

Безпліддя в шлюбі. Планування сім'ї.

*Зав. кафедрою
акушерства та гінекології ПДМУ,
д. мед. н., професор
А.М. Громова*

Тема: Безпліддя в шлюбі. Планування сім'ї

План лекції:

1. Безпліддя. Основні положення.
2. Причини жіночого безпліддя:
 - гормональний дисбаланс;
 - трубний фактор;
 - імунологічні аспекти;
 - аномалії розвитку жіночих статевих органів.
3. Менеджмент та лікування пацієнток з безпліддям.

4. Організація планування сім'ї у системі охорони здоров'я.

5. Контрацепція:

- календарний метод;
- гормональна контрацепція;
- бар'єрні методи;
- сперміциди;
- внутрішньо маткові системи;
- хірургічні методи.

БЕЗПЛІДНОЮ ПОДРУЖНЬОЮ ПАРОЮ Є ТА:

- у якої за бажання мати дитину при активних статевих стосунках, без використання контрацепції, вагітність не настає протягом 12 місяців.

Вважається, що вагітність настає за умови регулярних (2-3 рази на тиждень) статевих стосунків протягом 1 року у 75% подружніх пар без використання контрацептивів.

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ:

Приблизно 15% всіх пар страждають від безпліддя з різних причин протягом життя.

- Переважно пари мають зменшену фертильність (субфертильність), тобто їм потрібно більше року, щоб зачати дитину.

Термін «стерильність» означає повну неспроможність зачати дитину, це трапляється досить рідко. • 80–85% пар, які живуть статевим життям без використання контрацептивів, зачинають дитину протягом одного року, якщо жінка молодше 38 років.

Взагалі, зачаття настане без лікування у половини пар протягом наступного року.

- Приблизно у 25% випадків причиною безпліддя є жіночий фактор, приблизно у 25% — чоловічий. Приблизно у 25% випадків чинник, який спричиняє безпліддя, визначається в обох партнерів. В інших 25% випадків причина безпліддя залишається невідомою.

Фактори, що впливають на генеративну функцію

- хімічні;
- — радіація;
- — умови життя;
- — професійні шкідливості;
- — аборти;
- — деякі контрацептивні засоби

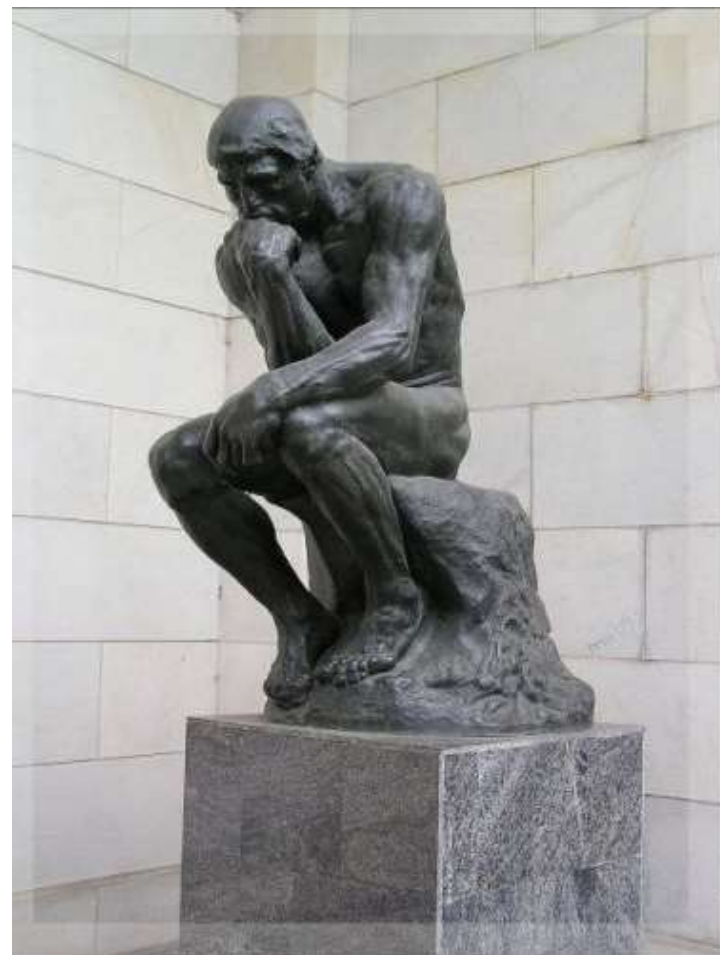
Найбільш поширені фактори порушення репродуктивної функції жінки

- трубно-перитонеальний-37-38%
- ендометріоз-27-30%
- ендокринний-18-30%;
- доброякісні новоутворення органів малого таза 8-12%



Основні причини чоловічого безпліддя

- 1.Варикоцеле
- 2.Інфекційно- запальні захворювання геніталій
- 3.Патозооспермія невстановленої етіології
- 4.Імунологічне непліддя
- 5.Вроджені вади розвитку (крипторхізм, гіпоспадія, епіспадія)
- 6.Хірургічні втручання
- 7.Ендокринні форми безпліддя
- 8.Сексуальні і еякуляторні порушення
- 9.Некрозоспермія



Класифікація безпліддя залежно від статі

- жіноче(60-70%),
- чоловіче(30-40%),
- змішане (5-10%).



Класифікація безпліддя за часом виникнення

Первинне
Вторинне



Класифікація безпліддя за патогенезом

- генетичне;
- ендокринне;
- механічне;
- імунологічне;
- змішане



Класифікація ендокринного безпліддя

1 група.

Гіпоталамо-гіпофізарна
недостатність.

2 група.

Гіпоталамо-гіпофізарна
дисфункція.

3 група.

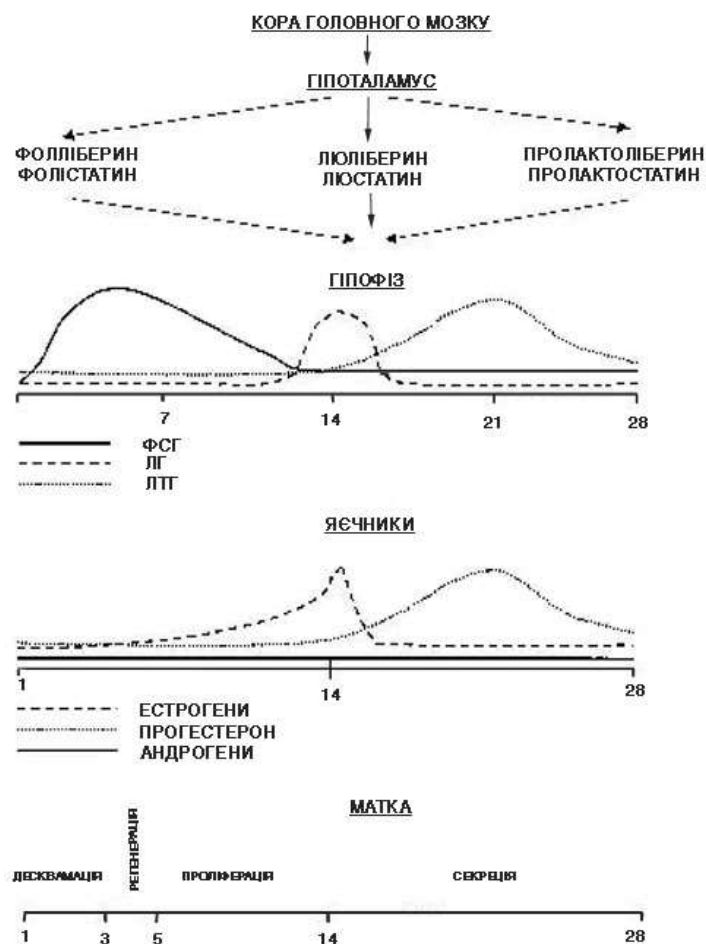
Яєчникова недостатність.

4 група.

Дисфункція кори
наднирників.

5 група.

Гіпотиреоз.



Етапи надання медичної допомоги безплідним парам

1. Територіальні жіночі консультації.
2. Регіональні центри планування сім'ї і репродукції.
3. Обстеження в умовах стаціонару клінічних баз кафедр, науково-дослідних інститутів.



Алгоритм обстеження жінок:

- Збір соматичного анамнезу
- Збір гінекологічного анамнезу
- Збір репродуктивного анамнезу
- Загальний і гінекологічний огляд



При клінічному обстеженні визначають:

- Тип тілобудови
- Месо-ростовий коефіцієнт
- Ступінь овоłosіння
- Ступінь розвитку молочних залоз
- Наявність галактореї



Інфекційний скринінг

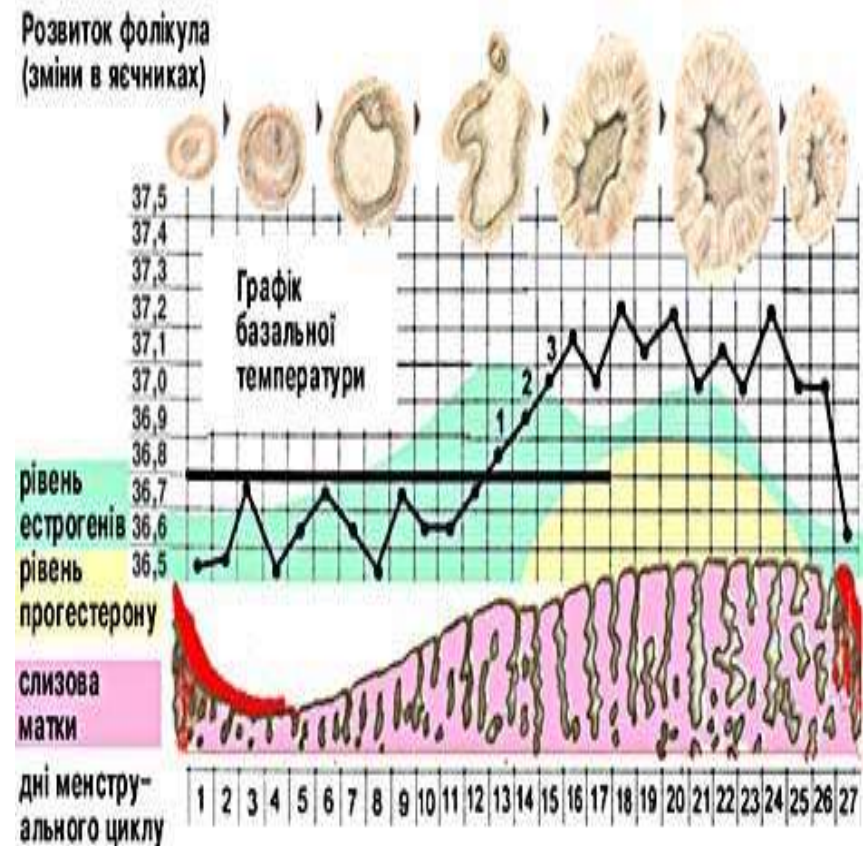
- Мазок з піхви для оцінки ступеня чистоти вагіни
- Мазок із цервікального каналу для виявлення методом ПЦР хламідій, уреаплазм, мікоплазм, вірусу простого герпеса, цитомегаловірусу
- Бактеріологічне дослідження вмісту піхви
- Дослідження крові на токсоплазмоз (при звичному невиношуванні в анамнезі)
- RW, ВІЛ



Гормональний скринінг

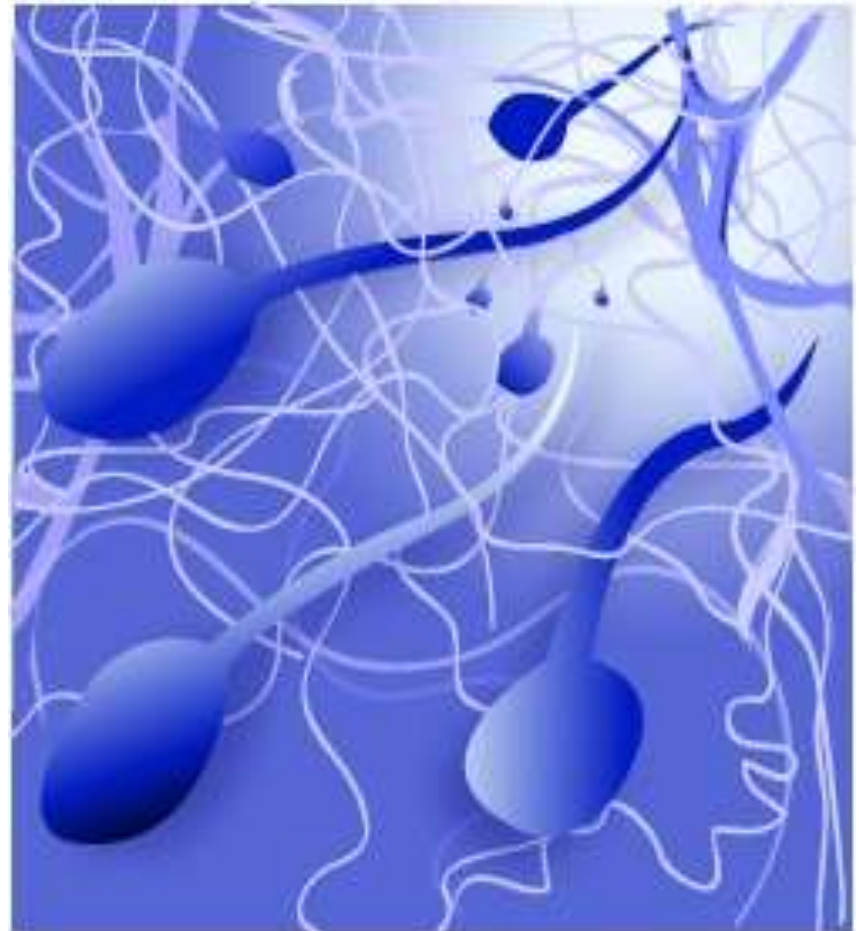
Тести функціональної діагностики

- Визначення рівня ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, тестостерону (3-7 день менструального циклу)
- Визначення повноцінності овуляції та функцій жовтого тіла (рівень прогестерону на 20-22 день м. циклу)
- Визначення рівня кортизолу, ДГЕА-с, інсуліну, Т3, Т4, ТТГ, СТГ, антитіла до тиреоглобуліну (7-28 день менстр. циклу)



Імунологічний скринінг

- ПКТ (посткоїтальний тест) – дозволяє оцінити біологічну сумісність сперматозоїдів та цервікального слизу жінки.
- МАР- тест- визначення антиспермальних антитіл в еякуляті (в нормі- <30%)



Додаткові методи дослідження

- УЗД органів малого таза (5-7 день МЦ)
- УЗД молочних залоз (за показами)
- Мамографія (за показами, після 35-обов'язково) (7-10 день МЦ)
- Гістеросальпінгографія (на 16-20 день МЦ)
- Кольпоскопія (за показами)
- Рентгенограма черепа і турецького сідла (за показами) (7-10 день МЦ)
- Комп'ютерна томограма і ЯМР (7-10 день МЦ)
- УЗД щитовидної залози



Діагностика чоловічого безпліддя

- Загальноклінічні методи обстеження
- Урогенітальне обстеження
- Консультація терапевта, генетика, сексопатолога — за показами



Лабораторні методи діагностики чоловічого безпліддя

- Спермограма
- Цитологічне дослідження секрету простати
- Обстеження на TORCH – інфекцію
- Бактеріологічний аналіз сперми
- Визначення антиспермальних антитіл
- УЗД органів малого тазу, щитовидної залози
- Гормональний скринінг
- Рентгенологічні методи дослідження

Спермограма

- У здорового чоловіка в 1 мл сперми знаходиться від 60 до 120 млн. сперматозоїдів, з яких рухливих – 70-90%, морфологічно не змінених – 75-80%, незрілих – 2-4%, а також є поодинокі лейкоцити, епітеліальні клітини, Клітини Сертолі.



Алгоритм лікування безпліддя, пов'язаного з порушенням овуляції

група I

гіпоталамо-гіпофізарна недостатність

1 етап - підготовча, замісна, циклічна терапія естрогенами і гестагенами (3-12міс).

2етап - індукція овуляції менопаузальними або рекомбінантними гонадотропінами. (3-6 міс).

Алгоритм лікування безпліддя, пов'язаного з порушенням овуляції

група II

гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція

- 1) яєчникова форма - підготовча терапія синтетичними прогестинами (Діане-35, марвелон та ін.).
- 2) надниркова форма - підготовча терапія глюкокортикоїдами з наступною стимуляцією овуляції (кломіфен-цитрат, профазі). При неефективності- лапароскопія або ЕКО.

Алгоритм лікування безпліддя, пов'язаного з порушенням овуляції

Група III.

Яєчникова недостатність, пов'язана з гіперфункцією аденогіпофізу (гіпергонадотропний гіпогонадизм)
-ЕКО з донацією ооцитів або усиновлення

Група IV

порушення функції статевих органів
Хірургічна корекція-1 менстр. цикл

Група V-VII

гіперпролактинемія

Препарати бромкріптину до нормалізації рівня пролактину, з наступною стимуляцією овуляції

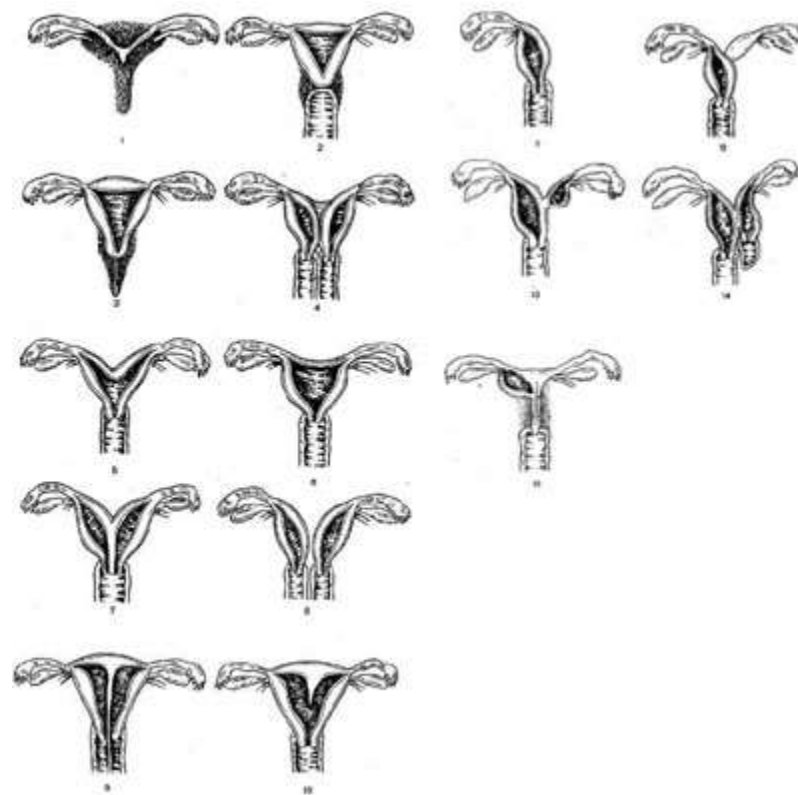
Відсутність ефекту– використання гонадотропинів (гоналF, пурегон)

Нейрохірургічне лікування

Алгоритм лікування жіночого безпліддя маткового генезу

(відсутність матки, аномалії
розвитку матки, синдром
Ашермана)

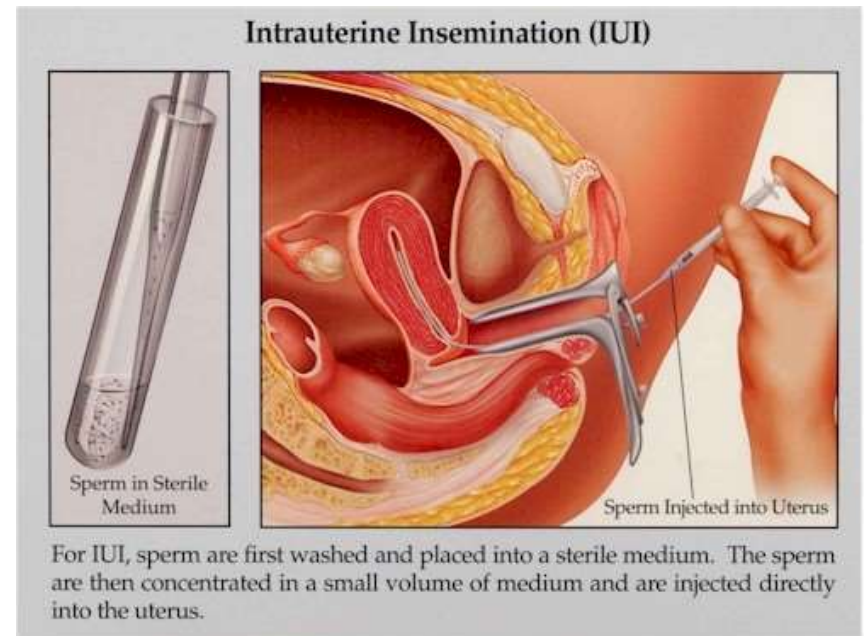
- Сурогатне материнство
- За умови наявних
можливостей-оперативне
реконструктивне
лікування



Лікування жіночого безпліддя шийкового генезу

Інсемінація
спермою
чоловіка у
фізіологічному
або індукованому
циклі

- Відсутність
ефекту-ЕКО з ПЕ



Лікування імунологічного безпліддя

- За наявності антиспермальних антитіл тільки у цервікальному слизі
- Внутрішньоматкова інсемінація спермою чоловіка



Лікування безпліддя, зумовленого урогенітальною інфекцією

Відповідна
антибактеріаль
на терапія - до
3 міс

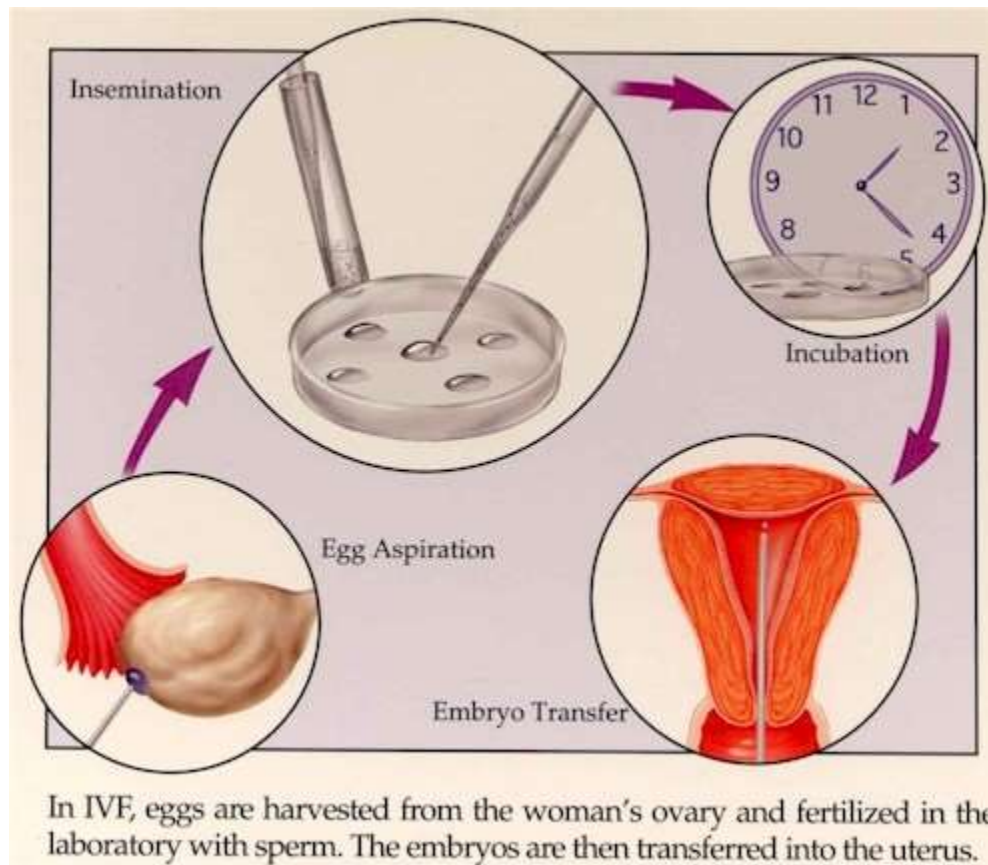


Лікування безпліддя трубного генезу

- Оперативна лапароскопія - для відновлення прохідності маткових труб
- Немає ефекту-ЕКО з ПЕ
- Відсутність маткових труб, неможливість відновлення їх прохідності- ЕКО з ПЕ



Лікування непліддя



Лікування безпліддя неясного генезу

- ІСЧ - 3 міс
- Відсутність ефекту - ЕКО з ПЕ - до 6 менстр. цикл

