

Бесплодный брак

Ассистент кафедры акушерства
и гинекологии, мед. генетики
к.м.н. Смирнова А.В.

По определению ВОЗ – брак, при котором у женщины детородного возраста не наступает беременность в течение года регулярной половой жизни без контрацепции

Частота встречаемости 8-29%

Женский фактор -45%

Мужской 40%

Сочетанный – 15%

Формы женского бесплодия

Первичное – отсутствие беременности в анамнезе

Вторичное – была хотя бы одна беременность

Абсолютное – возможность зачатия естественным путем полностью исключена

Относительное – сохранение фертильности до вступления в брак, после его расторжения, но невозможность иметь детей в данном браке

Врожденное – ВПР половых органов, наследственно обусловленные нарушения гормонального фона

Приобретенное - неблагоприятное воздействие факторов внешней среды

Диагностика

Анамнез :

- Число и исход предыдущих беременностей и родов, послеабортные и послеродовые осложнения, число живых детей;
- Продолжительность бесплодия
- Методы контрацепции, продолжительность их применения;
- Заболевания (диабет, туберкулез, патология ЩЖ, надпочечников);
- Медикаментозная терапия (применение цитотоксических препаратов, психотропных средств, транквилизаторов);
- Операции на органах малого таза;
- ВЗОМТ и ИППП, тип возбудителя, продолжительность, характер терапии;
- Заболевания шейки матки, лечение
- Наличие галактореи и ее связь с лактацией;
- Эпидемические, производственные факторы, вредные привычки;
- Наследственные заболевания у родственников 1,2 степени родства;
- Менструальный анамнез (возраст менархе, характер цикла, наличие межменструальных выделений, болезненность менструации);
- Нарушение половой функции (диспареуния поверхностная и глубокая, контактные кровянистые выделения)

Диагностика

Физикальное исследование :

- Тип телосложения, рост и массу тела с расчетом ИМТ (20-26 кг/м²), при ожирении – время его начала, тип ожирения;
- Оценка состояния кожи (сухая, влажная, жирная, наличие угревой сыпи, полос растяжения), характер оволосения, наличие гипертрихоза и его степень (по шкале *Ferriman, Galwey*), при гипертрихозе – время его появления;
- Осмотр молочных желез – степень развития по Таннеру, выделения из сосков, объемных образований
- Осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование;
- Консультация терапевта – о возможности вынашивания беременности, узких специалистов по показаниям (эндокринолог, психиатр, генетик и т.д.)

Диагностика

Лабораторные исследования :

- Исследование на флору из уретры, цервикального канала и степень чистоты влагалища;
- цитологическое исследование мазков с шейки матки;
- Мазок из цервикального канала для определения методом ПЦР хламидий, ВПГ, ЦМВ;
- Исследование инфекций культуральным методом;
- Анализ крови на гепатиты В и С, сифилис, ВИЧ инфекцию, краснуху, токсоплазму;
- Гормональное исследование

Диагностика

Инструментальные методы:

- УЗИ органов малого таза
- УЗИ молочных желез
- Гистеросальпингография
- КТ или МРТ черепа и турецкого седла при гиперпролактинемии или гипофизарной недостаточностью
- Спиральная КТ или МРТ органов малого таза при подозрении на патологию органов малого таза
- УЗИ ЩЖ и надпочечников по показаниям
- Лапароскопия с хромосальпингоскопией
- Гистероскопия с или без отдельного диагностического выскабливания;
- При необходимости сразу проводится хирургическое лечение выявленной патологии

Основные формы женского бесплодия

- ❖ Трубное и перитонеальное бесплодие 20-30%
- ❖ Эндокринное бесплодие 4-40%
- ❖ Эндометриоз и бесплодие 20-48%
- ❖ Маточные формы бесплодия
- ❖ Смешанного генеза

В МКБ 10 :

№97.0 Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

№ 97.1 Женское бесплодие трубного происхождения (связанное с врожденной аномалией маточных труб или трубной непроходимостью)

№ 97.2 Женское бесплодие маточного происхождения (связанное с врожденной аномалией матки, дефектами имплантации яйцеклетки)

№ 97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения

№ 97.4 Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами

№ 97.8 Другие формы женского бесплодия

№ 97.9 Женское бесплодие неуточненное

Трубное и перитонеальное бесплодие

- Трубное – анатомо-функциональные нарушения маточных труб, перитонеальное – спаечный процесс в области малого таза. Из-за частого сочетания обозначаются одним термином – трубно-перитонеальное бесплодие (**ТПБ**)
- Диагностика анамнез(ИППП, операции на органах МТ, осложнения аборт, родов, тазовые боли, альгодисменорея), при гинекологическом обследовании – ограничение подвижности и изменении положения матки, укорочении сводов влагалища
- Обязательна диагностическая лапароскопия
- В зависимости от выявленной патологии производят , реконструктивно – пластические операции, фимбриопластику, сальпингостомию. При выявлении эндометриoidных гетеротопий, субсерозных и интрамуральных миом, ретенционных образований яичника устранение сопутствующей патологии
- Противопоказания для хирургического лечения при ТПБ – возраст старше 35 лет, бесплодие больше 10 лет, острые и подострые воспалительные заболевания, эндометриоз III-IV степени по классификации AFS, спаечный процесс в малот тазу III-IV по классификации *Hulka*, перенесенные ранее реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, туберкулез внутренних половых органов
- *При отсутствии беременности в течение 6 месяцев – индукторы овуляции, общая продолжительность лечения не должна превышать 2 лет. При сохраняющейся инфертильности - ЭКО*

Эндокринное бесплодие

- Хроническая ановуляция или НЛФ на фоне различных гормональных отклонений. При выраженном гормональном дисбалансе могут присоединяться другие факторы infertility
- Диагноз ставится на основании анамнеза (НМФ), проявления гиперандрогении, гиперпролактинемии, гипоэстрогении, обменные нарушения, гормональное обследование (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, ДГАЭС, ТТГ, Т₃, Т₄ на 2-4 д.ц., при аменорее в любой день)

Эндокринное бесплодие

- Гипоталамо-гипофизарная недостаточность
- Гипоталамо-гипофизарная дисфункция
- Яичниковая недостаточность
- СПКЯ
- ВГКН
- Гипотиреоз
- Гиперпролактинемия

Производится коррекция веса, выявленных гормональных отклонений в течение 3-4 месяцев, при отсутствии беременности – индукция овуляции. При отсутствии беременности – лапароскопия для исключения других причин бесплодия

Эндометриоз и бесплодие

- Трубный фактор – прорастание эндометриоидных гетеротопий, нарушение функции труб за счет воздействия провоспалительных цитокинов, гормонального дисбаланса
- Перитонеальный фактор – локальное воспаление в области эндометриоидных гетеротопий и образование спаек
- Эндокринный фактор – ановуляции, НЛФ, с-м лютеонизации неовулировавшего фолликула за счет абсолютной или относительной гиперэстрогенией и гиперпролактинемией
- Иммунные реакции, угнетающие процесс имплантации бластоцисты в индометрий и поражение сперматозоидов активированными макрофагами

Эндометриоз и бесплодие

- Лечение эндометриоза с использованием хирургических и /или гормональных средств, устранение сопутствующей патологии
- При сохраняющемся бесплодии в течении 1-2 лет – ЭКО. При возрасте старше 38 лет сразу направлять на ЭКО.
- При бесплодии , связанном только с аденомиозом или ретроцервикальном эндометриозе больным изначально рекомендуют ЭКО, т.к. гормональное и эндохирургическое лечение бесперспективно

Маточные формы бесплодия

- **Гиперпластические процессы эндометрия** (железистая и железисто-кистозная ГПЭ, атипическая ГПЭ, полипы эндометрия)
- **Миома матки** (производится консервативная миомэктомия, гистерорезектоскопия при субмукозных миомах, гормонотерапия)
- **Аденомиоз**
- **Хронический эндометрит** (специфической и неспецифической этиологии)
- **Внутриматочные синехии** (при первичном бесплодии и отсутствие в анамнезе внутриматочных манипуляций - туберкулезный эндометрит)
- **Пороки развития матки** (внутриматочная перегородка, двурогая матка, однорогая матка)
- **Аномалии положения матки** (создают затруднения при продвижении сперматозоидов)
- **Патология шейки матки** (полипы, цервициты, лейкоплакии, выраженная деформация шейки матки)

Другие формы бесплодия

- Иммунологическое
- Необъяснимое (устанавливается только после полного обследования пары)

Мужское бесплодие

- **Претестикулярные нарушения** (патология гипоталамуса, гипофиза): врожденный и приобретенный дефект секреции Гн-РГ, гипопитуитаризм, задержка полового развития, изолированная недостаточность ЛГ, гиперпролактинемия, нарушение функции других эндокринных желез, прием гормональных препаратов
- **Тестикулярные нарушения**: хромосомные аномалии (с-м Клайнфельтера), врожденный и приобретенный анорхизм, изолированная аплазия сперматогенного эпителия, крипторхизм, варикоцеле, повреждения яичка (травма, орхит), дефицит андрогенов или резистентность к ним, воздействие экзогенных факторов, экстрагенитальные заболевания
- **Посттестикулярные нарушения** : непроходимость семявыносящих путей, гипоспадия, нарушение функции и подвижности сперматозоидов (аутоантитела, инфекции придаточных половых желез)

Мужское бесплодие

- Диагностика – характер половой жизни, инфекции, операции на п/органах, беременности у партнерш
- Осмотр – выраженность вторичных половых признаков, гинекомастия, ожирение, осмотр и пальпация п/органов
- Исследования –эякулята – спермограмма
- Гормональное обследование ФСГ, ЛГ, тестостерон, пролактин, интиспермальные антитела
- УЗИ органов мошонки, простаты, семенных пузырьков и семявыбрасывающих протоков
- Биопсия яичка
- Лечение выявленной патологии, при неэффективности в течение 3 месяцев – ЭКО с ИКСИ, при невозможности ИКСИ – ЭКО с донорской спермой