

ЖЕНСКОЕ И МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

*Владимир Владимирович Плетнев
кандидат медицинских наук, врач-
онколог, клинический фармаколог,
генеральный директор ООО «Центр
доктора Плетнева», Москва*

Бесплодным считается брак, при котором отсутствует беременность в течение 1 года регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств. В настоящее время частота бесплодных браков составляет более 20%, причем в 50% случаев имеет место женское бесплодие, в 40% случаев – мужское бесплодие и в 10% случаев встречаются смешанные формы.

ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Женское бесплодие – весьма важная и достаточно сложная медико-социальная проблема.

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

Клинические формы женского бесплодия

1) трубно-перитонеальное. Удельный вес нарушений проходимости маточных труб составляет 35-40%;

2) эндокринное. Удельный вес этой формы бесплодия составляет 20-40%;

3) иммунологическое бесплодие является сложной проблемой. Нарушение функций иммунной системы может приводить к бесплодию, неудачным ЭКО и самопроизвольным абортам. На иммунитет женщины влияет её образ жизни, курение, употребление спиртных напитков и факторы внешней среды;

4) маточная форма бесплодия;

5) бесплодие неясного генеза.

Примерно для 10-25% бесплодных пар причина бесплодия не определена.

Основные причины бесплодия у женщин.

1. Нарушения процессов овуляции.

Это наиболее частая причина женского бесплодия.

Расстройства овуляции:

- ановуляция, т.е. отсутствие овуляции;
- нерегулярная овуляция;
- недостаточность лютеиновой фазы. Данная патология определяется недостаточностью секреции прогестерона желтым телом или расстройством реакции слизистой оболочки матки на стимуляцию гормонами, что приводит к невозможности имплантации эмбриона в слизистую оболочку матки. Установлено, что недостаточностью лютеиновой фазы страдает 3-20 % бесплодных пар.

Данная проблема встречается примерно в 20-25% случаев бесплодия. Причины овуляторной дисфункции репродуктивной системы могут быть первичные и вторичные.

Первичные причины отсутствия овуляции:

- удаленные яичники;
- поврежденные яичники в результате радиотерапии или химиотерапии при лечении рака;
- яичники не синтезируют яйцеклетки, что приводит к ранней менопаузе, встречающейся у 1-2% женщин в возрасте до 40 лет;
- женщина родилась без яичников;
- поликистоз яичников.

Вторичные причины отсутствия овуляции:

- стрессы;
- значительная потеря веса или ожирение;
- наркотики;
- прогрессирующая опухоль;
- гиперпролактинемия;
- расстройства, связанные с щитовидной железой и надпочечниками.

2. Повреждение фаллопиевых труб.

Распространенная причина бесплодия. Повреждение фимбрий может снизить или полностью лишить их способности задерживать яйцеклетки и направлять их в фаллопиевы трубы. Спайки вокруг трубы могут привести к искривлению трубы или снизить подвижность фимбрий, таким образом влияя на их способность улавливать яйцеклетки.

Повреждение слизистой оболочки труб может помешать сперматозоидам достичь яйцеклетки или существенно снизить шансы оплодотворения. Закупорка труб может препятствовать достижению сперматозоидом яйцеклетки или продвижению оплодотворенной яйцеклетки в матку и увеличивает частоту наступления внематочной беременности.

Большинство женщин не знают о повреждении труб, пока не пройдут обследование на предмет бесплодия.

Некоторые женщины испытывают сильные боли во время менструации, хронические или повторяющиеся тазовые боли или слабость, месячные наступают нерегулярно или протекают тяжело. Данная проблема встречается в 15-25% случаев патологий женской половой системы.

Причины повреждения фаллопиевых труб:

1) инфекции:

- перенесенные инфекционные заболевания брюшной полости;
- болезни, передающиеся половым путем (хламидиоз, гонорея);
- спираль может привести к инфекции матки, которая, в свою очередь, может распространиться в трубы;
- распространение инфекции из внутренних органов (аппендицит, инфекции желудочно-кишечного тракта);
- после аборта, выкидыша или родов инфекция может распространиться в трубы;

2) операции:

Любая операция, затрагивающая фаллопиевы трубы, яичники и матку, а также полостные операции могут приводить к возникновению спаек, которые, в свою очередь, могут повлиять на функционирование труб.

Спайки представляют собой сплетения рубцовой ткани, которые соединяют между собой органы и ткани. Спайки могут быть вызваны воспалительными процессами.

Большинство спаек не имеют симптомов, но иногда они могут вызывать кишечную непроходимость и болевой синдром в области таза;

3) порок развития труб;

4) эндометриоз может привести к рубцеванию труб, спайкам и к закупорке труб;

5) водянка маточных труб.

Гидросальпинкс – это закупоренная, делатированная, заполненная жидкостью фаллопиева труба в результате перенесенной инфекции органов малого таза.

3. Эндометриоз.

Когда у женщины, страдающей эндометриозом, наступают месячные, в течение всего периода эндометрий выделяет слизь. Клетки в очагах эндометриоза также выделяют слизь, однако не найдя выход она формирует отеки, наполненные венозной кровью («шоколадная» киста), что приводит к хроническому воспалительному процессу и спайкам, которые могут повредить трубы.

Эндометриоз может протекать бессимптомно, но некоторые пациентки испытывают боль во время цикла или при половом акте. Месячные циклы протекают тяжело с обильными кровотечениями. Могут быть боли в нижней части живота, в области таза и поясницы.

Возможно возникновение эндометриоза состоит в том, что во время менструального цикла жизнеспособные клетки из слизистой оболочки матки попадают в фаллопиевы трубы и в брюшную полость, где они закрепляются. У большинства женщин такие клетки уничтожаются и выводятся из организма иммунной системой. Однако, у некоторых женщин такие клетки имплантируются и размножаются – возможно, из-за патологии иммунитета женщины.

4. Цервикальная слизь.

Это желеобразная субстанция продуцируется цилиндрическим эпителием цервикального канала. Ее консистенция и состав меняется в течение менструального цикла. Непосредственно перед овуляцией и под воздействием эстрогена она становится более жидкой и обильной, что позволяет сперматозоидам продвигаться к яйцеклетке.

После овуляции и под воздействием прогестерона слизь становится густой и клейкой, что делает ее непроницаемой для спермы. Жизнеспособные сперматозоиды могут находиться в слизи несколько дней. Таким образом, цервикальная слизь является своеобразным резервуаром для спермы.

Данная проблема встречается в 1-2% случаев.

5. Миомы.

6. Полипы.

Полипы могут мешать зачатию, «играя роль» спирали.

7. Толщина эндометрия.

Тонкий и толстый эндометрий может снизить шансы на зачатие. Наиболее подходящая толщина эндометрия 8-12 мм, определенная с помощью УЗИ на 10-12 день менструального цикла.

8. Забытая спираль.

МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Мужское бесплодие, как и женское, является не заболеванием, и симптомом различных заболеваний.

Клинические формы мужского бесплодия

1) секреторная форма мужского бесплодия – нарушение образования нормальных, способных к оплодотворению сперматозоидов, а также недостаточное их количество или отсутствие; нарушение строения и функциональная неполноценность сперматозоидов;

2) экскреторное мужское бесплодие – нарушение выделения (экскреции) спермы;

3) смешанная форма бесплодия, включающая сочетание нескольких факторов;

4) иммунологическая форма – это иммунологическая несовместимость партнеров (аллергия, выработка у женщин антител к сперматозоидам или компонентам спермы). Также данная форма бесплодия может развиваться у мужчин при аутоиммунизации к собственным сперматозоидам или тканям яичка после травматических повреждений или перенесенных инфекционных и воспалительных процессов;

5) идиопатическая форма бесплодия – у 8-10% пациентов не удается установить причину бесплодия, несмотря на то, что в предыдущих браках у обоих супругов были дети.

Причины мужского бесплодия:

Основные причины:

- варикоцеле – расширение вен яичка (14,9%);
- инфекционно-воспалительные заболевания гениталий (22%);
- иммунное (5-10%) и генетическое бесплодие (5-15%);
- врожденные аномалии развития;
- туберкулез, цирроз печени, тяжелые заболевания почек, хронические заболевания дыхательных путей, сахарный диабет, паротит и др.;
- операции по поводу паховой или мошоночной грыжи, водянка яичка и т.д.;
- снотворные, транквилизаторы, спазмолитики, антиаритмические, диуретические и гипотензивные средства, гормональные препараты, антибиотики, проведение химиотерапии, лечения с использованием радиоизотопов;

- сексуальные нарушения (эректильная дисфункция, раннее семяизвержение и др.).
- эндокринные формы бесплодия;
- нарушение нормального физиологического сперматогенеза различной природы (22,8%).

Дополнительные причины:

- бытовая интоксикация, употребление алкоголя и наркотиков, курение;
- контакт с летучими растворителями и химически токсичными веществами, воздействие ионизирующей радиации;
- пребывание в условиях высоких или низких температур, систематическое посещение бани и т.п.;
- атмосферное давление (высокое давление при работе на глубинах в кессонах или низкое – при работе в условиях высокогорья, в авиации);
- ионизирующее и неионизирующее излучение (СВЧ, радиоволны, электромагнитные поля и др.);

- вибрация (водители, бурильщики, компрессорщики, воздействие ультразвуковой частоты);
- токсическое влияние солей тяжелых металлов (кадмий, ртуть, хром, никель и др.);
- травма мошонки и органов малого таза;
- психологическое бесплодие;
- ожирение;
- наличие двух и более факторов бесплодия встречается в 1/3 всех случаев.

Диагностика

Инструментальные методы

- УЗИ органов малого таза, включая доплерографию, и УЗИ щитовидной железы;

Лабораторные методы

- ОАК, биохимическое исследование крови, иммунограмма;

- проведение спермограммы, выявление антител к сперматозоидам или их компонентам;
- исследование уровня гормонов гипофизарных и тестостерона;
- выявление возбудителей инфекционных заболеваний половых органов: хламидиоз, уреаплазмоз, трихомоноз, микоплазмоз, вирус простого герпеса и цитомегаловирус (косвенными признаками инфекции гениталий являются: изменение нормального объема спермы, нарушение подвижности и формы сперматозоидов, отклонения в биохимических показателях спермы и секрета половых желез) с использованием серологических исследований и ПЦР;
- изучение секрета простаты и семенных пузырьков.

В 10-15% случаев не удастся выявить нарушений здоровья у обоих супругов. Стандартное лечение этого состояния чаще всего не приносит желаемого результата, однако терапия с применением методики доктора Плетнева показывает противоположные результаты.

Рекомендовано:

1) перед свадьбой провести инструментальные и лабораторные исследования жениха и невесты на предмет выявления аномалий развития, наличие хронических воспалительных процессов и патологии сосудов микроциркуляции с целью восстановления здоровья;

2) не планировать ребенка;

3) не пытаться забеременеть во время православных постов;

4) не курить, не употреблять алкоголь, наркотики и различные тоники;

5) не посещать баню, сауну, не принимать горячие ванны (оставить только прием душа);

6) не посещать ночные увеселительные места;

7) стараться не употреблять импортные продукты питания;

8) аккуратно употреблять продукты пчеловодства, из дрожжевого теста, гормональные препараты, лекарственные растения в состав которых входят гормоноподобные вещества;

9) избегать всякого рода диет и голоданий;

10) не загорать под активным солнцем;

11) не употреблять первое, второе и третье блюда в горячем виде;

12) часто не летать на самолетах, не переезжать на далекое расстояние на автомобилях и поездах;

13) помнить, что матка – это святой орган, через который в этот мир приходит новая душа по воли Божией, а не по желанию мужа и жены;

14) всех прощать;

15) и т.д.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!