

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

СРС

Бесплодие: причины и методы лечение.

Выполнила: Амирхан К.Ж.
группа: ОМ13-041-2
Проверила: Байсултанова А.Ш.

Алматы 2018

План:

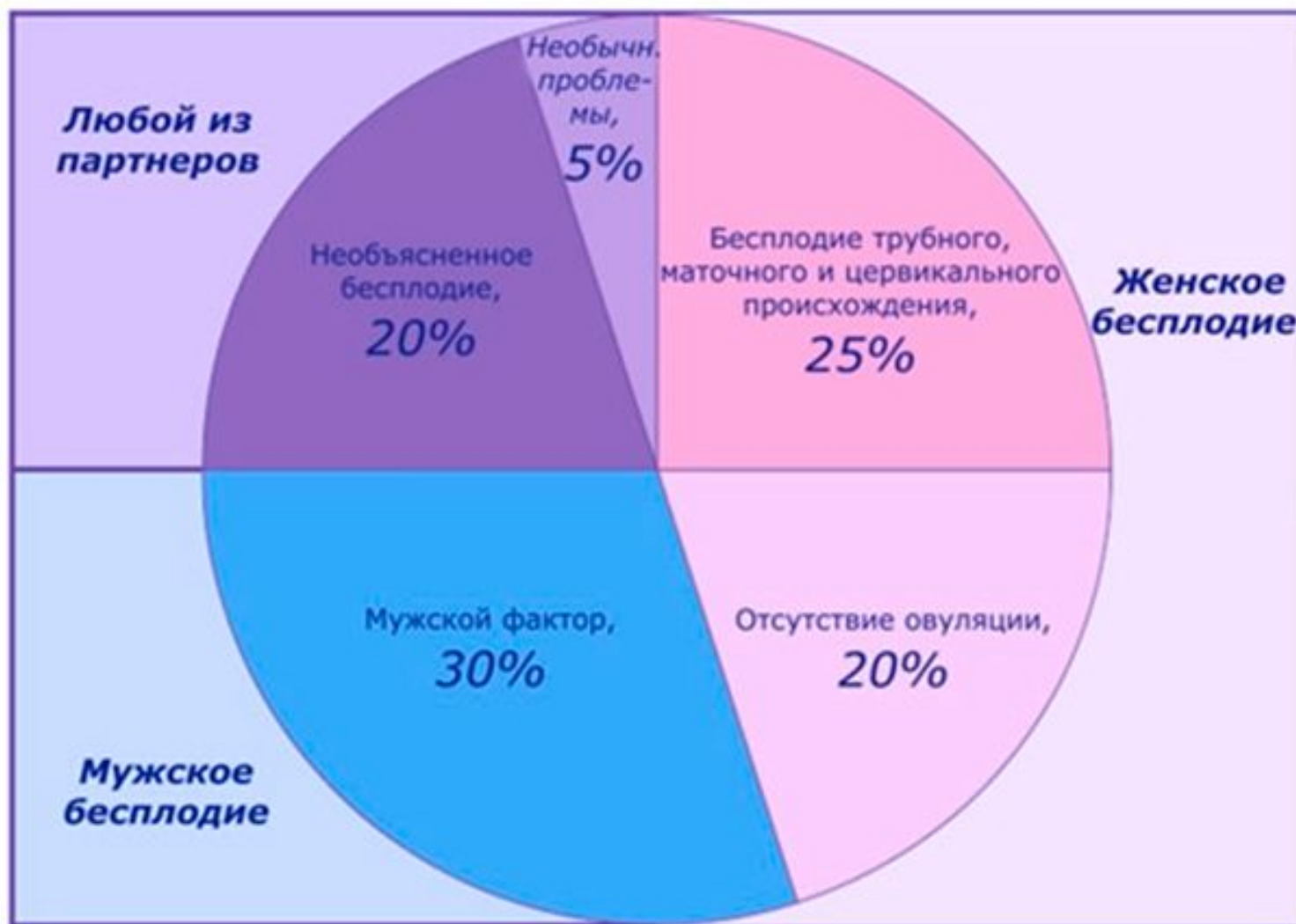
Введение.

1. Определение бесплодия
2. Причины бесплодия
3. Мужское бесплодие
4. Женское бесплодие
5. Проблемы бесплодия
6. Методы лечения

Источники и литература:

Проблема бесплодия является в современном обществе одной из наиболее актуальных медико-социальных, психологических и демографических проблем, которая обусловлена сочетанием социального, психического неблагополучия и, практически всегда физического нездоровья и психологического напряжения в семье. Ускоренный темп современной жизни, постоянные стрессы, наличие вредных привычек, экологические и социальные проблемы, состояние здоровья, делают эту проблему актуальной.

ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ



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 .

Факторы риска

- возраст;
- вредные привычки (наркомания, алкоголизм, токсикомания, курение);
- избыточный вес;
- недостаточный вес;
- гиподинамия;
- гипердинамия;
- употребление оральных контрацептивов;
- наследственность.

Различают :

- ✓ первичное
- ✓ вторичное бесплодие
- ✓ мужское
- ✓ женское
- ✓ комбинированное (сочетание женского и мужского бесплодия или обусловленное несовместимостью супругов)
- ✓ идиопатическое (неясной природы).

Если у пары и до брака ни у одного из партнеров никогда не было детей, говорят о *первичном бесплодии*. А если у женщины была хотя бы одна беременность, то независимо от того, чем она закончилась — родами, абортom, выкидышем, внематочной беременностью — последующее бесплодие считается *«вторичным»*.

А еще, в зависимости от того, являются ли причины бесплодия врожденными или приобретенными, говорят о врожденном или приобретенном бесплодии. Также различают временное или постоянное бесплодие (в зависимости от причины).

Причины бесплодия

- непроходимость или отсутствие маточных, или фаллопиевых труб;
- спаечный процесс в малом тазу;
- эндокринные (гормональные) нарушения;
- патология или отсутствие матки;
- эндометриоз;
- иммунологическое бесплодие;
- хромосомная патология;
- психологическое бесплодие;
- бесплодие неясного генеза;
- сочетанное и комбинированное бесплодие.

Женское бесплодие — это неспособность женщины к зачатию в репродуктивном возрасте.

Различают первичное, вторичное и абсолютное женское бесплодие.

Абсолютное женское бесплодие означает, что возможность беременности полностью исключена (отсутствие матки, яичников и другие аномалии развития половых органов).

Принято различать следующие причины женского бесплодия:

расстройство овуляции — 35—40%;

трубные факторы — 20—30%;

различные гинекологические заболевания — 15—25%;

иммунологические причины — 2%.

Классификация эндокринного бесплодия от вида нарушения овуляции:

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

Мужское бесплодие — неспособность зрелого мужского организма к оплодотворению. Различают секреторное и экскреторное мужское бесплодие: секреторное обусловлено нарушением сперматогенеза, экскреторное — нарушением выделения спермы. Частота мужского бесплодия составляет 40—50%, а в сочетании с бесплодием у жены - 15-20%.

Большое значение имеют условия окружающей среды, условия производства, связанные с химическими агентами (гербициды, пестициды, свинец, ртуть, кадмий), радиация, лекарственные вещества (цитотоксические средства, половые стероиды). Перенесенные урогенитальные инфекции в виде орхита (паротит, сифилис) и эпидидимита (гонорея, неспецифические уретриты) являются серьезной причиной бесплодия. Имеет значение вирус простого герпеса и хламидийная инфекция. Полагают, что хламидийную инфекцию можно считать как бы маркером мужского бесплодия. Известно, что сперма может переносить инфекцию и в женские половые органы.

Классификация мужского бесплодия на основе этиологии заболевания

I. Нарушение регуляции функции яичек

Нарушение секреции ФСГ и ЛГ

Гиперпролактинемия

II. Первичные нарушения в яичках

Идиопатические

Варикоцеле

Хромосомные (синдром Клайнфелтера)

Крипторхизм

Действие химических агентов и лекарств

Орхиты (травматологические и воспалительные)

Хронические заболевания

Иммунологические

Неподвижность сперматозоидов в результате отсутствия семенных нитей

III. Непроходимость семявыносящего протока

Врожденная
Воспалительного происхождения
Связанная с бронхоэктазами

IV. Расстройства дополнительных половых желез

Простатиты
Везикулиты
Врожденное отсутствие семенного канатика или семенных пузырьков

V. Нарушение полового акта

Редкие половые сношения
Применение смазывающих веществ
Импотенция
Гипоспадия
Ретроградная эякуляция

VI. Психологические факторы

Диагностика бесплодия. Прежде всего, имеет значение анамнез: указания на хронические воспалительные заболевания половых и других органов и систем (хронический тонзиллит, колит, пиелонефрит, аппендицит), особенности течения и послеабортных, послеродовых, послеоперационных периодов; наличие синдрома тазовых болей, боли при половом сношении, альгодисменорея; характер предшествующей контрацепции и длительность ее применения; частота половых сношений, смена партнеров, воспалительные заболевания у партнеров, характер белей.

Среди методов специального исследования применяют бактериологическое, кольпоскопию, гистеросальпингографию, рентгенокимографию, кимографическую пертубацию, радиоизотопное сканирование, лапароскопию, микробиопсию маточных труб и др.

В диагностике причин мужского бесплодия важную роль играет изучение анамнеза, данных общеклинического и специального обследования.

Тщательно собранный анамнез нередко помогает установить возможную этиологию нарушения сперматогенеза, а, следовательно, и бесплодия (например, операция в детстве по поводу грыж, одно- или двухстороннего крипторхизма, травмы половых органов). Хирургическое лечение одностороннего крипторхизма до периода полового созревания может лишь незначительно снижать фертильность; операция у взрослых дает сомнительный результат. Длительные лихорадочные состояния могут временно блокировать сперматогенез. Хронические заболевания, особенно дыхательных путей, печеночная и почечная недостаточность, диабет могут вести к тестикулярной дисфункции.

-Гормональные исследования-определение уровня ФСГ

-Посткоитальная проба Симеа—Хунера проводится для определения числа и подвижности сперматозоидов в цервикальной слизи.

Проба на проникновение сперматозоидов в цервикальную слизь производится двумя способами.

1. На предметное стекло помещают каплю цервикальной слизи и раздавливают покровным стеклом. У края покровного стекла на расстоянии 2 мм помещают каплю спермы. Капиллярные силы затягивают сперму под покровное стекло. Область контакта слизи и спермы рассматривают под микроскопом и оценивают активность проникновения спермы в цервикальную слизь.

2. Проба в капилляре: стеклянные капилляры в специальном измерительном приборе заполняют цервикальной слизью и опускают одним концом в резервуар со спермой. Под микроскопом оценивают расстояние миграции сперматозоидов, плотность проникновения и длительность продвижения сперматозоидов.

Проба контакта спермы с цервикальной слизью (проба Кремера) проводится для выявления локальных антител у партнеров (в цервикальном канале или на сперматозоидах). При контакте спермы и цервикальной слизи под микроскопом вместо продвижения спермы отмечают феномен дрожания, колебания, подергивания сперматозоидов.

Метод лечения бесплодия определяется в зависимости от того, что выявит обследование. Но ни один метод лечения не дает 100% гарантии беременности.

По данным некоторых исследований, около 50% супружеских пар, обращающихся по поводу бесплодия, в конечном счете, достигают беременности.

Методы лечения бесплодия можно разделить на пять категорий:

- изменение стиля жизни,
- лекарственная терапия,
- хирургические методы,
- различные способы искусственного осеменения,
- технологии оплодотворения.

Методы лечения бесплодия:

- ЭКО (Экстракорпоральное оплодотворение)
- искусственное осеменение
- хирургическое лечение.

Показания к ЭКО:

Женское бесплодие:

- абсолютное трубное бесплодие (отсутствие маточных труб или их непроходимость);
- бесплодие, обусловленное эндометриозом (при безуспешной медикаментозной терапии);
- эндокринное бесплодие (при безуспешности гормонотерапии),
- бесплодие неясной этиологии;
- бесплодие, обусловленное цервикальным фактором (при безуспешности лечения путем внутриматочной инсеминации);
- абсолютное бесплодие, обусловленное отсутствием или функциональной неполноценностью яичников (дисгенезия гонад, преждевременная менопауза, ареактивные яичники), в этих случаях ЭКО и ПЭ будет включать использование донорских ооцитов.

Мужское бесплодие:

- олигоастенозооспермия I-II степени.

Смешанное бесплодие (сочетание указанных форм женского и мужского бесплодия).

Противопоказания к ЭКО:

- соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказаниями к вынашиванию беременности (по заключению профильных специалистов);
- врожденные аномалии: повторное рождение детей с однотипными пороками развития; рождение ранее ребенка с хромосомными аномалиями; доминантно-наследуемые заболевания одного из родителей;
- наследственные болезни;
- гиперпластические состояния матки и яичников;
- пороки развития матки;
- синехии полости матки.

Методика ЭКО состоит из следующих этапов:

1. Стимуляция суперовуляции под контролем эндокринологического и эхографического мониторинга.
2. Аспирация преовуляторных фолликулов под контролем эхографии.
3. Культивирование яйцеклеток и эмбрионов.
4. Пересадка эмбрионов в полость матки.

Источники и
литература:

- 1) Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар / пер. с англ. Р. А. Нерсеяна.— 4-е издание.— М.: Изд-во «МедПресс», 1997. С.10.—91 с.
- 2) Руководство ВОЗ, 2010 год.
- 3) Локшин В.Н., Джусубалиева Т.М.Вспомогательные репродуктивные технологии, Алматы, 2006.
- 4) Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии- М.2002.
- 5) <http://urolocus.ru/>