Женское бесплодие

Женское бесплодие — весьма важная и достаточно сложная медикосоциальная проблема.

До сих пор остается малоразработанным и спорным вопрос этиопатогенеза женского бесплодия, что в влечет за собой известные трудности в проведении лечебных мероприятий.

В настоящее время выделены следующие основные варианты бесплодия у женщин:

1. трубно-перитонеальное;
2. эндокринное;
3. иммунологическое;
4. маточная форма бесплодия, обусловленная анатомическими нарушениями матки и влагалища.

Трубное бесплодие

Удельный вес нарушений проходимости маточных труб в этиологической структуре женского бесплодия составляет 35-40%. Трубно-перитонеальное бесплодие является причиной перенесенных воспалительных заболеваний придатков матки и брюшины малого таза. Следует отметить, что воспалительные заболевания женских половых органов в настоящее время весьма часто протекают субклинично и многие женщины не отмечают это обстоятельство при сборе анамнеза. В то же время воспалительный процесс сопровождается активным развит ем фиброзных элементов, что влечет за собой сужение или облитерацию маточной трубы, появление перитубарных и яичниковых спаек. Указанные нарушения препятствуют проникновению и передвижению яйцеклетки по маточной трубе, что и является основной причиной бесплодия.

Кроме механических изменений маточных труб, частым осложнением воспалительных заболеваний являются их функциональные расстройства, и как следствие — нарушение транспорта гамет, приводящее к бесплодию.

Следует отметить, что сократительная функция маточных труб также находится под сложным гормональным контролем. Гормоны могут менять активность своего действия на сократительную, способность различных отделом маточных труб в зависимости от их исходного уровня и соотношения с другими биологически активными веществами.

Спаечный процесс в брюшной полости и маточных трубах наиболее выражен после перенесенной гонореи, которая в отличие от банальной инфекции часто приводит к полной облитерации просвета труб. В дополнение к этому воспалительный процесс сопровождается выраженными гемодинамическими изменениями в маточных трубах, что нарушает их перистальтическую активность. Кроме того, возникающие сактогидросальпинксы приводят к атрофии ресничек выстилающего эпителия, перерастяжению мускулярных элементов маточной трубы, что делает последнюю неполноценной в плане продвижения гамет даже при условии сохранения их проходимости.

Многолетняя практика свидетельствует о значительной частоте бесплодия после искусственного аборта. Выскабливание матки может повлечь за собой облитерацию устьев маточных труб вследствие механического повреждения эп дометрия в этой области.

Нельзя не отметить в структуре причин нарушения проходимости маточных труб так называемую послеоперационную перитонеальную форму бесплодия. Перенесенные в прошлом операции на органах малого таза в большинстве случаев сопровождаются выраженным спаечным процессом, что приводит к нарушению функции маточных труб и яичников.

К трубному бесплодию могут привести опухоли матки и яичников, за счет механического сдавления труб и нарушении их функции.

Перитонеальная форма бесплодия обусловлена спаечным процессом в области внутренних половых органов при проходимых маточных трубах. При этом имеющиеся сращения приводят к анатомическим и функциональным нарушениям маточных труб и яичников, в результате чего возникает бесплодие.

Одной из наиболее частых причин возникновения перитонеальной формы бесплодия является эндометриоз. Кроме того, эндометриоидные имплантанты продуцируют большое количество простагландинов, которые приводят к нарушению перистальтики маточных труб, снижают их транспортную функцию, «притягивают» к себе оплодотворенную яйцеклетку, уводя ее, таким образом, от маточной трубы. Как эксквизитное явление описаны случаи врожденной непроходимости маточных труб.

Эндокринное бесплодие

Эндокринное бесплодие — это бесплодие, обусловленное нарушениями процесса овуляции, неспособностью яйцеклетки к оплодотворению или имплантации эмбриона в результате гормональной дисфункции. Удельный вес этой формы бесплодия составляет 20-40%.

Наиболее частая причина эндокринного бесплодия — отсутствие овуляции вследствие ациклических процессов гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, характеющихся огромным многообразием клинических, биохимических и морфологических нарушений, проявляющихся множеством клинических синдромов: синдромом поликистозных яичников, адреиогенитальным синдромом, различными формами гиперпролактинемий, гиперогениями и т. д.

В клинической практике как причина бесплодия наибольший удельный вес занимают первичные морфо-функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичникового комплекса, проявляющиеся аменореей или гипоменструальным синдромом. В большинстве случаев они обусловлены геннохромосомной патологией. Кэтой группе заболеваний следует отнести синдром Шерешевского-Тернера, смешанную форму дисгенезии гонад, гермафродитизм, адреногенитальный синдром, синдром тестикулярной фемининизации, гипопитуитаризм, гонадотропный гипогонадизм, синдром Лоренса-Муна-Бидля и др. Хромосомные синдромы, кроме типичных клинических проявлений, характеризуются нарушением продукции гонадотропинов, уменьшением синтеза эстрогенов и прогестерона, нарушением кариотипа — 45X0, 46ХУ, 46XУ/45X0. Обычно изменяется экскреция 17-КС в столицу повышения.

При гермафродитизме и истинной агенезии половых желез кариотип вариабельный — 46ХХ или 46ХУ, уровень ФСГ, ЛГ, как правило, повышен.

Бесплодие, обусловленное вирилизирующим синдромом, связано в основном с повышением синтеза андрогенов.

Типичным представителем вирилизации является андрено-генитальный синдром. В результате наследственного дефицита 21-гидроксилазы, необходимой для синтеза кортикостероидов, по принципу обратной связи увеличивается выработка АКТГ, в результате чего происходит гиперплазия коры надпочечников с активацией синтеза андрогенов. Нарушение функции надпочечников может быть также обусловлено и опухолевым процессом, в таких случаях оно носит вторичный характер.

Иммунологическое бесплодие

Иммунологическое бесплодие является достаточно сложной и до конца не изученной проблемой.

Причинами иммунологического бесплодия у женщин могут быть специфические изоантитела к сперматозоидам в различных отделах полового тракта: во влагалище, цервикальной слизи, эндометрии, маточных трубах, фолликулярной и перитонеальной жидкости, аутоантитела к блестящей оболочке яйцеклетки, клеткам зернистого слоя или аутоиммунные тотальные поражения яичников. Изоиммунный ответ на сперматозоиды в организме женщины реализуются как посредством гуморальных, так и клеточных факторов, может иметь общий и местный характер, при чем наиболее выраженным является регионарный иммунитет.

Бесплодие, связанное с анатомическими нарушениям в репродуктивной системе

К этой форме бесплодия относятся различные аномалии развития женских половых органов, хирургическое удаление матки, маточных труб, яичников, травмы половых органов с образованием мочеполовых и кишечнополовых свищей, внутриматочные синехии (синдром Ашермана), образующиеся в результате травмы при выскабливании, опухоли матки и придатков.