УДК 618.177:616.97-08

Р.Ж. ЮЛДАШЕВА, Б.С. МУХАЖАНОВА, Д.Д. СУЛТАНОВА
Кафедра Интернатуры и Резидентуры по акушерству и гинекологии КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, Алматы

ИППП - КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ

С целью изучения инфекционного статуса женщин с первичным и вторичным бесплодием проведен анализ на базе НЦАГиП 174 супружеских пар обратившихся за 2014-2015 годы для проведения программы экстракорпорального оплодотворения.
На основе изучения данных анамнеза и клинико-лабораторных исследований установлено что ИППП является одной из причин бесплодия.
Ключевые слова: *Бесплодие, инфекции передаваемые половым путем.*

Актуальность проблемы: Несмотря на позитивные сдвиги в демографической ситуации, сохраняется низкий уровень здоровья женщин и детей. Остается актуальной проблема репродуктивного здоровья и в настоящее время среди всех супружеских пар 16% браков остаются бесплодными [10].Это во многом связано с широкой распространенностью инфекций, передающихся половым путем (далее - ИППП)[19].В настоящее время бесплодие является важнейшей медицинской и социально-психологической проблемой, а также экономической, так как охватывает не только двух индивидуумов, оказывая влияние на качество их жизни, но и в целом отражается на демографических показателях страны [5,7,8,10,17]. Несмотря на достижения в медицине и внедрения современных инновационных технологий, проблема бесплодия остается одной из главных проблем в гинекологической практике [18].

Согласно определению ВОЗ (1993) бесплодным считают брак, при котором у женщины детородного возраста не наступает беременность в течение 1 года регулярной половой жизни без применения методов контрацепции [2,13].

В специализированных клиниках развитых стран (ВОЗ,1987 год) выяснили ,что в 22% случаев бесплодия «виновными» оказываются мужчины, в 32 % - женщины, комбинированные нарушения составляют 21 % и неустановленные причины -14 %.Каждая четвертая супружеская пара имеет сочетание мужского и женского факторов бесплодия [10].

Факторы, вызывающие бесплодие, чрезвычайно разнообразны. В структуре женского бесплодия наиболее распространенными являются следующие формы бесплодия [4,14]:

Трубно-перитонеальная - 50-60% (чаще развивающаяся после воспалительных заболеваний матки и ее придатков).

Эндокринная форма - 30-40%.

Наружный генитальный эндометриоз - 25%.

Сочетанные формы бесплодия составляют 20-50%.

В 2-3% случаев причину бесплодия установить не удается. Причиной бесплодия могут стать нарушения со стороны иммунной системы [12].

Среди причин бесплодия трубно-перитонеальный фактор остается ведущим. К факторам риска развития трубно-перитонеальной формы следует отнести воспалительные заболевания гениталий женщин, которые в свою очередь приводят к нарушению проходимости и сократительной активности маточных труб [11,12]. Не следует забывать, что основными причинами этих состояний продолжают оставаться заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП).

Краснопольский В.И. с соавторами считают, что чаще всего проходимость маточных труб нарушается в ампулярном отделе, реже – в интерстициальном и наиболее редко – в истмическом. Данный феномен связан с особенностями кровоснабжения ампулярных отделов маточных труб по типу венозных лакун и артериовенозных анастомозов, а также с преобладанием реснитчатого эпителия, неустойчивого к повреждающим факторам, особенно инфекционной природы. Эти анатомо-физиологические особенности предопределяют преимущественное поражение ампулярных отделов маточных труб независимо от типа инфекции и путей ее попадания в трубу. Выраженный воспалительный процесс в ампулярных отделах маточных труб с последующим склеиванием фимбрий в местах гибели реснитчатого эпителия и рубцеванием приводит к их грубым анатомическим изменениям по типу мешотчатых воспалительных псевдоопухолей – гидросальпинксов. Результатом является дистальная трубная окклюзия [6].

Необходимость оценки инфекционного статуса связана, с тем что женское и мужское бесплодие обусловлено воспалительными заболеваниями яичек и придатковых половых желез.

Урогенитальный хламидиоз вызывает воспалительный процесс в трубах и приводит к их окклюзии, что сопровождается деструкцией фимбрий и развитием гидросальпинкса, а воспалительная реакция вокруг труб приводит к уменьшению их подвижности, препятствующему нормальному захвату и продвижению яйцеклетки. Neisseria gonorrhoeae вызывает развитие слипчивого процесса и появление спаек в малом тазу. Микоплазмы обладают временной способностью адсорбироваться на клетках, прикрепляться к головке или средней части сперматозоида, изменяя его подвижность. Уреаплазма может проникать в верхние отделы половой системы с помощью носителей — сперматозоидов, вызывать сужение или облитерацию труб; указанные возбудители прикрепляются к клеткам мерцательного эпителия, оказывают на него токсическое действие, нарушая продвижение яйцеклетки в полость матки [9]. Кроме того, микроорганизмы, находящиеся в мочеполовых органах у женщин с аномальной иммунореактивностью, способны блокировать сперматозоиды и нарушать их передвижение, приводить к образованию противосперматозоидных антител [1]. Считают что ЗППП, последовательно поражая у мужчины такие органы мочеполовой системы, как уретра и дополнительные половые железы, предстательная железа, семенные пузырьки, семявыводящие протоки, придатки яичек, яички, приводят к снижению количества и качества спермы, в некоторых случаях, вплоть до её исчезновения [15].

Таким образом, ИППП являясь одной из причин бесплодия, остается глобальной проблемой, далеко вышедшая за рамки медицинской, являясь экономическим бременем для женщин и системы здравоохранения каждой страны.

Цель работы: Уточнить, какой процент из всех факторов бесплодия принадлежит ИППП.

Задачи исследованиия:

1.Выявить, в каком процентном соотношении трубно-перитонеальный фактор инфекционного генеза явился причиной бесплодия.

2.Выявить, какие инфекции в основном явились причиной нарушения репродуктивной функции.

3.Оределить соотношения женского и мужского фактора как причины бесплодия.

4. Определить частоту бесплодия в возрастном аспекте.

Материалы и методы исследования:

С целью изучения инфекционного статуса женщин с первичным и вторичным бесплодием проведен анализ на базе НЦАГиП 174 супружеских пар, обратившихся за 2014-2015 годы для проведения программы экстракорпорального оплодотворения. В работе представлены результаты анализа первичного и вторичного бесплодия. На основе изучения данных анамнеза, клинико-лабораторных исследований, проведен анализ данных, свидетельствующих об инфекционном статусе пациентов с бесплодием. Установлено, что ИППП является одной из причин бесплодия. Для анализа были использованы данные иммуноферментного анализа и ПЦР-диагностики инфекций, передающихся половым путем.

Результаты исследования и их обсуждение:

Анализ анамнестических данных показал, что длительность бесплодного периода 174 супружеских пар колебался от 1 до 20 лет и в среднем составил 7+-2,5 года.

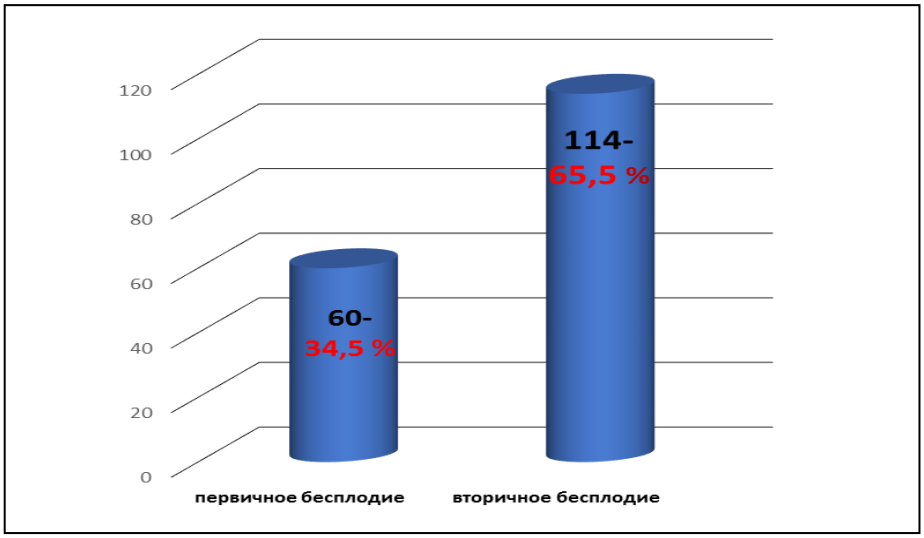

Рисунок 1 - Процентное соотношение первичного и вторичного бесплодия

У 60-34,5 % женщин было диагностировано первичное бесплодие, вторичное имело место у 114-65,5 %. См. рисунок 1.

Рисунок 2 - Распределение мужского фактора бесплодия у супружеской пары (в %)

Мужской фактор как причина бесплодия был диагностирован в 62 случаях – 35,6%. Среди причин мужского бесплодия 26 -41,9% - астенозооспермия, 14-22,5% -приходится на олигоастенозооспермию, 12-19,6% - олигозооспермию, 4-6,4% - на тератозооспермию, 4-6,4% на олигоастенотератозооспермию, 2-3,2% -

астенотератозооспермия. Следует отметить, что данные результаты спермаграммы могут быть связаны с негативным влиянием микоплазмы и уреаплазмы на сперматогенез [1,9,15]. См. рисунок 2.

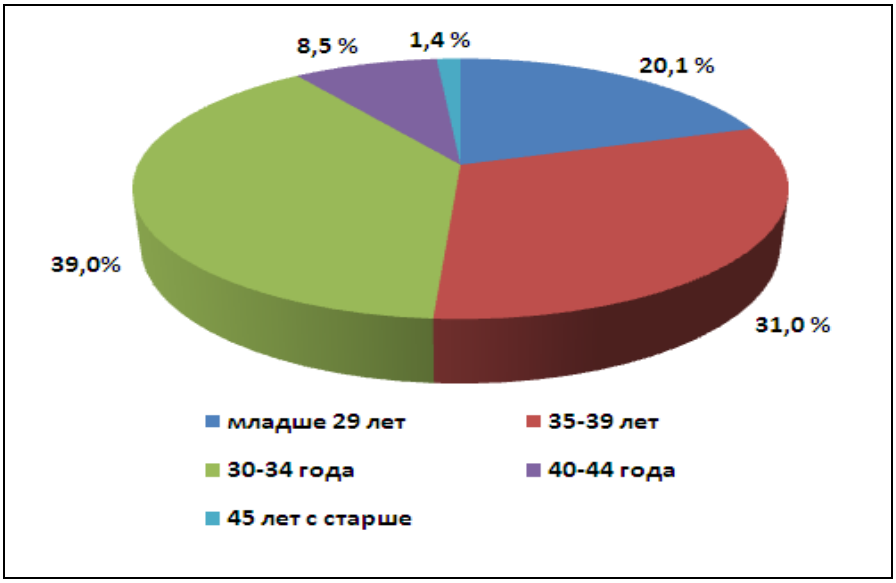

Рисунок 3 - Распределение по возрасту пациенток с вторичным и первичным бесплодием, обратившихся в НЦАГиП в 2014-2015 годах (в %)

Анализ распределения пациентов в возрастном аспекте за период 2014-2015 года показал, что наибольшее их число – 39%, приходится на возрастную группу 30-34 года. Удельный вес группы женщин 35-39 лет составил 31%; 20,1% женщин - на группу младше 29 лет; 8,5 % женщин - старше 40-44 лет. Возрастная группа «45 лет и старше» составила всего 1,4%. См. рисунок 3.

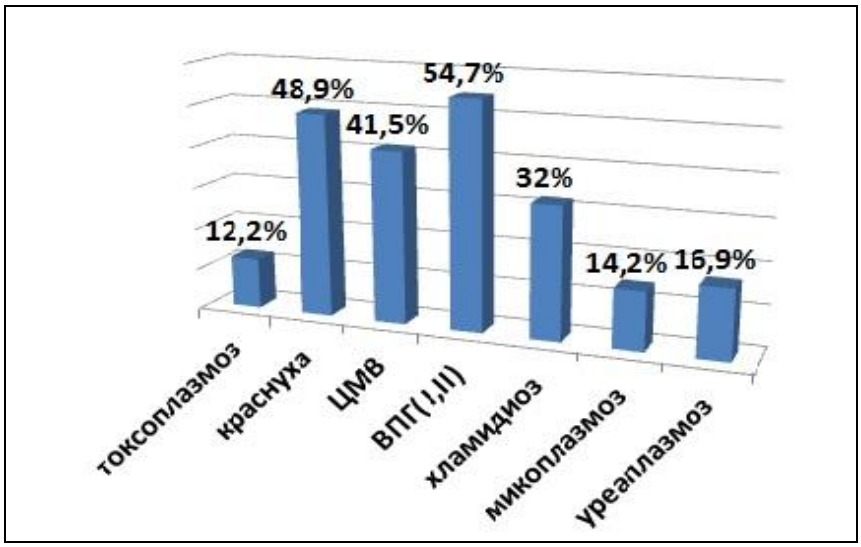

Рисунок 4 - Процентное соотношение всех инфекций

При анализе данных иммуноферментного анализа и ПЦР-диагностики инфекций, передаваемых половым путем, было выявлено, что ВПГ встречается у 58 женщин – 54,7 %; вирус краснухи 52-48,9%; ЦМВ-43-41,5; хламидиоз 34-32%. См. таблицу 2,рисунок 4.
При оценке инфекционного статуса все супружеские пары были обследованы на инфекции TORCH-комплекса, которая объединяет следующие внутриутробные инфекции:

Таблица 2 - Характер инфекционного статуса женщин

Вид инфекции		Абсолютное число	%
Токсоплазмоз	Ig G	12	11,3
	Ig M	1	0,9
Краснуха	Ig G	46	43,3
	Ig M	6	5,6
Цитомегаловирусная инфекция	Ig G	42	39,6
	Ig M	1	1,9
Герпесвирусная инфекция	Ig G	58	54,7
хламидиоз	Ig G	33	31,1

	Ig M	1	0,9
микоплазма	Ig G	15	14,2
уреаплазма	Ig G	18	16,9

По данным проведенного нами исследования результатов ИФА высокий процент приходится на долю Ig G, что говорит о том, что человек страдает хронической формой заболевания или когда-то переболел данной инфекцией. А наличие в крови Ig M свидетельствует об острой стадии инфекции. У большей доли женщин с вторичным бесплодием в анамнезе имеет место неразвивающая беременность. По данным K. Ault и его соавторов сообщается, что у пациенток с прерыванием по типу неразвивающейся беременности хронический эндометрит обусловлен персистенцией вирусов (вирус простого герпеса, цитомегаловирус и др.). По нашим данным – 54,7% и 41,5% соответственно, краснуха - 48,9%.

Также хламидийный сальпингит и сальпинго-оофорит являются наиболее частыми проявлениями восходящей инфекции, особенностью которых является их длительное подострое, стертое течение без склонности к «утяжелению», приводящее при этом к непроходимости маточных труб, внематочной беременности, трубно-перитонеальному бесплодию. В 32 % (34 случаев) наблюдались положительные результаты к хламидийной инфекции, это говорит о том, что данная инфекция могла также послужить причиной вторичного бесплодия супружеских пар.

Выводы:

1. Трубно-перитонеальный фактор инфекционного генеза явился причиной II бесплодия в 60,9% (106 случаев).
2. Причина нарушения репродуктивной функции приходится на долю ВПГ - 54,7%; Краснухи - 48,9%; ЦМВ - 41,5%; а также Хламидии - 32%.
3.Мужское бесплодие было выявлено у 62 супружеских пар, при этом из них у женщин также отмечен трубно-перитонеальный фактор – 37 % .
4 Вторичное и первичное бесплодие чаще встречалось у женщин в возрасте 30-34 лет.

Отдельно следует акцентировать, что правильная и своевременная диагностика инфекций, передаваемых половым путем, важна в общей системе профилактики бесплодия [3].

Рекомендации:

Решением данной проблемы является своевременная диагностика ИППП, для этого необходимо:

1.Проведение санитарно-просветительской работы для улучшения репродуктивного здоровья супружеских пар.
2.Планирование беременности и предгравидарная подготовка.
3.Регулярное посещение врача гинеколога с целью профилактических осмотров.
4.Использование презерватива как барьерного метода контрацепции и профилактики ИППП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Diedrich K., Bayer O. International Symposium on GnRH Analogues in Human Reproduction. 2-d: Proceedings. – Geneva: 1993.- V. 3.- 359 p.
2 Айламазян Э.К. Гинекология. –СПб.: Спец Лит, 2013. – 369 с.
3 Аксененко В.А. Воспаление половых органов и профилактика репродуктивных потерь. - Ставрополь: Ставроп. гос. мед. акад., 2000. – 479 с.
4 Белькова, Ю.А. Инфекции, передающиеся половым путём, при беременности: влияние на её исход, возможности профилактики и лечения» // Фарматека. – 2006. – №14. – С. 59-66.
5 Бикташева Х.М., Джусангалиева А.Ш., Куандыков М.Е. Особенности демографической ситуации в Казахстане // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2001. - №4. - С. 3-6.
6 Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 274 с.
7 Крутова В.А., Ермошенко Б.Г. ПРИЧИНЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 11 – С. 16-19.
8 Кулаков В.И., Маргиани Ф.А., Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В. Структура женского бесплодия и прогноз восстановления репродуктивной функции при использовании современных эндоскопических методов // Акушерство и гинекология. - 2001. - N 3. - С. 33-36.
9 Лихачев В.К., Практическая гинекология: Руководство для врачей. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 276 с.
10 Локшин В.Н., Джусубалиева Т.М. Бесплодие и вспомогательные репродуктивные технологии. – Алматы: 2005.- 367 с.
11 Несяева Е.В. Неразвивающаяся беременность: Этиология, патогенез, клиника диагностика // Акуш. и гин. – 2005. – № 2. – С. 3-7.
12 Овсянникова Т.В., Камилова Д.П, Феоктистов А.А. Гинекология. - 2009. - №4. – 472 с.
13 Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухина И.Б. Гинекология: Национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 317 с.
14 Сидорова, И.С. Внутриутробные инфекции: хламидиоз, микоплаз-моз; герпес, цитомегалия // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – № 3. – С. 7-18.
15 Современные принципы диагностики и лечения бесплодного брака // Гинекология. – 2009. – № 4. – С. 30-33.
16 Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению:руководство. 2-е изд. испр. и доп. - М.:ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 327 с.
17 Фролова О.Г., Николаева Е.И. О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях // Акушерство и гинекология. - 2004. - № 3. - С. 37 - 40.
18 В.А. Бенюк, Я.М., Винярский, И.А.Усевич , Т.Р. Никонюк. «Сохранение репродуктивного потенциала посе лапараскопических операций // Репродуктивная медицина».-2015.-№3-4. - С.70-75.

19 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 года утвержденная указом Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113. - С.1-10.

Ж.Р. ЮЛДАШЕВА, С.Б. МУХАЖАНОВА, Д.Д. СУЛТАНОВА
Акушерлік және гинекология интернатура и резидентура кафедрасы
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университет

ЖЫНЫСТЫҚ ҚАТЫНАС АРҚЫЛЫ ЖУҒАТЫН ЖҰҚПАЛЫ ИНФЕКЦИЯСЫ- БЕДЕУЛІКТІҢ БІР СЕБЕБІ

Түйін: Біріншілік және екіншілік бедеулікпен зардап шегетін әйелдердің инфекциондық статусын зерттеу мақсатында АГ және ПҒО-ның базасында 2014-2015 жылдары Экстракорпоралдық ұрықтандыру бағдарламасынын жасау үшін келген 174 ерлі-зайыпты жұптардың анализі жүргізілді.Әйелдердің анамнез және клинико-лабораторлық нәтижесін зерттеу барысында жыныстық қатынас арқылы жуғатын жұқпалы инфекциясы бедеуліктің бір себебі болып табылады.
Түйінді сөздер: бедеулік, жыныстық қатынас арқылы жуғатын жұқпалы инфекциясы.

ZH.R. YULDASHEVA, S.B. MUKHAZHANOVA, D.D. SULTANOVA
Department of internship and residency obstetrics and gynecology
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Almaty, Kazakhstan

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IS REASON STERILITY

Resume: In order to study the infectious status of women with primary and secondary sterility carried out on the basis of analysis 174 couples applied for extracorporeal fertilization program in Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology over the period of 2014-2015. On the basis of medical history and clinical and laboratory studies found that sexually transmitted infections is one of the causes of sterility.
Keyword: sexually transmitted infections, sterility.