

TRHUR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 1

2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 2
2020

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynaecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фарид Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук., профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical P
rofessor in Surgery/Urology, Faculty of Medicinr, Hebrew
Univercity, Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии,
медицинский факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ/CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Абдиев К.М., Хамраев Х.Х. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ (ОБЗОР).....	5
2. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У.М. ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА У ЖЕЩЦИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И МЕТОДЫ ЕГО КОРОРЕКЦИИ (ОБЗОР).....	11
3. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У.М. ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ - ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ (ОБЗОР).....	14
4. Давронова Л.С., Негмаджанов Б.Б. ОШИБКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА (ОБЗОР).....	18
5. Кадыров З.А., Фаниев М.В., Сергеев В.В. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА(ОБЗОР).....	21
6. Насирова З.А., Агабабян Л.Р. МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ (ОБЗОР).....	27
7. Сафаров А.Т., Аллаяров Я.Н., Хамроева Л.Х. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК (ОБЗОР).....	32

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

8. Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Бобокулов Н.А., Хуррамов Б.М., Тошниязов О. ЛАПАРОТОМНЫЕ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ УШИВАНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	38
9. Аюпова Ф.М., Хамраев Х.Х., Махмудова С.Э. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТЕЧЕНИЕМ И ИСХОДАМИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	43
10. Блинова С.А., Хамидова Ф.М. ЭНДОКРИННЫЕ СТРУКТУРЫ ЛЕГКИХ В ОНТОГЕНЕЗЕ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ	47
11. Валиев Ш.Н., Негмаджанов Б.Б. СЛУЧАЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МОЛНИЕНОСНОГО СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА, ВЫЗВАННОГО АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ЖЕНЩИНЫ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ.....	50
12. Гайбуллаева Д.Ф. ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	53
13. Каттаходжаева М.Х., Жалилова С.А., Каршиева Э. РОЛЬ ВИРУСА ПАПИЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....	57
14. Махмудова С.Э., Негмаджанов Б.Б. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА И РАСТВОРИМОЙ FMS-ПОДОБНОЙ ТИРОЗИНКИНАЗЫ-1 В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРОВ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	61
15. Насирова З.А., Негмаджанов Б.Б. ВЛИЯНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА.....	66



УДК 618.177+616.697

Сафаров Алиаскар Турсунович

к.м.н., доцент, Самаркандского
Государственного Медицинского института
Кафедры Акушерства и гинекологии,
факультета последипломного образования,
Самарканд, Узбекистан.

Аллаяров Яхшинон Норбобоевич


доцент Самаркандского Государственного
Медицинского института
Кафедры Акушерства и гинекологии,
Лечебного факультета,
Самарканд, Узбекистан.

Хамраева Лола Каххоровна

к.м.н., доцент, Самаркандского
Государственного Медицинского института
Кафедры Акушерства и гинекологии,
Лечебного факультета,
Самарканд, Узбекистан.

БЕСПЛОДНЫЙ БРАК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Safarov Aliaskar Tursunovich, Allayarov Yaxshinor Norboboevich, Xamraeva Lola Kakhxorovna, Barren marriage (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 32-37

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-2-7>

Safarov Aliaskar Tursunovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical Institute
Departments of Obstetrics and Gynecology,
of the Faculty of Postgraduate Education,
Samarkand, Uzbekistan.

Allayarov Yakhshinor Norboboyevich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical Institute
Departments of Obstetrics and Gynecology,
Faculty of Medicine,
Samarkand, Uzbekistan.

Khamraeva Lola Kakhhorovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical Institute
Departments of Obstetrics and Gynecology,
Faculty of Medicine,
Samarkand, Uzbekistan.

BARREN MARRIAGE (LITERATURE REVIEW)**Safarov Aliaskar Tursunovich**

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot instituti

Akusherlik va ginekologiya kafedralari,
Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti,
Samarqand, O'zbekiston.

Allayarov Yaxshinor Norboboevich
Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot instituti
Akusherlik va ginekologiya kafedrası,
Davolash fakulteti,
Samarqand, O'zbekiston.

Xamraeva Lola Kaxxorovna
Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot instituti
Akusherlik va ginekologiya kafedrası,
Davolash fakulteti,
Samarqand, O'zbekiston.

BEPUSTLIK NIKOH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Согласно определению ВОЗ бесплодным считается брак, при котором у женщины детородного возраста не наступает беременность в течении одного года при регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств.

Причиной бесплодия могут быть нарушения репродуктивной системы одного или обоих супругов.

Различают следующие виды бесплодия :

- Мужское бесплодие (40% случаев)
- Женское бесплодие (40% случаев)
- Бесплодие неопределенной этиологии
- Сочетанное бесплодие.

Основные причины женского бесплодия :

- Эндокринные факторы (45-50% случаев)
- Трубно-перитонеальные факторы (30-35% случаев)
- Гинекологические заболевания (25-30% случаев)
- Иммунологические нарушения.

Этиология

Распространению бесплодия, особенно трубно-перитонеальных факторов (ТПФ) во многом способствуют ИППП (инфекции, передающиеся половым путем). Это обусловлено следующими факторами :

- Тенденция ранней половой жизни;
- Семейная неустроенность;
- Трудовая миграция, вынуждающая супругов к длительному раздельному проживанию;
- Частая смена партнеров.

Значительное место занимают гинекологические заболевания : хронические воспаления матки и ее придатков, опухоли яичников и матки, миомы матки, эндометриоз.

Определенную роль в развитии бесплодия играют : частые аборт (особенно криминальные), выкидыши, бесконтрольное применение гормональных и контрацептивных средств. В развитии бесплодия немаловажную роль имеет следующее : неблагоприятные условия работы (загрязнениями продуктами промышленного производства, радиация и др.). Бурное развитие жизни негативно влияет на фертильность в связи с повышенными стрессовыми нагрузками. Хронический стресс имеет прямую связь с отклонениями гипоталамо – гипофизарной регуляции репродуктивной системы, способствует развитию эндокринного бесплодия.

Классификация бесплодия у женщин.

Различают следующие формы женского бесплодия:

- Первичное бесплодие – отсутствие беременности в анамнезе;
- Вторичное бесплодие – наличие беременности в прошлом;
- Абсолютное бесплодие – возможность наступления беременности естественным путем полностью исключена (отсутствие матки, яичников, маточных труб, аномалия развития половых органов).
- Относительное бесплодие – фертильность у женщины сохранена, но у мужа имеется мужское бесплодие.

С клинической точки зрения наибольшее значение имеет классификация женского бесплодия, учитывающая патогенетические факторы :

Трубно-перитонеальное бесплодие – наблюдается в результате непроходимости маточных труб при сочетании со спаечными процессами в малом тазу или без них.

Эндокринное бесплодие – овulatoryные нарушения при отклонении гормональной регуляции репродуктивной системы.

Маточные формы бесплодия – при патологии эндометрия (гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия, аденомиоз и др), субмукозной миоме матки, пороках развития матки и цервикальные причины.

Как было указано выше, эндокринные факторы являются основной причиной женского бесплодия.

Эндокринное бесплодие связано с нарушениями процессов овуляции, обусловленные патологическими изменениями гипоталамо-гипофизарной-яичниковой системы. Эти изменения наблюдаются в виде :

- Гиперпролактинемии;
- Нормопролактинемии, которая протекает в виде :
✓ гипоталамо-гипофизарной дисфункции
✓ Гипоталамо-гипофизарной недостаточности.
- Яичниковой недостаточности
- Синдрома поликистозных яичников.

Гипоталамо-гипофизарная дисфункция

Нормальные и слегка сниженные показатели секреции ЛГ и ФСГ. Здесь наблюдается положительная прогестероновая проба, т.е. появление обильной, длительной или болезненной менструально-подобной реакции после окончания приема прогестерона или дюфастона или норколута. Могут быть нарушения менструальной функции по типу олигоменории или аменореи, ановуляции и нейроэндокринных синдромов.

Гипоталамо-гипофизарная недостаточность.

При этом может наблюдаться следующее :

- Снижение уровня секреции ЛГ, ФСГ, эстрадиола.
- Прогестеронова проба отрицательная;
- Первичная гипогонадотропная аменорея (врожденная неполноценность центров гипоталамо-гипофизарной области).
- Гипоплазия молочных желез;
- На R-грамме черепа - малое турецкое седло.

Яичниковая или гипергонадотропная аменорея.

При этом наблюдается значительное повышение уровня ЛГ и ФСГ, прогестероновая проба отрицательная, а также отмечается снижение эстрадиола.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – является основной причиной эндокринной формы бесплодия (до 80-90%).

Что же происходит при этом в яичнике (рис 1).



Рис.1.

В подкожной жировой ткани происходит следующее (Рис2):

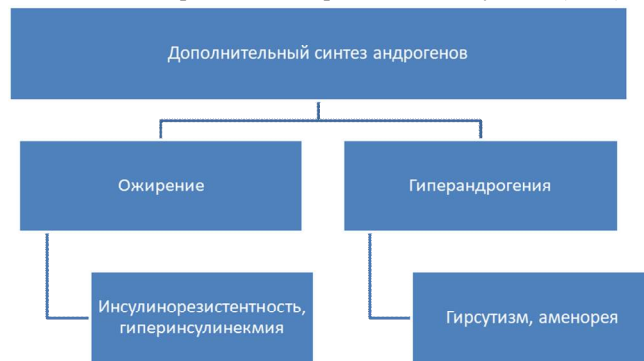


Рис.2.

В поликистозных яичниках происходит увеличение секреции ЛГ и повышается индекс ЛГ/ФСГ более 2,0, что способствует развитию нарушений менструального цикла по типу олиго- и аменореи, хронической ановуляции. Далее развивается ней роэндокринный синдром.

При лапароскопии можно увидеть : увеличенные с обеих сторон яичники с утолщенной, гладкой , блестящей капсулой с мелкими подкапсулярными кистами.

МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ.

Это изменения со стороны здоровья мужской репродуктивной системы, не позволяющее мужчине зачать потомство.

Основные формы мужского бесплодия

- Секреторная
- Обтурационная;
- Иммунологическая.

Этиологические факторы мужского бесплодия:

- Гипоспадия;
- Эректильная дисфункция;
- Сексуальная неграмотность.

Секреторная форма мужского бесплодия.

Эта форма бесплодия связана с нарушением образования сперматозоидов(спермогенеза).

В развитии данной формы бесплодия различают следующие факторы :

1. Внутренние факторы:

- Недостаточность функции гипофиза, гипоталамуса;
- Нарушение функции желез внутренней секреции;
- Последствия инфекционных, особенно венерических заболеваний;
- Варикоцеле, водянка яичка, крипторхизм.

2. Внешние факторы:

- Отравление ядовитыми веществами;
- Ионизирующее излучение, радиация
- Алкоголь, наркомания;
- Инфекции половых путей, травмы, высокая температура окружающей среды.

Обтурационная форма мужского бесплодия

Данная форма мужского бесплодия связана с нарушением выделения спермы. Бывает одно- и двусторонняя.

Односторонняя – приводит к олигоспермии, двусторонняя – к азооспермии.

Развитие обтурации возможно :

- После перенесенного эпидидимита;
- Осложнение после перенесенного сифилиса, туберкулеза;
- Травма яичек или паховых областей;
- Повреждения во время операции;
- Врожденное отсутствие придатков яичка или семявыводящих протоков.

Факторы женского бесплодия в браке следующие:

- Психосексуальные расстройства;
- Гиперпролактинемия;
- Гипофизарный уровень поражения (опухоль, некроз гипофиза);
- Аменорея с нормальным уровнем эстрогенов;
- Аменорея с высоким уровнем ФСГ ;
- Аменорея с низким уровнем эстрогенов;
- Олигоменорея;
- Нерегулярные менструации или ановуляция;
- Ановуляция при регулярном ритме менструаций;
- Врожденные аномалии;
- Двусторонняя непроходимость маточных труб;
- Спаечный процесс в малом тазу;
- Эндометриоз;
- Приобретенная патология тела и шейки матки;
- Приобретенная трубная патология;
- Приобретенная яичниковая патология;
- Бесплодие неясного генеза;
- Ятрогенные причины;
- Системные заболевания.

Факторы мужского бесплодия :

- Психосексуальные расстройства;
- Изолированная патология семенной плазмы;
- Ятрогенные причины;
- Системные заболевания;
- Врожденные аномалии;
- Приобретенное повреждение яичек;
- Варикоцеле;
- Инфекция придатков яичек;
- Иммунологический фактор;
- Эндокринные причины;
- Идиопатическая олигозооспермия;
- Идиопатическая астенозооспермия;
- Идиопатическая тератозооспермия.

ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДИЯ

Диагностическое обследование бесплодия проводится в 2 этапа.

На первом этапе бесплодная семейная пара проходит предварительно в поликлиническом учреждении.

Второй этап требует выполнения назначенных специализированных исследований (эндоскопических, неинвазивных аппаратных и гормональных) и лечения с применением как консервативных, так и хирургических (лапаротомических, лапароскопических, гистероскопических) методов и ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий). Помощь с применением специализированных диагностических и лечебных процедур оказывают в гинекологическом отделении на базах НИИ или в областных центрах.

При первом обращении пациентки по поводу бесплодия опрос проводят по определенной схеме, рекомендованной ВОЗ:

- Число и исход предыдущих беременностей и родов, послеродовые и послеабортные осложнения, число живых детей.
- продолжительность бесплодия;
- методы контрацепции, продолжительность их применения;
- соматическая патология (сахарный диабет, туберкулез, патология щитовидной железы, надпочечников и др.

(медикаментозная терапия в анамнезе (применение цитотоксических препаратов, психотропных и транквилизирующих средства);

- операции, сопровождающиеся риском развития спаечного процесса (операции на матке, яичниках, маточных трубах, мочевыводящих путях и почках, на кишечнике, аппендэктомия и др.);
- воспалительные процессы в органах малого таза и ИППП, тип возбудителя;
- заболевания шейки матки и характер использованного лечения (консервативное, крио- и лазеротерапия, электрокоагуляция и др.);
- наличие галактореи и её связь с лактацией;
- вредные привычки (курение, алкоголь, наркомания);
- наследственные заболевания у близких родственников;
- менструальный цикл (возраст менархе, характер цикла, характер нарушений, межменструальные выделения, болезненность *mensis* и др.);
- нарушения половой функции (диспареуния, контактные кровотечения).

Объективные исследования

- тип телосложения, рост, масса тела, определение индекса массы тела ($ИМТ = \text{вес в кг} / \text{рост в м}^2$, в норме 20-26).
- При ожирении ($ИМТ > 30$) устанавливают время его начала, возможные причины и скорость развития;
- Состояние кожных покровов (сухая, влажная, жирная, наличие сыпи, акне и др.);
- Характер оволосения, наличие гипертрихоза и его степень. При избыточном оволосении время его появления;
- Состояние молочных желез (степень развития, выделения из сосков, объемные образования).
- Гинекологический статус (состояние наружных половых органов), осмотр шейки матки в зеркалах и кольпоскопия, бимануальное исследование – состояние матки и ее придатков.

Поликлиническое обследование включает заключение терапевта, эндокринолога, невропатолога, генетика и др.

Лабораторные исследования

С целью исключения инфекции необходимо:

- Исследование мазка на флору из уретры, цервикального канала, степень чистоты влагалища.
- Цитологическое исследование мазков из шейки матки;
- Мазок из цервикального канала для выявления методом ПЦР хламидий, ВПГ (вирус простого герпеса), ЦМВ (цитомегаловирус).
- Исследование на инфекции культуральным методом: посев содержимого влагалища и цервикального канала для определения микрофлоры, наличия уро- и микоплазмы;
- Анализ крови на гепатит В и С, сифилис, ВИЧ-инфекцию, краснуху.

В условиях поликлиники необходимо провести гормональный скрининг, целью которого является подтверждение или исключение эндокринного бесплодия (по типу ановуляции). При подозрении на данную форму можно пригласить врача гинеколога-эндокринолога.

В обязательном порядке необходимо проводить УЗИ исследование органов малого таза и молочных желез. Необходимо в амбулаторных условиях проведение ГСГ (гистеросальпингографии), если есть возможность – кольпоскопию. ГСГ проводят на 5-8 сутки менструального цикла при регулярном ритме менструаций.

При подозрении на эндокринное бесплодие (при ановуляции) приводят гистеросальпингографию и определение концентрации половых гормонов в венозной крови (ФСГ, ЛГ, пролактин).

Если у пациентки имеется подозрение на эндокринное (ановуляторное) бесплодие желательно проводить КТ или МРТ черепа в двух проекциях с захватом турецкого седла, что позволяет выявить микро- макропролактиномы гипофиза, а также синдром «пустого турецкого седла».

При подозрении на хирургическую патологию внутренних половых органов можно назначить спиральную КТ.

УЗИ щитовидной железы назначают женщинам с эндокринным бесплодием. У больных женщин с клиническими признаками гиперандрогении необходимо УЗИ или КТ надпочечников.

Лапароскопическое исследование показано женщинам с подозрением на трубно-перитонеальное бесплодие, у которых овуляторный менструальный цикл и в течении 3-4 циклов была применена индукция овуляции.

Лапароскопия обеспечивает не только дочную диагностику имеющихся трубных и перитонеальных факторов бесплодия, но и позволяет проводить малотравматичную коррекцию выявленных нарушений (резекция спаек, восстановление проходимости маточных труб, коагуляцию эндометриозных кист, удаление субсерозных миоматозных узлов и ретенционных кист яичника).

Гистероскопия проводится:

- При ДМК различной интенсивности;
- При подозрении на внутриматочную патологию (полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия, субмукозная миома матки и др.);

При проведении гистероскопии можно провести раздельное выскабливание полости матки и цервикального канала, а также хирургическое лечение многих внутриматочных патологий.

В конце этих обследований проводят анализ спермы мужа для исключения мужского бесплодия. При изменениях в спермограмме пациент должен пройти обследование у врача андролога, на основании результатов которого решается вопрос о выборе тактики для преодоления бесплодия у данной пары.

Пациенток с бесплодием на фоне подозреваемой хирургической гинекологической патологии (непроходимость маточных труб, внутрибрюшные спайки, синехии, кисты яичников, эндометриоз, миома матки и др.) после соответствующего обследования направляют в специализированные медицинские учреждения, где уточняют выбор дальнейшей тактики лечения.

Любая консервативная терапия и обследование не должно превышать 2-3 года. При сохраняющейся инфертильности в течении этого срока пациентка должна без задержки направлена в центр ВРТ.

Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ)

Данная форма бесплодия встречается при анатомо-функциональных нарушениях маточных труб и спаечном процессе в области малого таза. На долю трубно-перитонеального бесплодия приходится 25-30% всех случаев бесплодия.

Этиопатогенез ТПБ

Причины трубной непроходимости могут быть функциональными и органическими.

Функциональная непроходимость маточных труб наблюдается при гипотонусе, дискоординации маточных труб без анатомо-морфологических изменений.

Органические поражения маточных труб наблюдаются при массивных спайках, перекрутах, перевязке, сдавлением каким-то патологическим образованием др.

Непосредственными причинами органических поражений маточных труб являются перенесенные ВЗОМТ, оперативные вмешательства на матке и других органах малого таза – придатках матки, кишечнике. Определенную роль играют инвазивные диагностические и лечебные процедуры (гистеросальпингография, пертубация, гидротубация, диагностические выскабливания полости матки и др., а также воспалительные и травматические осложнения после родов и абортов, тяжелые формы наружного эндометриоза и т.д.

Диагностика ТПБ

Для диагностики ТПБ большое значение имеет анамнез:

- Указание на перенесенные ИППП;
- Хроническое воспаление половых органов;
- Перенесенные оперативные вмешательства на органах малого таза;

• Осложнение послеабортных, послеоперационных периодов – наличие тазовых болей, альгодисменорея и др.

ТПБ можно заподозрить у пациенток с эндокринным бесплодием после адекватной гормональной терапии в течении 1 года.

При гинекологическом обследовании о ТПБ можно думать при : ограничении подвижности матки, изменение ее положения, укорочение сводов влагалища.

Заключительным этапом исследований в диагностике ТПБ является диагностическая лапароскопия. Её обязательно проводят при подозрении на эндометриоз, а также на эндокринное бесплодие (ановуляторный цикл) через 12 месяцев гормональной терапии, обеспечивающей восстановление овуляции (Кломифеном, ХГЧ и др.).

Лапароскопическое исследование показано в случаях необъяснимого бесплодия, причину которого не удается обнаружить.

Лечение ТПБ

1. Активное антибактериальное лечение с включением физиотерапевтических процедур (электрофорез с лидазой и гидрокортизоном в течении 3-4 менструальных циклов.

2. Лапароскопическая реконструктивно-пластическая операция, задачей которой является восстановление анатомической проходимости маточных труб.

В зависимости от характера выявленных патологических изменений освобождают маточные трубы от спаечных сращений (сальпинголизис), восстанавливают вход в воронку маточной трубы (фимбриопластика) или создают новое отверстие в зарощенном ампулярном отделе трубы (сальпингостомия). Параллельно при лапароскопии устраняют обнаруживаемую сопутствующую хирургическую патологию (эндометриоз, субсерозные и интрамуральные миомы, ретенционные кисты яичников). Её проводят в обязательном порядке при подозрении на ТПБ и эндометриоз, причем независимо от результатов ГСГ.

Диагностическую лапароскопию проводят также пациенткам с эндокринным-ановуляторным бесплодием через 12 месяцев гормональной терапии, обеспечивающей восстановление овуляции.

Эндокринное бесплодие (ЭБ)

Этиология и патогенез

Ведущей причиной ЭБ служит хроническая ановуляция на фоне тех или иных гормональных отклонений, которые приводят к нарушению фолликулогенеза (гипопрولاктинемия, гиперандрогения и др.) и её следствием, т.е. нарушение ритма циклической продукции эстрогенов и прогестерона. При хронической ановуляции бесплодие часто носит смешанный характер. Это происходит из-за негативного влияния ,наблюдаемого при ановуляции, дисбаланса женских половых стероидных гормонов на тонус маточных труб, состояние эндометрия и свойства цервикальной слизи.

Признаком ЭБ служит также НЛФ (недостаточность лютеиновой фазы) цикла, т.е. гипофункция желтого тела яичника. Это приводит к функциональным расстройствам маточных труб, нарушению имплантации оплодотворенной яйцеклетки, что приводит к бесплодию или выкидышам на ранних сроках беременности. Гормональные исследования назначают пациенткам с нарушением менструальной функции (олиго- и аменорея) и женщинам с регулярным ритмом менструаций, но имеющим признаки ановуляции или недостаток лютеиновой фазы (НЛФ).

При этом определяют следующие гормоны:

- Концентрация пролактина;
- Гонадотропины (ФСГ и ЛГ);
- Эстрадиол;
- Андрогены – тестостерон и ДГЭАС (дегидроэпиандростерон) для исключения участия надпочечников;
- ТТГ – тиреотропный гормон;

Повышение концентрации пролактина (гиперпролактинемия) часто сопровождается недостаточностью щитовидной железы. Здесь необходима консультация эндокринолога.

Если под влиянием лечения сохраняется гиперпролактинемия, то можно заподозрить гормонально активную опухоль гипофиза. В таких случаях обязательно проведение КТ, МРТ области турецкого седла для диагностики микроаденомы гипофиза.

Наиболее частой причиной ЭБ является синдром поликистозных яичников (СПКЯ).

СПКЯ – гетерогенный клинической синдром, характеризующийся гиперандрогенией, овуляторной дисфункцией. Нарушением восприимчивости к инсулину. Эти состояния являются важнейшей причиной бесплодия.

Частота бесплодия при СПКЯ составляет до 40%.

Клиническая картина – гирсутизм из-за избыточной продукции андрогенов, грубая пористая кожа лица, очаговая пигментация, андрогенный тип телосложения, ожирение, ановуляторный тип менструации, нарушение генеративной функции, гипоплазия молочных желез, инсулинорезистентность и др.

Лечение

Выбор метода лечения: консервативный и оперативный.

Консервативный метод проводится амбулаторно с использованием соответствующих гормонов. Вопрос подбора гормонов необходимо согласовать с врачом эндокринологом.

При ожирении у больных с СПКЯ (индекс массы тела >30) проводят коррекцию массы тела путем редуцированной низкокалорийной диеты и дозированной дополнительной активности.

Медикаментозная терапия метаболических нарушений осуществляется Метформином по 500 мг * 3 раза. Если беременность в течении этого срока не наступает, следует переходить на препараты, индуцирующие овуляцию – кломифен цитрат.

На сегодняшний день препаратом выбора при метаболических нарушениях является препарат растительного происхождения – Инотир.

Инотир содержит 5 компонентов: миоинозитол, фолиевую кислоту, L-тирозин, ??? хрома и селен метионин. Каждый компонент препарата оказывает положительное действие на состояние женщин с СПКЯ. Краткое описание этих компонентов:

- Миоинозитол – участвует в регуляции липидного обмена, способствует снижению холестерина в крови, используется при лечении диабетической нефропатии.

- L-тирозин – отвечает за нормализацию метаболизма, способствует снижению голода, подавляя аппетит, повышает стрессоустойчивость и нормализует настроение, снижает усталость.

-Хром – важный микроэлемент, который в препарате содержится в виде пиколинат хрома. Этот микроэлемент способствует нормализации липидного и углеводного обменов, снижает риск алиментарного ожирения и метаболического синдрома.

- Микроэлемент Селен кА важный антиоксидант, нормализует работу иммунной и гормональной систем. Кроме этого, обеспечивает защиту и подвижность сперматозоидов. Эти качества широко используются в лечении мужского бесплодия. Улучшает синтез йодсодержащих гормонов щитовидной железы.

- Компонент фолиевая кислота необходим для функционирования иммунной системы, а также синтеза аминокислот, которые необходимы для развития плода.

Режим дозирования Инотира по 1 саше 2 раза в день в течении 6 месяцев.

Для индукции овуляции применяется препарат Кломифен цитрат (Клофит). Препарат назначается с 5-го по 9-й день или до 14-го дня менструального цикла в дозе по 2 таб (100мг) на ночь 3-4 месяца.

Для усиления эффекта, кломифен цитрат сочетают ЧМГ (человеческий менопаузальный гонадотропин с 9-го по 15-16 день менструального цикла (т.е. до созревания фолликулов) по 75-150 МЕ.

Кроме этих лекарственных средств в комплекс лечения необходимо включить ЧХГ (человеческий хориальный

гонадотропин) по 5000 – 10000 МЕ 4-5 дней с 16-го до 20-го дня цикла.

При комбинации кломифен цитрата с ЧХГ повышается эффективность лечения бесплодия, вероятность наступления беременности увеличивается до 30-35 %.

Механизм действия синтетического стимулятора овуляции кломифен цитрата заключается в следующем :

- Стимуляция овуляции;
- Блокирует рецепторы к эстрогенам в гипоталамусе, яичниках посредством обратной связи;
- Усиливает секрецию гипофизом гонадотропных гормонов, в частности ФСГ и лютеинизирующего гормона (ЛГ).
- Стимулирует созревание, «эндокринную активность» фолликула в яичнике и повышает концентрацию эстрадиола в крови.

Показания к применению кломифен цитрата:

- Ановуляторное бесплодие;
- Дисфункциональные маточные кровотечения;
- Аменорея (вторичная, дисгонадотропная);
- Синдром Штейна-Левенталя (СПКЯ);
- Синдром Киари-Фроммеля (патологическая длительная лактация с аменореей);
- Андрогенная недостаточность и олигоспермия у мужа.

Побочные действия кломифен цитрата:

- Преходящее увеличение размеров яичников;
- Повышенная чувствительность молочных желез (боли, уплотнения);

- Приливы крови к лицу;
- Аллергический дерматит;
- Диспепсия, головная боль.

Противопоказания к применению кломифен цитрата :

- Маточные кровотечения неясного генеза;
- Злокачественные опухоли половых органов;
- Беременность;
- Истинные опухоли яичников;
- Эндометриоз;
- Заболевания печени и её дисфункция;

При сохраняющемся в течении 1-2 лет бесплодии, т.е. отсутствии эффекта от проведенных вышеуказанных мероприятий рекомендуется лечение с применением ВРТ (ЭКО).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бесплодный брак на сегодняшний день, несмотря на определенные успехи в репродуктологии, продолжает оставаться актуальной проблемой. Бесплодный брак отрицательно влияет на психику семейной пары, работоспособность и трудовую деятельность, в обществе эта пара чувствует себя ущемленной, нередко приводит к разводу.

Диагностика формы бесплодия, а также лечение требует определенных затрат, которые немаловажны для семейного бюджета. Однако результаты не всегда бывают удачными. Необходимо большое терпение ИСО стороны семейной пары и медицинских работников при ведении и лечении бесплодия. Поэтому выбор наиболее эффективных и доступных методов диагностики и лечения, доступных для каждой семьи, что способствует сохранению семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коробков Д. М. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин репродуктивного возраста и его клинико-факторный анализ // Бюллетень науки и практики. Электрон. журн. 2016. №12 (13). С. 186-189.
2. Кулаков В.И., Леонов В.Б., Кузмичев Л.Н. Лечение женского и мужского бесплодия. М.-Медицинское информационное агентство. – 2005
3. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Гинекология. Национальное руководство. М. ГЭОТАР-Медиа.-2009- с.581
4. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология. М.-ГЭОТАР-Медиа, 2004.- с.480
5. Сметник В.П., Тумилович А.А. Неоперативная гинекология.Руководство для врачей. М.Медицинское информационное агентство : 1998.-с.592
6. Detti L., Saed G. M., Fletcher N. M. Ovarian stimulation for assisted reproductive technology cycles // J. Fertility Sterility. 2011. V. 95. №3. P. 1037-1041.
7. Ding T, HarDiman PJ, PeTersen i, Wang FF, Qu F, Baio g. The prevalence of polycystic ovary syndrome in reproductive-aged women of different ethnicity: a systematic review and meta-analysis. Oncotarget 2017; 8: 96351-96358.
8. Bizzarri m, carlomagno g. Inositol: history of an effective therapy for polycystic ovary syndrome. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2014; 18: 1896-1903.
9. Gateva A, Unfer V, Kamenov Z. The use of inositol(s) isomers in the management of polycystic ovary syndrome: a comprehensive review. Gynecol Endocrinol 2018; 34: 545-550.