

Лекция № 8

Тема: Бесплодный брак; виды бесплодия. Причины. Диагностика. Лечение.

Цель: Обучить студентов диагностике и дифференциальной диагностике, методам профилактики бесплодия в браке и своевременно направить супружескую пару в специализированный центр. Ознакомить с современными методами лечения бесплодия.

Задачи лекции:

1. Сформировать знания по современным методам диагностики, тактике ведения супружеских пар в зависимости от формы бесплодия, прогнозу и профилактике бесплодия;
2. Выработать знания по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременного направления супружеской пары в специализированные центры, консультации;
3. Дать понятия по интерпретации основных лабораторных и инструментальных методов исследования при бесплодии.

План лекции

1. Этиопатогенез бесплодия в браке;
2. Обследование бесплодных пар;
3. Формы женского бесплодия;
4. Методы лечения.

Бесплодие - отсутствие на протяжении 2 лет и более беременности у женщины, регулярно живущей половой жизнью и не применяющей противозачаточных средств (женское бесплодие) и отсутствие способности к оплодотворению у мужчин (мужское бесплодие).

Различают абсолютное бесплодие, когда в организме женщины имеются необратимые патологические изменения, препятствующие зачатию (отсутствие матки, маточных труб, яичников), и относительное бесплодие, при котором причины, вызывающие бесплодие, могут быть устранены. Кроме того, различают первичное бесплодие, когда у женщины, живущей половой жизнью, никогда не было беременности, и вторичное бесплодие, когда зачатие не наступает, хотя в прошлом беременности были.

Мужское бесплодие, как и женское, является не заболеванием, а симптомом различных болезней. Различают секреторное и экскреторное мужское бесплодие. Секреторное бесплодие развивается в результате нарушения образования сперматозоидов, а экскреторное - в результате нарушения выделения спермы. Кроме того, возможно появление бесплодия в результате

нарушения подвижности сперматозоидов или нарушения их способности к проникновению через оболочку яйцеклетки.

Клиническая картина

В первый год замужества беременность наступает у 80-90% женщин. Отсутствие беременности после трех лет замужества указывает на то, что шансы ее наступления снижаются с каждым годом. Брак считается бесплодным, если беременность не наступает в течение более двух лет половой жизни без применения контрацептивных мер.

Частота бесплодных браков составляет 10-15%. В 60% случаев причиной бесплодия являются нарушения в организме женщины, в 40% - в организме мужчины (неполноценность спермы, нарушения эякуляции, импотенция). Наиболее частой причиной бесплодия женщины служат анатомические и функциональные изменения в половых органах:

- инфантилизм;
- воспалительные заболевания маточных труб, яичников, матки, шейки матки, влагалища;
- нарушения функции яичников, гипофиза, надпочечников, щитовидной железы;
- опухоли матки (миома);
- эндометриоз;
- опухоли яичников;
- травматические повреждения шейки матки во время родов и аборт и др.

Диагностика и дифдиагностика

Важная причина вторичного бесплодия - аборты. Обследование женщины, страдающей бесплодием, должно проводиться только после соответствующего обследования мужа, при котором исключают возможные причины мужского бесплодия. При гинекологическом исследовании обращают внимание на состояние внутренних половых органов (матки, придатков, шейки). Важно определить кислотность влагалищного содержимого, вязкость цервикального секрета (повышенная кислотность губительно действует на сперматозоиды, а повышенная вязкость цервикальной слизи препятствует их продвижению). Необходимо провести пробу на совместимость цервикальной слизи и спермы (проба Шуварского-Симса-Хунера). Для этого через 30-45 мин после полового сношения в капле слизи, взятой из цервикального канала, определяют количество и состояние сперматозоидов.

В норме в каждом поле зрения должно быть 10-15 сперматозоидов, пересекающих поле зрения за 8-10 с. Отсутствие сперматозоидов или их подвижности в цервикальной слизи указывает на отрицательный результат пробы. Для выявления спаечного процесса после воспаления в матке, шейке, маточных трубах и вокруг них применяют пертубацию, метросальпингографию, биконтрастную гинекографию, кимографическую гидротубацию. Эти методы исследования используют с учетом

противопоказаний (подозрение на беременность, острые воспалительные процессы половых органов, острые и подострые экстрагенитальные заболевания). У женщин с эндокринными формами бесплодия определяют функцию яичников при помощи тестов функциональной диагностики, производят биопсию эндометрия. Для диагностики бесплодия, обусловленного патологией маточных труб и матки, применяют лапароскопию.

Лечение и профилактика

Лечение определяется локализацией и характером патологического процесса. При непроходимости маточных труб на почве хронического воспаления (исключить туберкулез половых органов) наиболее эффективен ультразвук в непрерывном или импульсном режиме. Вместо ультразвука можно использовать индуктотермию, электрофорез йода, лечебные гидротубации с растворами антибиотиков, лидазой и гидрокортизоном. При недоразвитии половых органов показаны электростимуляция шейки матки, индуктотермия, грязелечение, гинекологический массаж. Гормонотерапию применяют в зависимости от характера гормональных нарушений.

При синдроме Штейна-Левенталя производят клиновидное удаление яичников. Миомы матки в сочетании с бесплодием у молодых женщин требуют оперативного лечения. Эндометриоз подлежит консервативному (комбинированные эстрогено-гестагенные препараты) или оперативному лечению. Хирургическое лечение трубного бесплодия (сальпинголизис, сальпингостомия, сальпингопластика) показано при безуспешности консервативной терапии.