

УДК 618.14-008.6

Шермухамедова Мафтунабону Пулат кизи

Хомидова Гулзуру Жохонгир кизи

Насриддинова Камола Пулат кизи

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Резюме: Бесплодие - заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции, либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером.

Вмешательства по поводу бесплодия могут быть начаты и ранее 1 года, основываясь на данных медицинского, сексуального и репродуктивного анамнеза, возраста, данных физикального обследования и диагностических тестов.

Неудивительно, что проблема диагностики и лечения бесплодия является крайне актуальной в акушерско-гинекологической практике, в медицине в целом и приобретает государственное значение.

В связи с этим врач в каждом конкретном случае должен использовать наиболее информативные методы исследования, позволяющие в максимально короткий период ответить на вопрос о причине бесплодия. Быстрое, четкое и правильное установление причины нефертильности супружеской пары – главный этап, определяющий дальнейший успех лечения бесплодия.

В этой статье пойдет речь о диагностике и эффективном лечении женского бесплодия современными методами

Ключевые слова: диагностика, лечения, бесплодия, беременность.

Shermukhamedova Maftunabonu Pulat kizi

Khomidova Gulzuro Zhakhongir kizi

Nasriddinova Kamola Pulat kizi

Department of Oncology and Medical Radiology

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Andijan State Medical Institute

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF FEMALE INFERTILITY

Resume: Infertility is a disease characterized by the inability to achieve clinical pregnancy within 12 months of regular sexual life without contraception due to a violation of the subject's ability to reproduce, either individually or jointly with his/her partner.

Infertility interventions can be initiated earlier than 1 year, based on medical, sexual and reproductive history, age, physical examination and diagnostic tests.

In this regard, the doctor in each case should use the most informative research methods that allow to answer the question about the cause of infertility in the shortest possible period. A quick, clear and correct determination of the cause of a couple's infertility is the main stage determining the further success of infertility treatment.

This article will discuss the diagnosis and effective treatment of female infertility by modern methods

Key words: diagnosis, treatment, infertility, pregnancy.

Актуальность. Согласно определению ВОЗ (2010), бесплодие - это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться беременности в течение одного года. Выделяют субфертильность, при которой бесплодие обусловлено снижением

репродуктивной функции одного или обоих партнеров [4,6]. К бесплодию относят отсутствие беременности после инсеминации донорской спермой у женщины <35 лет; или после 6 месяцев незащищенного полового акта или инсеминации донорской спермой у женщин в возрасте до 35 лет [3].

Первичным бесплодие было у 46,7% женщин, вторичным - у 53,3%; доля жительниц городских поселений составила 77,4%; средний возраст при первичном бесплодии - $31,6 \pm 0,24$ года, при вторичном - $33,1 \pm 0,3$ года. 32,1% женщин были рабочими, 49,2% - служащими, 12% не работали.

Выявлено более 2,5 причины бесплодия на каждую женщину в группе с первичным бесплодием, 2,2 - в группе с вторичным бесплодием. У 79,1% женщин в анамнезе было выполнено хирургическое лечение на органах малого таза, у 32,6% - резекция яичников, у 14,4% из которых отмечено снижение овариального резерва [1,5].

Причины бесплодия могут быть связаны с женским фактором в 40% случаев, с мужским в 40% случаев и с сочетанием мужских и женских факторов в 10% случаев. Истинная причина бесплодия не установлена только у 10-20% пар. Женские факторы разделены на трубные (40%), овуляторные (40%), маточные (10%) и шейные (10%) [2,8]. Вероятность спонтанного зачатия для «здоровой» пары составляет 25% в течение овуляторного цикла. Фертильность постепенно снижается после 32 лет, и особенно после 37 лет. Кумулятивная частота живорождения снижается с возрастом и составляет: 48,6% у женщин моложе 35 лет; 38,43% в 35-37 лет; 24,3% в 38-40 лет; 12,3% в 41-42 лет; 3,8% в возрасте старше 42 лет. Снижение фертильности сопровождается значительным увеличением показателей анеуплоидии и спонтанного аборта [1,7].

Цель исследования. Изучить важность функционального исследования репродуктивной системы в развитии бесплодия у женщин и соотнести его с современными методами.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 50 пациентов с развитием бесплодия и имеющих проблемы с мочевыделительной системой..

Результаты исследования. Функциональная активность репродуктивной системы определяется состоянием овариального резерва пациенток, их маркерами являются продолжительность менструального цикла, уровни ФСГ и АМГ, размер яичников и количество антральных фолликулов в них; в то же время нормальный овариальный резерв характеризуется регулярным менструальным циклом продолжительностью 28-30 дней, яичники не менее 5 см³, количество антральных фолликулов в них не менее 5 в каждом; при уменьшении резервов яичников уменьшается менструальный цикл, повышается уровень ФСГ, снижаются значения ингибиторов В и АМГ, уменьшается объем яичников, уменьшается количество антральных фолликулов в них. Наиболее точным признаком из всех биохимических показателей, отражающим состояние овариального резерва и прогнозирующим снижение и потерю функции репродуктивной системы, является концентрация АМГ в сыворотке крови.

Состояние овариального резерва связано с возрастом пациенток. У женщин в возрасте до 40 лет нормальный овариальный резерв составлял 75%, только в 22% случаев в возрасте от 40 до 45 лет, и у всех пациенток старше трех лет и 45 лет овариальный резерв был снижен или был обнаружен очень незначительно. Исключение составляют пациентки с эндокринной патологией: старение яичников при ПСО задерживается почти на 10 лет, по сравнению со сверстниками с овуляторным менструальным циклом, при первичном гипогонадотропном гипогонадизме параметры овариального резерва не меняются в течение жизни женщины.

Таким образом, результаты анализа показали, что в настоящее время проблема женского бесплодия является достаточно распространенным полиэтиологическим явлением.

Наибольшего внимания требует заболевание хронический оофорит, возникновение которого у женщин репродуктивного возраста может приводить к бесплодию. Часто ему предшествует хронический вагинит, который протекает бессимптомно, из-за чего затрудняется ранняя диагностика. Поэтому необходимо регулярно посещать гинеколога, внимательно следить за состоянием своего здоровья, соблюдать правила личной гигиены.

Учитывая тот факт, что клиническая картина за последние 5 лет мало изменилась, а в последний год частота встречаемости хронического оофорита по сравнению с предыдущим повысилась, необходимо пересмотреть подход к лечению данной патологии. Если женщина уже столкнулась с этой проблемой, необходимо проводить лечение не только симптоматическое, но и этиологическое, и патогенетическое. Причиной заболевания могут быть инфекции, передающиеся половым путем, условно-патогенные микроорганизмы и микобактерия туберкулеза. В этом случае необходимо для лечения использовать препараты, направленные на подавление активности инфекционного возбудителя. Эффективно будет проведение энзимотерапии, направленное на устранение и профилактику спаечной болезни, так как гной из фаллопиевых труб расплавляет ткани яичников из-за чего между яичником и воспаленной трубой образуются спайки. При хроническом воспалении спайки уже успели сформироваться, а значит, и лекарственная терапия из-за них достигает очага воспаления с большим трудом. В этом случае ферментные средства могут приниматься с целью повышения доступа антибактериальных препаратов к очагу инфекции. Лонгидаза, обладающая гиалуронидазной активностью пролонгированного действия снижает отек воспаленных тканей, повышает

эластичность сформированных спаек и препятствует образованию новых, в результате чего спаечный процесс уменьшается. Помимо этого, Лонгидаза оказывает антиоксидантное, иммуномодулирующие и умеренно выраженное противовоспалительное действие. Проведение симптоматического лечения, заключается в использовании противовоспалительных средств, препаратов, которые помогают снизить болевой синдром. Важное значение имеет также проведение иммунокоррекции для усиления собственных защитных сил организма.

В подавляющем большинстве случаев женщинам удаётся победить это заболевание, следовательно, бесплодие, явившееся его следствием можно вылечить или вовсе избежать. Так как эта патология является приобретённой, девушка с юных лет должна беречь себя и тогда в будущем она непременно испытает счастье материнства безо всяких проблем с зачатием.

Вывод. Несмотря на все достижения и внедрение передовых репродуктивных технологий, эффективность методики ВРТ далека от 100%. ЭКО не стоит считать «волшебной палочкой», при взмахе которой супружеская пара, страдающая бесплодием, тут же получит долгожданную беременность. ЭКО нельзя считать альтернативой существующим традиционным методам лечения, которые могут быть достаточно эффективными, если применяются своевременно и по показаниям. Врач акушер-гинеколог, к которому впервые обращается супружеская пара с жалобами на отсутствие беременности, должен четко знать базовый алгоритм обследования, врачебную тактику, консервативные методы лечения у пациенток с эндокринными нарушениями, своевременно направить на консультацию к эндокринологу.

Таким образом, современные достижения в науке, акушерстве и гинекологии, репродуктологии позволяют использовать высокоинформативные методы диагностики бесплодия, уточнения не

только его формы, но и этиопатогенетических механизмов, позволяющие целенаправленно проводить лечение, прегравидарную подготовку женщин, особенно при использовании ВРТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян Л. В. Комплексный подход к лечению бесплодия у пациенток с «бедным ответом» на стимуляцию яичников и ПНЯ с использованием новых хирургических технологий / XIV Международный конгресс по репродуктивной медицине. 2020.

2. Грон Е. А., Лукошина И. Н., Губанова М. А. Особенности лечения методом ЭКО у пациенток с аутоиммунным тиреоидитом / Материалы XXV Международной конференции Российской ассоциации репродукции человека «Репродуктивные технологии сегодня и завтра». Сочи, 2015. С. 207–214.

3. Кулаков В.И., Корнеева И.Е. Диагностика и лечение женского бесплодия. В кн.: Практическая гинекология. Под ред. В.И.Кулакова. М., 2012.

4. Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Чечурова Т.Н. Эндокринное бесплодие у женщин. Диагностика и лечение. М., 2014.

5. Перминова С. Г. Женское бесплодие и нарушение функции щитовидной железы. В кн.: Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / Под ред. Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 237–273.

6. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. М., 2011.

7. Fleischer K., Muller A. F., Hohmann F. P. et al. Impact of controlled ovarian hyperstimulation on thyroid function // *Reprod. Biol. Insights*. 2014. 7. P. 9–16.

8. Wakim A. N., Paljug W. R., Jasnosz K. M. et al. Thyroid hormone receptor messenger ribonucleic acid in human granulosa and ovarian stromal cells // Fertil. Steril. 1994. 62 (3). P. 531–534.