

Бесплодный брак

Бесплодный брак

- Брак в котором беременность не наступает при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств в течение 12 мес при условии детородного возраста супругов

- Женское бесплодие – неспособность к зачатию, сохраняющееся в течение года регулярной половой жизни
- Мужское бесплодие – неспособность половых клеток зрелого мужского организма к оплодотворению

- Абсолютное бесплодие – возможность забеременеть исключена (отсутствие органов репродуктивной системы)

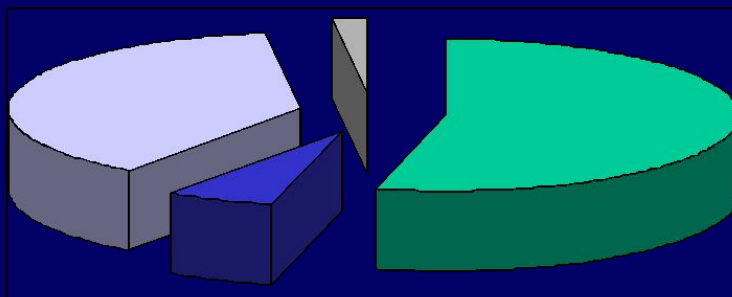
МКБ

- N 97 Женское бесплодие
- N 97.0 Связанное с отсутствием овуляции
- N 97.1 Трубногo происхождения
- N 97.2 Маточного происхождения (аномалии матки, дефекты имплантации яйцеклетки)
- N 97.3 Цервикального происхождения
- N 97.4 Связанное с мужскими факторами
- N 97.8 Другие формы
- N 97.9 Неуточненное
- N 46 Мужское бесплодие

Частота бесплодия – 8-25%

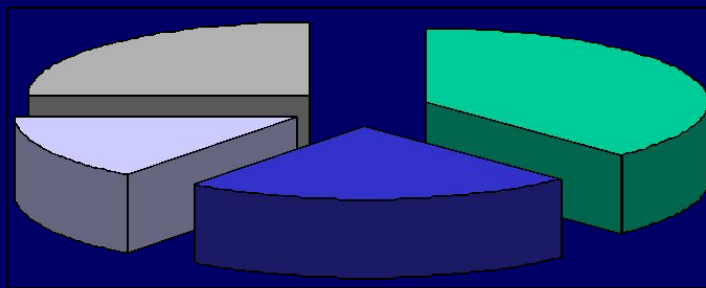
- **Европа 10%**
- **США – 8-15%**
- **Канада – 17%;**
- **Австралия – 15,4%;**
- **Россия – 8-17,5%;**

Структура бесплодного брака



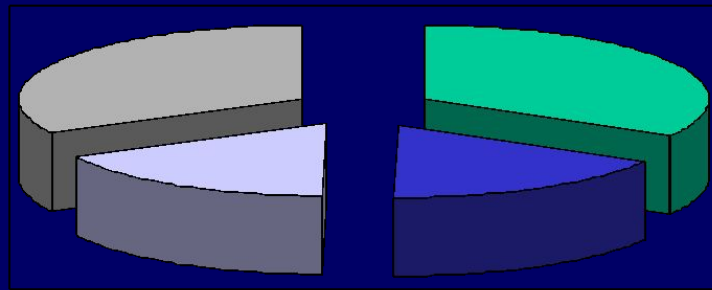
- женский фактор
- мужской фактор
- смешанный
- неясный генез

Структура женского бесплодия



- трубно-перитонеальный фактор
- **эндокринный фактор**
- эндометриоз
- прочие

Структура мужского бесплодия



- нарушения сперматогенеза
- инфекция
- варикоцеле
- прочие

Диагностика

- Анамнез
- -жалобы
- - семейный анамнез и наследственность
- - перенесенные заболевания
- - менструальная функция (становление, характер)
- - половая жизнь
- - детородная функция

Клиническое исследование

- Тип телосложения,
- Тип распределения подкожного жира - верхний – на плечах, грудной клетке, животе- мужской (андроидный).
- - нижний – на бедрах, ягодицах – женский (гиноидный)
- Кожные покровы (акне, себорея, стрии, гиперпигментация трущихся поверхностей)
- Отношение окружности талии к окружности бедер (не более 0,83)
- Индекс массы тела: масса тела (кг) / рост (м). Норма 18-25, для России 24, Великобритании 21, Армении 25. Изменение массы тела более важно, нежели масса, определенная однократно. Уменьшение или увеличение массы тела на 10% в течение года сопряжено с нарушением овуляции
- Степень оволосения по шкале Ферримана-Голвея. Норма 4,5. Нормальное гирсутное число для России 1-7 балла, 7-12 – пограничные, 12 – гирсутизм. Гирсутизм – избыточный рост темных стержневых волос. Для женщин других этнических групп гирсутное число рассчитывают с учетом популяционных данных.
- Степень развития молочных желез по шкале Таннера и наличие галактореи.

Степень развития молочных желез (шкала Таннера)

Степень развития молочной железы	Описание
1	Возвышение соска над грудью
11	Сосок и ареола слегка приподняты
11	Ареола и сами железы слегка приподняты
1V	Ареола и сосок возвышаются над молочной железой
V	Ареола сливается с контуром железы, сосок возвышается над общим контуром железы и ареолы

Классификация галактореи

Степень галактореи	Описание
1	Выделение молозива из сосков при надавливании
11	Выделение молозива из сосков струей при надавливании
111	Спонтанное выделение молозива

Гинекологическое исследование

- Степень и особенности развития наружных половых органов, размер клитора.
- Осмотр в зеркалах и бимануальное исследование

Инфекционный скрининг

- Микроскопия отделяемого влагалища
- Бактериологическое исследование отделяемого влагалища в т.ч., *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasmas hominis*.
- ПЦР в цервикальном соскобе : *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simplex*.
- ИФА крови на ВПГ, ЦМВ, токсоплазму, краснуху.

Гормональный скрининг

- 2-5 день:
- - пролактин, эстрадиол, тестостерон, дегидроэпиандростерона –сульфат (ДГА-С), 17-ОН, ЛГ,ФСГТТГ, Т3,Т4.

Оценка овуляции

- Базальная температура: при овуляторном цикле двухфазная кривая, в первую фазу не более 37 град., в период овуляции снижается на 0,2-0,3 град, затем повышается до 37,3. Возникает гипертермическая фаза. У части пациенток температура во вторую фазу не превышает 36,8-36,9 град. Однако при разнице колебаний между 1 и 2 фазами 0,3-0,4 град характер кривой расценивают как двухфазный гипотермического типа. Укорочение 2 фазы косвенный признак НЛФ.

Диагностика овуляции

- УЗ мониторинг: исчезновение доминантного фолликула или уменьшение его в размерах, появление жидкости в позадаточном пространстве, образование на месте фолликула структуры с неровными краями (желтое тело). С помощью УЗИ затруднительно определить время овуляции (лишь в 37%).
- Гормональная диагностика: основана на выявлении в плазме предовуляторного выброса ЛГ, за 24 часа до овуляции. Точность прогнозирования времени овуляции составляет 86%. Используются мочевые тесты.
- Для оценки овуляторного статуса необходимо наблюдение в течение 3 последовательных циклов.

Инструментальные методы

- Гистеросальпингография:
чувствительность метода (изменения на снимке при наличии поражения труб) 65%, специфичность (отсутствие изменений на снимке при нормальных трубах) 83%. Метод выбора в начале диагностического процесса и контроля после проведенной операции на трубах

Инструментальные методы

- Эхогистеросальпинография: оценка выхода контраста в брюшную полость. Сопоставим по диагностической ценности в отношении состояния маточных труб с ГСГ.
- Кимопертубация: специфичность 98%, чувствительность 66%

Инструментальные методы

- УЗИ малого таза на 5-7 день цикла.
- УЗИ щитовидной железы
- УЗИ молочных желез (до 35 лет).
- Маммография старше 35 лет и по показаниям в зависимости от данных УЗИ
- Рентгенография черепа и турецкого седла – при нарушении ритма менструаций: повышение внутричерепного давления (гиперпневматизация пазух основной кости, углубление пальцевых вдавлений).
При опухоли гипофиза – увеличение размеров турецкого седла, появление двухконтурности дна, расширение входа в седло, истончение его стенок.
- КТ и МРТ при увеличении концентрации Пролактина и опухоль головного мозга

Эндоскопические методы

- Проводят на заключительном этапе обследования

Генетические методы

- При наличии в анамнезе рождения детей с хромосомной патологией (б.Дауна, олигофрения), пороками развития, мертворождения у ближайших родственников
- При спонтанном прерывании беременности в 1 триместре
- Двух безуспешных попыток ЭКО
- Бесплодии неясного генеза

Показания к проведению лапароскопии

- Во всех случаях, когда дальнейшее обследование и лечение по поводу бесплодия невозможны без прямого осмотра органов малого таза:
- - при регулярном ритме менструаций, овуляторном цикле, положительном ПКТ, фертильной сперме;
- - овуляторной и ановуляторной аменорее;
- - после неудачных попыток гормональной коррекции в течение 6 мес.

Условия для проведения лапароскопии

- Гормональный скрининг
- ГСГ и УЗИ органов малого таза
- Спермограмма и ПКТ
- Общеклиническое обследование