Фролова О.Г. Репродуктивное здоровье женщин // Качество жизни. Медицина. Болезни репродуктивной системы. 2004. № 3 (6). С. 9-12.
4. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. М: Медицина, 1991. С. 200-206.
5. Корнеева И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. 36 с.
6. Рудакова Е.Б., Семенченко С.И., Панова О.Ю., Кучинская Н.В. Инфекционная патология нижнего отдела половых путей женщины и бесплодие (обзор литературы) // Гинекология. 2004. Т. 6, № 3. С. 132-135.
7. Краснопольская К.В. Экстракорпоральное оплодотворение в комплексном лечении женского бесплодия // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
8. Кулаков В.И. Современные подходы к диагностике и лечению женского бесплодия // Акушерство и гинекология. 2002. № 2. С. 56-59.
9. Саидова Р.А. К вопросу о клиническом алгоритме обследования и лечения бесплодных пар // Рос. мед. журн. 2003. Т. 11, № 14.
10. Фролова О.Г., Волгина В. Ф., Жирова И.А. и соавт. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты). М: Триада-Х, 2003. С. 5-10.
11. Трансвагинальный цветовой доплер: бесплодие, вспомогательная репродукция, акушерство / Под ред. А. Курьяка, А. Михайлова, С. Купешич. Ст-Петербург: Петрополис, 2001. С. 59-67.
12. Alborzi S., Dehbashi S., Knodae R. Sonogysterosalpingographic screening for infertile patients // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2003; 82(1): 57-62.
13. Prefuma F, Serafmi G., Martinoli C. et al. The sonographic evaluation of tubal patency with stimulated acoustic emission imaging // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2002; 20 (4): 386-389.
14. Маргиани Ф.А. Диагностика и оперативное лечение различных форм женского бесплодия // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2004.