

Бесплодный брак: алгоритмы диагностики и лечения

Т.В. Овсянникова, И.А. Куликов

Адрес для переписки: Татьяна Викторовна Овсянникова, dr.otoma@yandex.ru

Актуальность проблемы диагностики и лечения бесплодного брака объясняется высокой частотой этой патологии среди супружеских пар репродуктивного возраста. В статье приводятся алгоритмы обследования и лечения бесплодных супружеских пар.

Ключевые слова: бесплодный брак, диагностика, лечение

Бесплодный брак – это отсутствие беременности у супругов детородного возраста в течение одного года регулярной половой жизни без контрацепции [1]. Частота бесплодных браков составляет 8–17% и не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в мире регистрируется 2–2,5 млн новых случаев мужского и женского бесплодия [1–3]. Снижение эффективности лечения бесплодия в России обусловлено следующими факторами [4, 5]:

- отсутствие у врачей, занимающихся проблемой бесплодного брака, полной информации о программах и современных методах лечения;
- недостаточное количество квалифицированных специалистов;
- отсутствие взаимодействия между врачами женских консультаций, центров планирования семьи и гинекологических стационаров, занимающихся лечением бесплодия, с одной стороны, и специалистами центров вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) – с другой.

Важными параметрами, влияющими на эффективность лечения бесплодия, являются возраст женщины и длительность бесплодного брака. Так, если в популяции у женщин до 30 лет в течение одного года регулярной половой жизни без предохранения спонтанная беременность наступает в 80% случаев, до 40 лет – в 25%,

то после 40 лет – не более чем в 10% [3, 6].

Факторы, которые относят пациенток в группу риска в отношении возможного бесплодия:

- возраст старше 35 лет;
- длительность бесплодия в этом и предыдущих браках более пяти лет;
- невынашивание беременности в анамнезе;
- нейроэндокринные нарушения менструального цикла;
- инфекции, передаваемые половым путем, перенесенные до брака и в этом браке; генитальный эндометриоз;
- неоднократные оперативные вмешательства на женских половых органах, особенно проведенные лапаротомическим доступом (удаление кист яичников, tuboовариальных воспалительных образований, пластика маточных труб, внематочная беременность, миомэктомия).

Такие пациентки нуждаются в углубленном обследовании, даже если при обращении в лечебное учреждение они не ставят вопрос о лечении бесплодия (активное выявление потенциально бесплодных супружеских пар).

Проводя обследование и лечение бесплодной супружеской пары, следует учитывать:

- ✓ при соблюдении алгоритма диагностики бесплодия (ВОЗ,

1997) причины бесплодия должны быть установлены в течение двух-трех месяцев с момента обращения супружеской пары;

- ✓ гинеколог и уролог-андролог работают совместно, проводя одновременное обследование обоих супругов и постоянно сравнивая результаты обследования;
- ✓ после уточнения диагноза длительность непрерывного лечения бесплодия до применения ВРТ не должна превышать 1–1,5 года;
- ✓ в зависимости от причины бесплодия в браке средняя частота наступления беременности при применении традиционных методов терапии до программ ВРТ составляет 30–35% (от 0 до 90% в зависимости от факторов бесплодного брака);
- ✓ в случае неэффективности проводимой традиционной терапии в течение 1–1,5 года решается вопрос о направлении супружеской пары в клинику экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

1. Алгоритм обследования женщин с бесплодием [1, 5]

1.1. Анамнез: сведения о количестве браков, характере бесплодия (первичное/вторичное), длительности бесплодия, количестве беременностей в браках, их исходах и осложнениях. Особенности менструальной функции, нарушения менструального цикла, вероятные причины и длительность. Анализ предыдущего обследования и лечения, применения противозачаточных средств и лекарственных препаратов, влияющих на фертильность. Экстрагенитальные заболевания и оперативные вмешательства, в том числе гинекологические; воспалительные заболевания органов малого таза (этиологические



факторы, особенности клинического течения, количество эпизодов). Особенности влияния факторов окружающей среды, профессиональных вредностей, вредные привычки (алкоголь, наркотики).

1.2. *Клиническое обследование*: определение индекса массы тела; наличие гирсутизма; степень развития молочных желез и выделения из них; состояние щитовидной железы, кожных покровов и слизистых; оценка общего состояния, гинекологический статус.

1.3. *Инфекционный скрининг* (проводится согласно приказу Минздрава России № 572н): мазок на степень чистоты, ПЦР-диагностика *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* и вируса папилломы человека высокого риска, бактериологический посев для определения микрофлоры влагалища и чувствительности ее к антибиотикам. При наличии показаний назначаются посевы на *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* [7, 8].

1.4. *TORCH-комплекс*: определение антител (иммуноглобулинов – Ig G и M к краснухе, токсоплазмозу, вирусу простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловирусу. В случае отсутствия IgG антител к краснухе следует сделать прививку.

1.5. *Гормональный скрининг*: определение уровней пролактина, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, эстрадиола, тестостерона, кортизола, 17-гидроксипрогестерона, дегидроэпиандростерона сульфата, тиреотропного гормона, свободного тироксина (на второй-третий день цикла при регулярных менструациях и на любой день – при нарушениях менструального цикла) и прогестерона при регулярном менструальном цикле на 21–23-й день цикла [3, 4, 9].

1.6. *Ультразвуковое исследование органов малого таза*. Ультразвуковое исследование молочных желез всем женщинам до 36 лет и щитовидной железы (при наличии показаний).

1.7. *Рентгенологические методы*: краниограмма, компьютерная и магнитно-резонансная томография – при подозрении на опухоль головного мозга, гистеросальпингография, маммография (женщинам старше 36 лет).

1.8. *Иммунологические методы*: определение антител IgG, IgM, IgA в цервикальной слизи.

1.9. *Эндоскопические методы*: лапароскопия и гистероскопия с последующей биопсией эндометрия при наличии патологии эндометрия и последующим гистологическим исследованием соскобов [7, 8].

Если программа обследования выполнена не полностью, диагноз бесплодия у женщины не может считаться достоверным, а лечение заведомо будет безуспешным.

2. Алгоритмы диагностики мужского бесплодия [1, 3, 6]

2.1. *Анамнез*: количество браков; первичное/вторичное бесплодие; длительность бесплодия; предыдущее обследование и лечение по поводу бесплодия; системные заболевания (сахарный диабет, нервные и психические заболевания, туберкулез); лекарственные и другие методы терапии, влияющие на фертильность; оперативные вмешательства на органах уrogenитального тракта; инфекции, передаваемые половым путем; врожденная и приобретенная патология репродуктивной системы; сексуальная и эякуляторная дисфункция; экологические факторы, профессиональные вредности и вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики).

2.2. *Клиническое обследование*: измерение роста и массы тела; определение наличия признаков гипогонадизма, гинекомастии; андрологическое обследование гениталий, паховой области и предстательной железы.

2.3. *Инфекционный скрининг*: см. алгоритм обследования женщин.

2.4. *Другие лабораторные методы*: исследование эякулята (развернутая спермограмма), МАР-тест, клинические анализы крови и мочи (по показаниям), анализ секрета простаты.

2.5. *Дополнительные методы исследования*: определение уровней пролактина, фолликулостимулирующего гормона, тестостерона; термография мошонки; краниограмма (при подозрении на аденому гипофиза); тестикулярная биопсия.

Как правило, частота женского бесплодия составляет 70–75%, мужского – 35–40%.

Сочетание женского и мужского бесплодия встречается у 30–35% супружеских пар.

3. Этапы терапии в зависимости от причин бесплодного брака

3.1. *Трубно-перитонеальный фактор*. Реабилитации и консервативному лечению (терапия антибиотиками, физиотерапия, бальнеолечение) в течение 6–12 месяцев подлежат пациентки после лапароскопической коррекции спаечного процесса первой-второй степени по классификации Hulk и при проходимых маточных трубах. В случае отсутствия беременности повторное оперативное лечение не показано и супружеская пара направляется в клинику ЭКО. При наличии гидросальпингосов, невозможно восстановить проходимость маточных труб, третьей-четвертой степени спаечного процесса сразу показана программа ЭКО [7, 10].

3.2. Эндометриоз

3.2.1. После лапароскопического удаления очагов эндометриоза, эндометриоидных кист яичников и сальпингоовариолизиса (при спаечном процессе в малом тазу) в течение трех – шести циклов в зависимости от стадии эндометриоза проводится терапия прогестагенами в непрерывном режиме, агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона, даназолом, эстроген-гестагенными препаратами. В случае отсутствия беременности в течение 12 месяцев после завершения комплексной терапии решается вопрос о направлении супружеской пары в клинику ЭКО.

3.2.2. При третьей-четвертой степени спаечного процесса, нарушении проходимости маточных труб, невозможно полностью ликвидировать спаечный процесс на фоне проводимой патогенетически обоснованной терапии или сразу после ее окончания показаны ВРТ.

3.3. *Мужской фактор бесплодия*. В зависимости от показателей спермограммы и результатов клинического обследования мужа возможно проведение внутриматочной инсеминации спермой мужа или донора в течение трех – шести циклов на фоне стимуляции овуляции у жены. При неэффективности терапии показано ЭКО, нередко

с проведением процедуры интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку.

3.4. *Сочетанное женское и мужское бесплодие.* Учитывая ранее проводимое длительное и безуспешное лечение, а также возраст пациентки (старше 35 лет), сразу после уточнения факторов бесплодия показано проведение ЭКО.

3.5. *Эндокринные формы бесплодия*
3.5.1. При отсутствии патологии маточных труб и спаечного процесса в малом тазу, учитывая характер гормональных нарушений (классификация ановуляции ВОЗ, 1998), показана терапия агонистами дофаминовых рецепторов [4, 11]. Стимуляция овуляции по стандартным протоколам проводится в течение 1–1,5 года

[12–14]. В случае отсутствия адекватного стимулирующего эффекта в течение трех – шести циклов и подозрения на снижение фолликулярного запаса яичников пациентка направляется в клинику ЭКО.

3.5.2. При сочетании эндокринных форм бесплодия с трубно-перитонеальным фактором вопрос о терапии решается в зависимости от характера органической патологии [8, 10, 15].

Без предварительного обследования по предложенным алгоритмам в клинику ЭКО рекомендуется направлять супружеские пары в следующих случаях [10]:

- хирургическое удаление обеих маточных труб;

- нарушение проходимости маточных труб по данным гистеросальпингографии;
 - синдром резистентных или истощенных яичников;
 - мужской и иммунный фактор бесплодия;
 - возраст женщины старше 35 лет, независимо от выявленной патологии;
 - длительность бесплодного брака более пяти лет и неэффективность ранее проводимой терапии;
 - настоятельное желание пациентки воспользоваться методами ВРТ.
- Супружескую пару должны предупредить о возможном дополнительном обследовании после консультации специалистами клиники ЭКО. ☺

Литература

1. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар. М.: МедПресс, 1997.
2. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. М.: МЕДпресс-информ, 2015. С. 8–48, 95–122, 156–178, 247–278.
3. Чен П.Т., Гоулдстайн М., Роузенвекс З. Секреты репродуктивной медицины. М.: МЕДпресс-информ, 2006. С. 17–261, 279–352.
4. Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Камилова Д.П. Бесплодный брак: принципы диагностики и лечения // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 7–9.
5. Савельева Г.М., Курцер М.А., Овсянникова Т.В. и др. Алгоритмы диагностики и лечения бесплодия в браке. М., 2008.
6. Oxford handbook of reproductive medicine and family planning / ed. by E. McVeig, R. Homburg, J. Guillebaud. Oxford: Oxford University Press, 2008. P. 57–72, 89–102, 133–137.
7. Феоктистов А.А., Овсянникова Т.В., Камилова Д.П. Роль хронического эндометрита в клинике женского бесплодия // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 10–13.
8. Infertility in Practice / ed. by A.H. Balen, Y.S. Jacobs. London: Churchill Livingstone, 2004. P. 133–299.
9. Santoro N.F., Neal-Perry G. Amenorrhea (a case-based, clinical guide). New York: Springer, 2010.
10. Корсак В.С. Сегодня существуют технологии, позволяющие вылечить бесплодие // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 4–7.
11. Дзеранова Л.К., Илловойская И.А. Диагностика и лечение гиперпролактинемии: клинические рекомендации Международного эндокринологического общества и взгляд российских экспертов // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 28–34.
12. Чернуха Г.Е., Каприна Е.К., Найдуклова А.А. Новые возможности коррекции нарушений функции репродуктивной системы при синдроме поликистозных яичников // Медицинский совет. 2015. № 9. С. 34–38.
13. Homburg R. Ovulation induction and controlled ovarian stimulation. A practical guide. New York: Springer, 2014.
14. Step by step ovulation induction / ed. by S. Ghuman. 2nd ed. Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2014.
15. Aytac P.C., Bulgan K., Haydardedeoglu B. Luteal phase support after mild ovulation induction with intrauterine insemination: an on-going debate // Gynecol. Endocrinol. 2016. Vol. 5. [Epub. ahead of print].

Sterile Marriage: Algorithms for Diagnostics and Treatment

T.V. Ovsyannikova, I.A. Kulikov

Peoples' Friendship University of Russia
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Tatyana Viktorovna Ovsyannikova, dr.otoma@yandex.ru

Significance of diagnostics and treatment of sterile marriage is explained by its high rate among married couples of reproductive age. Here, algorithms for examination and treatment of sterile married couples are presented.

Key words: sterile marriage, diagnostics, treatment