

Клинический анализ неудачных попыток использования вспомогательных репродуктивных технологий

И.Е. Палыга

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев
Клиника репродуктологин «Альтернатива», г. Львов.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются: длительное бесплодие, неоднократные оперативные вмешательства на органах малого таза, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза и высокий инфекционный индекс. Кроме этого, длительное и неуспешное лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения. Эти факторы риска вызывают срыв адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизацию воспаления, усиление анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что в свою очередь снижает репродуктивный потенциал пациенток и способствует неудачным попыткам ВРТ.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, неудачные попытки.

Проблема infertility супружеских пар приобретает сегодня не только медицинское, но и огромное социально-демографическое и экономическое значение [1–12]. По данным ВОЗ (WHO, 2009) более 100 млн супружеских пар бесплодны и их число с каждым годом увеличивается. Частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 20% до 30% [3, 10]. Причиной бесплодного брака в 40–50% случаях является патология репродуктивной системы у одного из супругов, реже – в 25–30% у обоих [4, 11]. ВОЗ выделяет 22 причины женского и 16 причин мужского бесплодия. Женское бесплодие встречается у 35–40% бесплодных браков, на долю мужского бесплодия приходится 30–35% (WHO, 2009).

Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются наиболее эффективными в преодолении различных форм мужского и женского бесплодия. Они развиваются и совершенствуются, с их помощью в мире родилось более 2 млн детей. Однако, несмотря на все достижения, частота развития беременности все еще остается сравнительно низкой и составляет 25–30% на цикл лечения, причем за последние 10 лет этот показатель существенно не изменился [1–12].

По всей видимости, это связано с большим числом разнообразных факторов, влияющих на репродуктивный процесс. Ряд авторов, разделяя мнение о влиянии мужского и женского факторов на зачатие и развитие эмбриона, обращают внимание, что сочетание этих составляющих может колебаться от 40% до 80% [1–12].

Поиск прогностических критериев эффективности ВРТ представляет широкое поле для научно-практических исследований, что подтверждают материалы 27-й ежегодной конференции Европейского общества репродукции и эмбриологии человека (Стокгольм, 2011).

Все изложенное выше свидетельствует о необходимости повышения эффективности ВРТ.

Цель исследования: повышение эффективности ВРТ на основе проведения клинического анализа их неэффективных попыток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью исследования была выделена основная группа с женскими факторами бесплодия (100 супружеских пар с неудачными попытками ВРТ в анамнезе). При этом в основной группе были выделены следующие подгруппы: трубно-перитонеальное бесплодие; эндокринное бесплодие; эндометриоз и сочетанные факторы бесплодия.

Группу сравнения составили 50 женщин без нарушений фертильности. У этих женщин была подтверждена нормальная структура эндометрия.

До начала цикла ВРТ проводили тщательное обследование партнеров: сбор соматического, акушерско-гинекологического и андрологического анамнеза, ультразвуковое исследование (УЗИ), клинико-лабораторные, биохимические и гормональные исследования.

В случае выявления какой-либо сопутствующей патологии, в первую очередь урогенитальной инфекции, назначали соответствующую терапию, которую проводили в объеме, необходимом для достижения санитизирующего эффекта.

Все исследования выполняли в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы научных и медицинских исследований с участием человека» (2000).

Лечебные мероприятия проводили в соответствии с нормативными документами, утвержденными Министерством здравоохранения Украины.

Все обследованные лица давали информированное согласие на участие в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины 1-й подгруппы основной группы (трубно-перитонеальное бесплодие) отличаются следующими характеристиками: возрастной интервал от 36 до 39 лет; преобладание в анамнезе ОРВИ, хронических тонзиллитов, детских инфекций и заболеваний сердца; начало половой жизни – с 16 лет с одним половым партнером (78,2%); наибольшее число в анамнезе искусственных абортов (77,1%); более 3 попыток ВРТ в анамнезе (70,4%); начало менархе после 14 лет (56,3%), чаще без нарушений (53%), длительность бесплодия более 5–10 лет (48,9%); преобладание операций по поводу диагностики и восстановления проходимость маточных труб (44,8% и 13,8% соответственно); преобладание вторичного бесплодия (44,6%); эктопических беременностей (35,6%), тубэктомии (31%); эндометриоза

(26,4%); а также родов (25,3%). Среди инфектов наиболее часто были выявлены *C.albicans* и *Chl.trachomatis*.

Во 2-й подгруппе (эндокринное бесплодие) были более молодые женщины, в возрасте от 30 до 35 лет; с нарушениями менархе (86,2%); ранним началом половой жизни – до 16 лет, но в основном с одним половым партнером (82,5%); у них отмечено превалирование первичного бесплодия (57,9%), длительность которого более 5–10 лет (68,4%); полименорея и межменструальные выделения отмечались у 50%; у каждой третьей имела место резекция яичников в анамнезе (29,8%); кисты яичников, эндометриоз и аденомиоз (21,5%, 19,3% и 16% соответственно); эндокринные нарушения (19%). В этой подгруппе зарегистрировано наименьшее число перенесенных искусственных аборт (8,7%). Именно у этих женщин с эндокринным бесплодием практически у каждой третьей фиксировали длительный и нерегулярный цикл.

Для 3-й подгруппы (эндометриоз) характерными являются: преобладание в анамнезе гастритов и циститов; наличие болезненного менструального цикла; оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза (67% и 31,6% соответственно); более 3 попыток ВРТ в анамнезе (63,3%); превалирование первичного бесплодия (43,3%); в анамнезе до первых попыток ВРТ уже диагностировали эндометриоз (24,2%), лейомиому матки с преобладанием субсерозных и интерстициальных узлов (20,2%); у них же было наибольшее число выкидышей в анамнезе (10,7%).

Для 4-й подгруппы (сочетанные факторы бесплодия) характерными являются: возрастной интервал от 26 до 29 лет; преобладание операций по поводу диагностики и восстановления проходимости маточных труб (89,2%); менархе до 14 лет (78,5%); превалирование в анамнезе кист яичников (67,8%); заболеваний шейки матки (64,3%); до 2 попыток (в среднем 1,74) ВРТ в анамнезе (64,3%); нарушения цикла у половины пациенток; наличие более одного сексуального партнера (57,2%); длительность бесплодия 2–4 года (57,1%); детских инфекций (57%); превалирование в анамнезе эндокринных нарушений (39%); эндометриоза (32,1%); постоянного выделения в содержимом влагалища *C.albicans*, *G.vaginalis*, *U.urealiticum* в различных титрах; наибольшее число аборт (32,3%); хронических бронхитов (25,4%) и выкидышей (10,7%) в анамнезе.

Представленные данные убедительно свидетельствуют о том, что несмотря на различные формы бесплодия, определяемые у пациенток по доминирующим факторам бесплодия, четко прослеживается общность системных нарушений репродуктивного здоровья: длительное бесплодие, оперативные вмешательства на органах малого таза, порой неоднократные, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза у значительной части пациенток, высокий инфекционный индекс. Кроме этого, длительное и неуспешное лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения.

Анализ клинико-анамнестических данных позволяет предположить, что эти факторы риска приводят к срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что в свою очередь снижает репродуктивный потенциал пациенток.

Для мужчин, состоящих в браке с обследуемыми женщинами 1-й подгруппы, характерно: средний возраст составил $30,5 \pm 4,5$ года, при этом достоверных межгрупповых различий по этому показателю выявлено не было; в целом контингент мужчин был представлен рабочими и

служащими, ведущими в основном сидячий образ жизни; среди обследуемых мужчин 65% курят и 32% регулярно (примерно 1–2 раза в месяц) употребляют спиртные напитки; все мужчины переболели в детстве детскими инфекциями: каждый третий (30,7%) болел ветряной оспой, каждый пятый (20,16%) – корью, а каждый десятый (10,1%) перенес краснуху. Каждый третий мужчина отмечал у себя частые (в среднем 2–3 раза в год) ОРВИ. Каждый пятый указывал на наличие у него хронического гастрита. У каждого шестого в анамнезе – хронический тонзиллит.

Итак, можно судить о практическом отсутствии экстрагенитальных факторов инфертильности у этих мужчин, но нельзя не учитывать такие отягощающие моменты, как курение, употребление алкоголя и высокий инфекционный индекс.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными причинами неудачных попыток ВРТ являются: длительное бесплодие, неоднократные оперативные вмешательства на органах малого таза, большое число внутриматочных операций, наличие эндометриоза и высокий инфекционный индекс. Кроме этого, длительное и неуспешное лечение бесплодия само по себе является негативным фактором, усугубляющим имеющиеся нарушения. Эти факторы риска приводят к срыву адаптационно-гомеостатических резервов организма, хронизации воспаления, усилению анатомо-функциональных дефектов репродуктивной системы, что в свою очередь снижает репродуктивный потенциал пациенток и способствует неудачным попыткам ВРТ.

Клінічний аналіз невдалих спроб використання допоміжних репродуктивних технологій І.Є. Палига

Результати проведених досліджень свідчать, що основними причинами невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є: тривале безпліддя, неодноразові оперативні втручання на органах малого таза, велике число внутрішньоматкових операцій, наявність ендометріозу і високий інфекційний індекс. Окрім цього, тривале і невдале лікування безпліддя само по собі є негативним чинником, що посилює наявні порушення. Ці чинники ризику призводять до зриву адаптаційно-гомеостатичних резервів організму, хронізації запалення, посиленню анатомо-функціональних дефектів репродуктивної системи, що у свою чергу знижує репродуктивний потенціал пацієнток і сприяє невдалим спробам ДРТ.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, невдалі споби.

The clinical analysis of unsuccessful attempts of auxiliary reproductive technologies I.E. Palyga

Results of the spent researches testify, that principal causes of unsuccessful attempts ART are: long barrenness, numerous operative interventions on bodies of a small basin, the big number intrauterine operations, presence of an endometriosis and a high infectious index. Besides, long and unsuccessful treatment of barrenness in itself is the negative factor aggravating available infringements. These risk factors promote failure adaptation-gomeostasis reserves of an organism, inflammation synchronisation, to strengthening of anatomic-functional defects of reproductive system, that, in turn, reduces reproductive potential of patients and promotes unsuccessful attempts ART.

Key words: auxiliary reproductive technologies, unsuccessful attempts.

Сведения об авторе

Палыга Игорь Евгеньевич – Клиника репродуктологии «Альтернатива», 79000, г. Львов, ул. Героев УПА (Тургенева), 73. E-mail: ipaluga@mail.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аншина М.Б. ВРТ: прошлое, настоящее, будущее // Проблемы репродукции. – 2002. – № 3. – С. 6–15.
2. Артифесов С.Б., Артифесова А.А., Одинцов А.А. Анализ структуры мужской infertility // Актуальные вопросы урологии и андрологии. – Н. Новгород, 2008. – С. 71–78.
3. Баскаков В.П. Состояние репродуктивной системы женщины при эндометриозе // Проблемы репродукции. – 2005. – № 2. – С. 15–18.
4. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 1. // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 1. – С. 27–33.
5. Божедомов В.А., Лоран О.Б., Сухих Г.Т. Этиология и патогенез мужского аутоиммунного бесплодия. Часть 2. // Андрология и генитальная хирургия. – 2007. – № 1. – С. 34–39.
6. Бондарев Д.А., Сорова Н.Е., Курносоев Т.Р. Иммунологический аспект вспомогательных репродуктивных технологий // Андрология и генитальная хирургия. – 2008. – № 2. – С. 30–39.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2007. – 708 с.
8. Гаспаров А.С., Волков Н.И., Корнеева М.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин // Проблемы репродукции. – 2009. – № 5. – С. 43–44.
9. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном эндометриозе (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2006. – № 5. – С. 51–54.
10. Гюдайс Л.С. Имплантирующая оплодотворенная яйцеклетка и материнский организм // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 5. – С. 30–32.
11. Гилязутдинов И.А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 416 с.
12. Горюнов В.Г., Жибров Б.Н., Евдокимов В.В. Причины и признаки мужского бесплодия. – Рязань, 1993.

Статья поступила в редакцию 30.07.2013

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»

1. Статья должна быть напечатана на одной стороне страницы через 2 интервала (поля слева — 3,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см).
2. **Статья подается на русском или украинском языке в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами. Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).**
3. **УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.**
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.
6. Требования к иллюстративному материалу:
 - Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
 - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
 - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
 - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.
- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательнее было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS, TIF или JPEG и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
11. Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.
12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
13. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.
14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать на адрес:

Адрес: 03039, Киев, а/я 36

Редакция журнала «Здоровье женщины»; e-mail: office@zdr.kiev.ua.

Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.