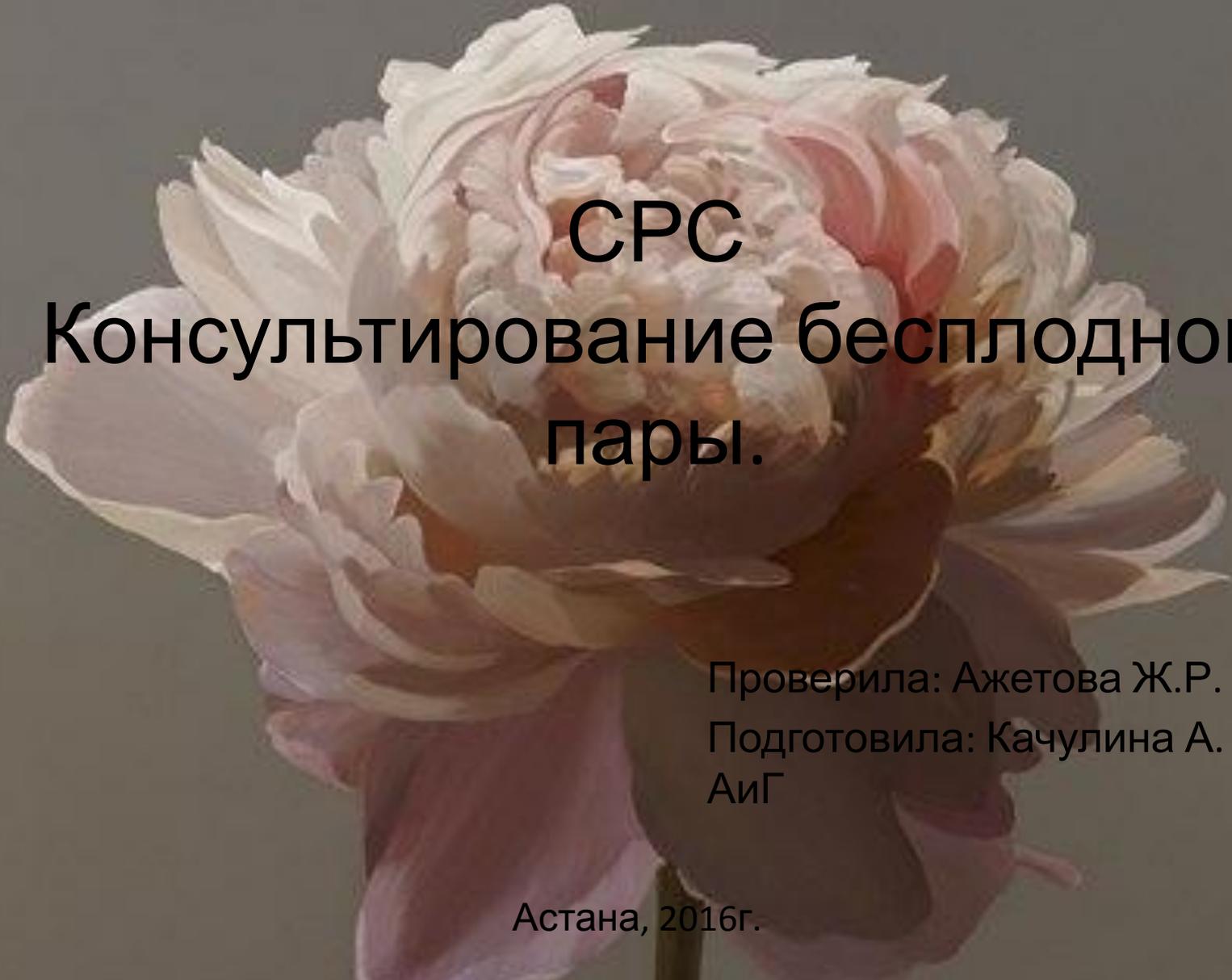


АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра акушерства и гинекологии по интернатуре



СРС
Консультирование бесплодной пары.

Проверила: Ажетова Ж.Р.

Подготовила: Качулина А. 740
АиГ

Астана, 2016г.



План:

1. Бесплодный брак (определение).
2. Этиология.
3. Классификация.
4. Алгоритм диагностики бесплодия.
5. Спермограмма мужа, MAR-тест.
6. Посткоитальный тест (проба Шуварского-Гунера).
7. Проба Курцрока—Миллера.
8. Гормональный скрининг женщин.
9. Лечение.
10. Немедикаментозное лечение.
11. Медикаментозное лечение.
12. Дальнейшее лечение.
13. Список литературы.



Бесплодие - отсутствие беременности в течение 12 менструальных циклов или года при регулярной половой жизни без применения средств контрацепции.

Бесплодным называется брак, в котором отсутствует беременность в течение 12 месяцев половой жизни без предохранения. Мужское бесплодие является заболеванием репродуктивной системы, характеризуется нарушением генеративной функции яичек. (Определение ВОЗ).



Причиной бесплодия могут быть нарушения репродуктивной системы у одного или обоих супругов.



Классификация бесплодия:

1. По наличию предшествующих беременностей:

- первичное - в анамнезе не было ни одной беременности;
- вторичное - наличие в анамнезе хотя бы одной беременности, вне зависимости от ее исхода.

2. По причине (у женщин):

- эндокринного генеза;
- трубно-перитонеального генеза;
- приобретенная патология (опухоли матки и яичников);
- врожденная патология гениталий;
- туберкулез гениталий;
- отрицательный посткоитальный тест (ПКТ);
- ятрогенные причины;
- сексуальная дисфункция;
- неуточненное (диагноз неизвестен, эндоскопическое обследование не произведено);
- необъяснимое (отсутствие видимых причин при применении всех методов обследования, включая эндоскопические).

3. По возможности естественного зачатия:

- абсолютное – естественное зачатие не возможно;
- относительное – при сниженной фертильной функции естественное зачатие возможно.

4. Клиническая классификация: (Лопаткин Н.А.1998 г.) по этиологии (у мужчин):

- обструктивная азооспермия (ОА);
- необструктивная азооспермия (НОА).

Алгоритм диагностики бесплодия:

1. Сбор соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза.
2. Общий осмотр.
3. Гинекологический осмотр.
4. Спермограмма мужа, MAR-тест.
5. Общеклиническое обследование (общий анализ крови, биохимический, коагулограмма, RW, ВИЧ, HbsAg, анализ крови на глюкозу, группа крови и резус-фактор, общий анализ мочи).
6. Обследование на ИППП.
7. УЗИ органов малого таза.
8. Кольпоскопия.
9. Гистеросальпингография.
10. Функциональная диагностика деятельности яичников:
 - ◆ базальная температура 2—3 месяца;
 - ◆ гормональная кольпоцитология каждую неделю;
 - ◆ исследование феномена арборизации слизи ежедневно;
 - ◆ УЗИ на 12-14—16-й день цикла (определяют диаметр фолликула);
 - ◆ определение уровней эстрогенов, тестостерона, пролактин, ФСГ, ЛГ в плазме крови;
 - ◆ уровень прогестерона в крови и прегнандиола в моче на 3—5 день mensis, в середине цикла и во 2 фазе;
 - ◆ уровень 17-КС в моче 2 раза в месяц.
11. Гормональные пробы.
12. Дополнительные исследования по показаниям:
 - а) гормональное обследование: кортизол, ДГЭА-С, инсулин, Т3, Т4, ТТГ, антитела к тиреоглобулину;
 - б) иммунологические тесты:
 - посткоитальный тест Шуварского—Гунера.
 - определение антиспермальных антител у женщин в слизи цервикального канала проводится в преовуляторные дни — определяются уровни Ig G, A, M;
 - проба Курцрока—Миллера — проникновение сперматозоидов в цервикальную слизь женщины в период овуляции;
 - проба Фриберга — определение антител к сперматозоидам с помощью реакции микроагглютинации;
 - проба Кремера — выявление локальных антител у партнера во время контакта спермы с цервикальной слизью;
 - иммобилизационный тест Изоджима.
13. Осмотр маммолога, маммография.
14. Рентгенография турецкого седла и черепа.
15. Исследование глазного дна и полей зрения.
16. Гистероскопия
17. Лапароскопия.

Спермограмма мужа, MAR-тест.

Спермограмма - анализ спермы с целью установления фертильности мужчины и выявления заболеваний половой сферы.

- **MAR-тест (mixed antiglobulin reaction, в русском варианте – MAP-тест) является основным методом определения иммунного фактора бесплодия.**
- Тест представляет собой вычисление процента сперматозоидов, связанных с антиспермальными антителами (АСАТ) в биологических жидкостях (плазме крови, спермоплазме, слизи шейки матки).

При осуществлении MAR-теста у мужчин проводится определение образования АСАТ к собственным сперматозоидам (аутоиммунное бесплодие). Проведение стандартной спермограммы не позволяет выявить такую патологию, расценивая "выключенные" из процесса оплодотворения сперматозоиды как нормальные.



Посткоитальный тест (проба Шуварского-Гунера).

Посткоитальный тест – медицинское исследование, направленное на определение совместимости супружеской пары. Суть теста заключается в определении количества сперматозоидов и в исследовании их функциональной активности в шейечной слизи (на шейке матки) через определенное время после полового акта.

Проба Шуварского считается положительной при соблюдении следующих условий:

- в поле зрения микроскопа визуализируется не менее 4-х активных и нормальных морфологически сперматозоида;
- количество сперматозоидов в шейечной слизи – не менее 20 млн/мл.

Отрицательной проба считается в том случае, если сперматозоиды не определяются или преобладают неподвижные формы. Если количество сперматозоидов не превышает 3 млн/мл вероятность оплодотворения крайне низка. Отрицательная проба может свидетельствовать также о возможной несовместимости конкретных половых партнеров. Для уточнения результатов теста необходимо проведение прямой и перекрестной пробы Курцрока-Миллера.

Проба Курцрока—Миллера.

- **Прямая проба.** При ее проведении производится забор спермы и цервикальной слизи партнеров. Совместимость проверяется путем соединения данных жидкостей в лаборатории на предметном стекле. Взаимодействие слизи со спермой происходит в течение 6 часов, лаборант наблюдает за процессом при помощи микроскопа.
- **Перекрестная проба Курцрока-Миллера** (еще одно название — проба по Буво и Пальмеру). Для ее проведения в исследование дополнительно включают донорский биоматериал: сперму обследуемого мужчины помещают в слизь женщины-донора, а в слизь обследуемой женщины вводят донорскую сперму. Их берут у женщин и мужчин с хорошими показателями репродуктивного здоровья. Этот тип пробы дает возможность более точно определить, кто из партнеров может быть «виновен» в длительном бесплодии.

Результат исследования может быть представлен в трех вариантах:

Положительный. Означает, что сперматозоиды партнера при взаимодействии со слизью остаются подвижными, а значит, зачатие естественным путем возможно.

Слабоположительный. Говорит о том, что во время взаимодействия не все сперматозоиды сохранили нормальную подвижность. А значит, для зачатия, скорее всего, потребуется предварительное лечение.

Отрицательный. Подтверждает, что сперматозоиды не смогли проникнуть в слизь. Это означает, что естественное зачатие невозможно из-за невосприимчивости слизи или низкого качества спермы. Возможно, проблема связана с бесплодием иммунологического характера.

Отрицательный результат при необходимости уточняется с помощью перекрестной пробы:

если сперматозоиды донора легко проникают в слизь партнерши и сохраняют нормальную жизнеспособность — бесплодие, вероятно, вызвано мужским фактором;
если сперма обследуемого партнера легко проникает в слизь женщины-донора — в этом случае бесплодие связано с нарушением фертильности партнерши.

Гормональный скрининг женщин:

Обследование женщин с регулярным менструальным циклом:

- на 5-7 день менструального цикла в плазме крови определяют уровни базальной секреции следующих гормонов: пролактина, тестостерона и дегидроэпиандростерона (ДЭАС);
- на 20-22-й день – прогестерон.

Обследование женщин с нарушением менструального цикла: на 5-7 день собственного или индуцированного гестагенами цикла определяют:

- пролактин;
- фолликулостимулирующий гормон (ФСГ);
- лютеинизирующий гормон (ЛГ);
- тиреотропный гормон (ТТГ);
- эстрадиол;
- тестостерон, кортизол, ДЭАС;
- трийодтиронин (Т3);
- тироксин.

На 20-22-й день – прогестерон.

Лечение:

Цели лечения:

- добиться рождения 1 здорового ребенка;
- уменьшить выраженность психологического стресса, связанного с бесплодием



Немедикаментозное лечение:

Возрастных границ для лечения бесплодия не существует, за исключением периода наступления нормальной менопаузы (около 50 лет).

1. Консультация психотерапевта.

2. Патогенетическое лечение причин, приведших к бесплодию:

- эндокринной патологии (гиперпролактинемия, гиперандрогения, недостаточность лютеиновой фазы);
- урогенитальных инфекций (гонорея, трихомониаз, ВПГ, ЦМВ, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз и др.);
- эндометриоза;
- других причин.



Медикаментозное лечение:

Женщин:

Индукция овуляции с помощью:

- кломифена цитрата по 50 мг (1 таб.) с 5 по 9 день менструального цикла; при неэффективности доза увеличивается до 100-150 мг;
- гонадотропинов (ФСГ предпочтительнее менопаузального гонадотропина человека) - доза подбирается индивидуально;
- агонистов и антагонистов гонадотропин-рилизинг гормонов.

Мужчин:

1. В случае с гипогонадотропным гипогонадизмом (вторичный гипогонадизм) проводится введение препаратов хорионического гонадотропина (прегнил, профази, хорагон, ХГЧ и др.) в дозе 2000 МЕ 3 раза в неделю, менотропины 1/2 до 1 ампулы внутримышечно 3 раза в неделю [2].
2. Препараты антибиотики цефалоспоринового ряда: цефотаксим (цефазолин) 1,0х 2 р/д
3. Уросептики фторхинолонового ряда: ципрофлоксацин 250 мг х 2 р/д
4. Противовоспалительные препараты местного применения: свечи «Витапрост» по 1 суппозиторию на ночь ректально
5. Анальгезирующие препараты (кетонал 2,0 в/м, анальгин 1,0, носпазин 2,0 в/м)
6. Улучшающие микроциркуляцию: пентоксифиллин 5,0 в/в капельно
7. Противогрибковые: итраконазол оральный раствор 150 мл-10 мг\мл по 100 мг 2 раза в день, флуконазол 150 мг 1 раз

Дальнейшее лечение:

Методы вспомогательной репродукции:

- внутриматочная инсеминация спермы, часто в сочетании с индукцией овуляции;
- экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО): возможно использование донорских яйцеклеток;
- суррогатное материнство в случаях несостоятельной функции матки.

Показания к госпитализации: отсутствие восстановления репродуктивной функции.

При отсутствии условий для обследования и лечения в поликлинике пациентка направляется на дальнейшее обследование и лечение в специализированную клинику.

Список литературы:

- Андрология. Клинические рекомендации. – М.: Медпрактика, 2007. – 134 С.
- Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. —1248 с.: ил.
- Протоколы диагностики и лечения заболеваний МЗ РК (Приказ №764 от 28.12.2007)

Спасибо за внимание!

THE END