

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

Тема: Бесплодие. Бесплодный брак. Беременность по ЭКО

Группа: ВОП 726-2к

Бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь в течение года без применения каких-либо контрацептивных средств, беременность не наступает, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте

Клиническая классификация

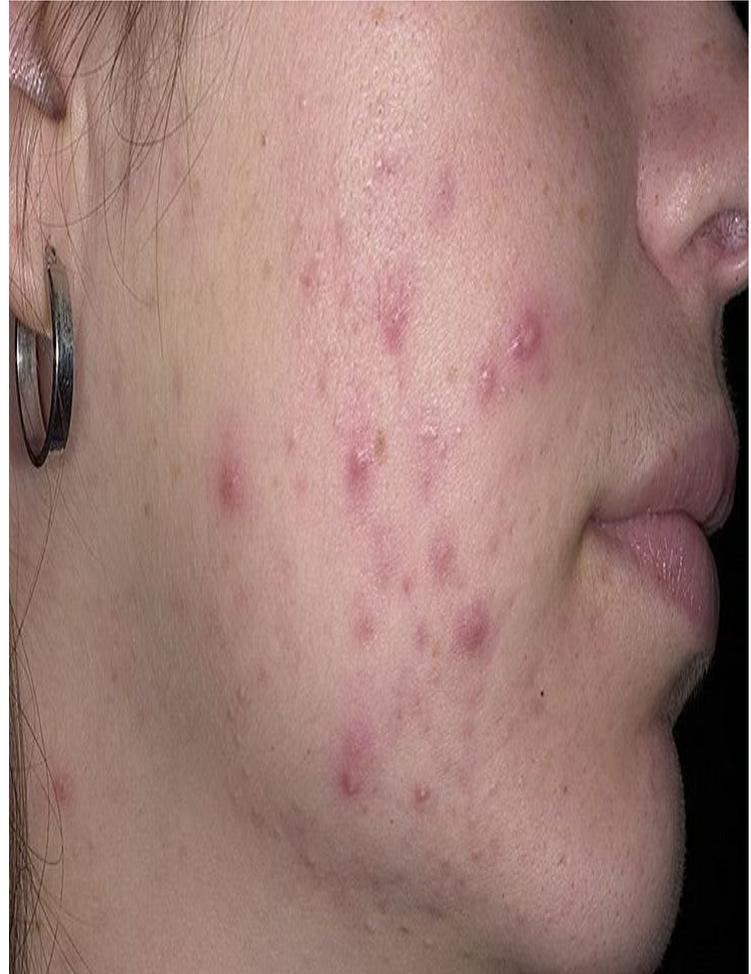
- трубная, перитонеальная, трубно-перитонеальная форма бесплодия – нарушение продвижения сперматозоидов по репродуктивному тракту;
- эндокринное бесплодие – нарушение овуляции;
- маточная форма бесплодия – гиперпластические процессы эндометрия, миома, аденомиоз, синехии, пороки развития, аномалии положения матки, инородные тела матки, патология шейки матки (цервикальный фактор бесплодия).

Классификация эндокринного бесплодия от вида нарушения овуляции:

- ановуляция: аменорея, олигоменорея, нерегулярные менструации, регулярный цикл;
- недостаточность лютеиновой фазы.

Жалобы:

- отсутствие беременности в браке в течение одного года, при условии регулярной половой жизни без контрацепции;
- рост волос по телу, акне вульгарис (признаки гиперандрогении);
- болевой синдром (дисменорея, диспареурия, постоянные боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации) (признак эндометриоза);
- редкие, скудные менструации (признак дисфункции яичников);



Анамнез:

- наличие в анамнезе острого воспаления придатков матки, операции на органах малого таза, ручного обследования полости матки в послеродовом периоде, медицинских аборты могут быть причиной трубной или маточной формы бесплодия;
- нерегулярные менструации, отсутствие менструаций (признаки эндокринного бесплодия);
- болезненные менструации, болезненный половой акт (диспанеурия), постоянные боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации (признаки эндометриоза);
- обильные и длительные менструации (признак миомы матки, гиперплазии эндометрия).

Физикальное обследование:

- определение индекса массы тела:

ИМТ выше или равно 30 свидетельствует об ожирении (признак дисфункции яичников) ИМТ ниже 17,5 – о дефиците массы тела (признак гипофункции яичников);

- оценка телосложения: широкие плечи, гирсутизм, наличие акне – признаки гиперандрогении (дисфункция яичников);
- оценка степени выраженности гирсутизма (оценка по шкале D.Ferriman, J.Galwey) – гирсутное число выше 12 баллов признак гиперандрогении (дисфункция яичников);
- оценка развития вторичных половых признаков: развитие молочных желез по Таннру, степень оволосения в подмышечной и надлобковой области (снижение степени развития признак гипофункции яичников – признак эндокринного бесплодия);

Шкала для оценки гирсутизма Ферримана-Гальвея

Верхняя губа

Подбородок

Груди

Верхней части спины

Нижней части спины

Верхней части живота (выше
пупка)

Нижней части живота (ниже пупка)

Плеча

Бедра

Гирсутное число — это сумма степеней оволосения. Степень 0 — отсутствие остевых волос на теле. Гирсутное число от 1 до 7 характеризует нормальное оволосение, от 8 до 12 — оволосение, пограничное между нормальным и избыточным, более 12 — гирсутизм.

Показатели от 7 до 12 были признаны пограничными и свыше 12 — гиперандрогенными.

- специальное гинекологическое исследование:
осмотр наружных половых органов (наличие гипоплазии вторичных половых признаков – признак гипофункции яичников); двуручное исследование (уменьшение размеров матки при двуручном исследовании признак гипофункции яичников; матка увеличена, бугристая, либо пальпируются узлы - миома матки; ретропозиция матки, ограничение ее подвижности, чувствительность при движении за шейку матки, увеличение матки перед менструациями, асимметрия матки – эндометриоз)

Лабораторные исследования:

Мазок на онкоцитологию: дисплазия шейки матки – цервикальный фактор бесплодия (маточная форма бесплодия);

Определение гормонов крови методом ИФА:

повышение пролактина (при гиперпролактинемии); низкое содержание ФСГ (при гипофизарной недостаточности); концентрация ЛГ выше ФСГ (при поликистозе яичников); повышение тестостерона (при гиперандрогенемии) повышение ТТГ (при гипотиреозе); снижение ТТГ и повышение ТЗсв (при тиреотоксикозе).

Инструментальные исследования

Гистеросальпингография:

Трубное бесплодие:

- непроходимость маточных труб в интерстициальном или истмическом отделах труб (отсутствие визуализации маточных труб, визуализация маточных труб до истмического отдела);
- непроходимость маточных труб в ампулярном отделе маточных труб (визуализация маточных труб на всем протяжении, отсутствие излития контрастного вещества в брюшную полость);
- увеличение размеров маточных труб (сактосальпинксы)

Перитонеальное бесплодие:

- неравномерное распределение контрастного вещества в малом тазу, подтянутость труб к костям таза, излитие контраста в небольшом количестве (затрудненная проходимость труб).

Маточное бесплодие:

- наличие «законтурных» теней – признак аденомиоза (внутреннего эндометриоза);
- утолщение и неравномерность слизистой оболочки матки гиперплазия эндометрия;
- деформация полости матки (миоматозный узел или полип эндометрия);
- пороки развития матки (двурогая матка, седловидная матка).

Измерение ректальной температуры:

- монофазная температура (при ановуляции);
- продолжительность второй фазы менее 10 дней (при недостаточности функции желтого тела) .

УЗИ органов малого таза:

- толщина эндометрия менее 15 мм на 21-23 день МЦ (при недостаточности функции желтого тела).

Биопсия эндометрия с последующим гистологическим исследованием биоптата: наличие поздней фазы пролиферации или ранней фазы секреции на 21-23 день МЦ (недостаточность функции желтого тела).

КТ или МРТ черепа и турецкого седла: микро-и макропролактиномы гипофиза или синдрома «пустого» турецкого седла (эндокринное бесплодие).

УЗИ щитовидной железы: увеличение щитовидной железы, уменьшение размеров щитовидной железы возможно вследствие нарушения функции щитовидной железы.

УЗИ молочной железы: наличие диффузной мастопатии вследствие дисфункции яичников.

Гистероскопия: наличие синехий, полипов, субмукозного миоматозного узла, эндометриоидных гетеротопий при маточной форме бесплодия.

Показания для консультации специалистов:

- консультация терапевта в целях исключения соматических заболеваний;
- консультация эндокринолога при наличии патологии щитовидной железы;
- консультация нейрохирурга при подозрении на макроаденому гипофиза;
- консультация маммолога при подозрении на патологию молочной железы.

Цели лечения:

восстановление детородной/репродуктивной функции женщины.

Тактика лечения

Немедикаментозное лечение

Режим общий.

Диета: 3-4 месячное использование низкокалорийной диеты, физические нагрузки (наличие эндокринного бесплодия в сочетании с ожирением (индекс массы тела более 30)).

Медикаментозное лечение

При эндокринном бесплодии первоначально проводится тот или иной вид специфической терапии, направленной на восстановление адекватного гормонального баланса и лишь только при сохраняющемся бесплодии такая терапия может быть дополнена препаратами, стимулирующих овуляцию.

Стимуляция овуляции может быть как самостоятельная терапия при наличии овуляторных нарушений без идентификации их причин.

<p>Группа 1 гипоталамо - гипофизарная недостаточность(ОГН) ЛГ < 5 МЕ / л ФСГ < 3 МЕ / л E2 <70 нмоль /</p>	<p>1 этап. Подготовительная, заместительная, циклическая терапия эстрогенами и гестагенами</p>	<p>3-12 месяцев</p>
	<p>2этап. Индукция овуляции с использованием прямых стимуляторов яичников - менопаузальных и рекомбинантных гонадотропинов (пурегон или гонал F, профаза или прегнил)</p>	<p>3–6 мес. в зависимости от возраста женщины</p>
	<p>Если индукция моноовуляции</p>	

Гиперпролактинемия	<p>При отсутствии показаний к нейрохирургическому лечению – препараты бромкриптин, парлодел в зависимости от уровня пролактина под контролем пролактина, базальной температуры и уровня прогестерона на 21 день менструального цикла.</p>	6-24 мес.
	<p>При нормализации уровня пролактина – стимуляция овуляции кломифен - цитратом .</p>	3 мес.
	<p>При отсутствии эффекта – использование гонадотропинов (Фоллитропин альфа, Фоллитропин бета)</p>	до 6 мес

<p>Группа 2 Гипоталамо- гипофизарная дисфункция (ГГД)</p>	<p>Подготовительная терапия с синтетическими прогестинами (ципротерона ацетат и этинилэстрадиол; дезогестрел и этинилэстрадиол и т.п).</p>	<p>3–6 мес.</p>
	<p>Подготовительная терапия глюкокортикоидами (преднизолон и др. - 2-3 г в сутки в зависимости от уровня андрогенов) . При нормализации уровня андрогенов – стимуляция овуляции с помощью кломифен - цитрата под контролем УЗИ и уровня E2 в крови. Профазе (гонадотропин хорионический) 5-10 тыс. ЕД в / м однократно при наличии фолликула 18-20 мм.</p>	<p>3–6 мес.</p>

	<p>При отсутствии эффекта от использования кломифен - цитрата – стимуляция овуляции гонадотропинами (фоллитропин альфа, фоллитропин бета)</p> <p>Неэффективность терапии - оперативная лапароскопия.</p> <p>При отсутствии эффекта от операции в течение 3-6 мес. - ЭКО с ПЭ</p>	3–6 мес.
<p>Группа III.</p> <p>Яичниковая недостаточность, связанная с гиперфункцией аденогипофиза (гипергонадотропный гипогонадизм) (ФСГ > 20 МЕ/л и ЛГ > 30 МЕ/л)</p>	<p>ЭКО с донацией ооцитов или усыновление</p>	до 6 мес.

Другие виды лечения:

- ЭКО (показания: непроходимость маточных труб в интерстициальном или истмическом отделах, выраженные сактосальпинксы).

В случае, если женщина отказывается от лапароскопической коррекции проходимости маточных труб (при непроходимости маточных труб в ампулярных отделах, затрудненной проходимости маточных труб, при перитонеальном бесплодии):

- физиолечение;
- гинекологический массаж.

После физиолечения и массажа назначается КОК в течение 3-х месяцев.

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- ОАК;
- ОАМ;
- коагулограмма (ПВ, фибриноген, АЧТВ, МНО);
- биохимический анализ крови (общий белок, АЛАТ, АсАТ, глюкоза, общий билирубин);
- определение группы крови по системе АВО цоликлонами;
- определение резус-фактора крови;
- реакция Вассермана в сыворотке крови;
- определение антигена р24 ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение HbeAg вируса гепатита В в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение степени чистоты гинекологического мазка;
- УЗИ органов малого таза;
- ЭКГ.

Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Реконструктивно-пластические операции при трубной и перитонеальной формах бесплодия с использованием эндовидеохирургии:

- сальпинголизис (освобождение маточных труб от сдавливающих их спаечных сращений);
- фимбриопластика (восстановление входа в воронку маточной трубы) или сальпингостомия (создание нового отверстия в заращенном ампулярном отделе);
- миомэктомия (удаление субсерозных и интрамуральных миоматозных узлов);
- иссечение эндометриoidных гетеротопий, вылушивание капсулы эндометриомы.

Тубэктомия при выраженных сактосальпинксах перед ЭКО

Дальнейшее ведение:

Направление на ВРТ:

- при отсутствии восстановления проходимости маточных труб во время операции;
- при отсутствии наступления беременности в течение 3–6 месяцев после реконструктивно-пластических операциях на маточных трубах;
- при отсутствии наступления беременности на фоне гормональной терапии в течение года при эндокринном бесплодии.

Код(ы) МКБ-10:

N97 Женское бесплодие

N97.0 Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.9 Женское бесплодие неуточненное