

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ В СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЕ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Коновалов В.И.,

*доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии
лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава*

Брагина Г.В.,

*кандидат мед. наук, акушер-гинеколог, зам.главрача по гинекологии МУГКБ№40,
ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического
факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава*

Фалеев К.П.,

*кандидат мед. наук, андролог, зав. отделением репродукции МУ «Клинико-
диагностический центр»*

Янчук Т.В.,

акушер-гинеколог, репродуктолог, Центр Семейной Медицины, соискатель

Коровникова О.В.

акушер-гинеколог, МУ «Клинико-диагностический центр», заочный аспирант

Репродуктивное здоровье женщины и мужчины имеет не только медицинское, но и социальное значение, так как оно связано со здоровьем детей и с будущим государства и нации; а охрана репродуктивного здоровья входит в национальную программу.

В среднем, в России каждая 7-ая супружеская пара на протяжении жизни сталкивается с проблемами бесплодия. Причины infertility гетерогенны и полиморфны, что требует дифференцированного индивидуального подхода, с использованием оптимального соотношения и медикаментозных, и, что очень важно, временных параметров лечения. По некоторым данным, эффективность терапии бесплодия в браке не превышает 40-45%, и зависит от возможности улучшения репродуктивной функции одновременно у обоих супругов.

В связи с этим, становится очевидным, что только рациональная организация диагностического и лечебного процесса может позволить внедрить в практическое здравоохранение современные медицинские технологии, разработанные на основе результатов фундаментальных исследований; обеспечить взаимодействие в поиске этиологических факторов и лечении супружеской пары между гинекологом и андрологом; преемственность различных медицинских структур в лечении супружеской пары с бесплодием, а в последующем – в профилактике осложнений у беременной, роженицы, родильницы и новорожденного.

В настоящей статье мы представляем результаты многолетнего опыта лечения бесплодия и профилактики репродуктивных потерь в условиях многопрофильной больницы МУГКБ№40 – базы кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральской государственной медицинской академии. За период с 2001 года по настоящее время в наших клиниках проходили обследование и лечение по поводу бесплодия 329 супружеских пар: женское бесплодие было установлено в 77,4% случаев, муж-

ское – в 22,6%, а у обоих супругов – в 41,9%. Основными этиологическими факторами женского бесплодия были: эндометриоз, склерокистоз яичников, нарушение проходимости и функционирования маточных труб, а мужской infertility: воспалительные заболевания и гормональные нарушения.

В диагностике и терапии мужского и женского бесплодия использовались разработанные нами алгоритмы:

- **Диагностика мужского бесплодия** (см. Рисунок 1)
- **Терапия мужского бесплодия** (см. Рисунок 2)

Алгоритм диагностики репродуктивных нарушений у юношей-подростков



Рисунок 1

Алгоритм терапии мужского бесплодия



Рисунок 2

Алгоритм диагностики мужского бесплодия



Рисунок 3

Структура учреждений по реабилитации репродуктивной функции

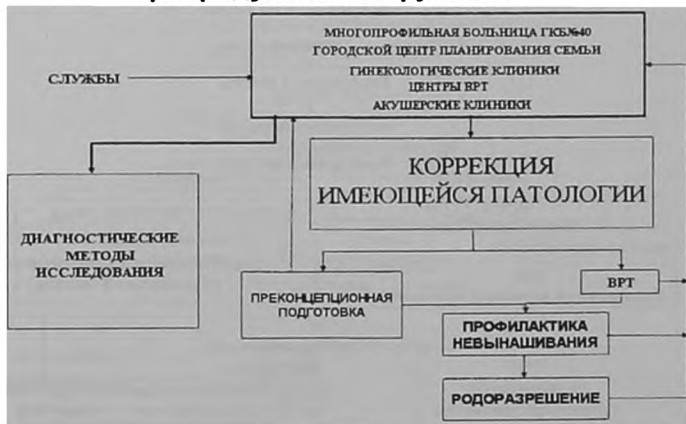


Рисунок 4

Характеристика протоколов ЭКО

параметры	Эндоnazальная форма Бусерелина n=25	Депозитная форма Бусерелина n=25
Продолжительность периода десенсибилизации, дни	13,1 ± 0,4	11,8 ± 0,2
Продолжительность гонадотропной стимуляции, дни	10,5 ± 0,4	12,2 ± 0,3
Количество использованных ампул рек.ФСГ	20,2 ± 1,5	24,3 ± 1,6
Количество перенесенных эмбрионов	3,1 ± 0,2	2,9 ± 0,3
Показатель имплантации на 1 перенесенный эмбрион, %	16,7	12,2
Общее количество беременностей	14 (56,0%)	15 (60,0%)

Рисунок 5

Алгоритм лечения при эндометриозе

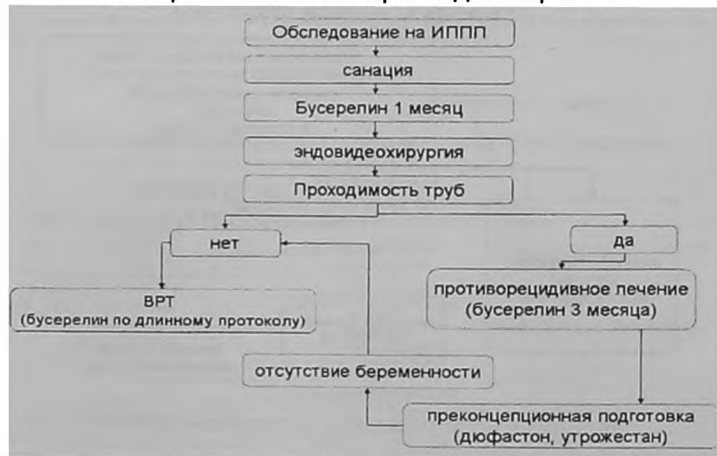


Рисунок 6

Алгоритм лечения при СКЯ



Рисунок 7

Алгоритм лечения при трубно-перитонеальном бесплодии



Рисунок 8

Алгоритм диагностики женского бесплодия

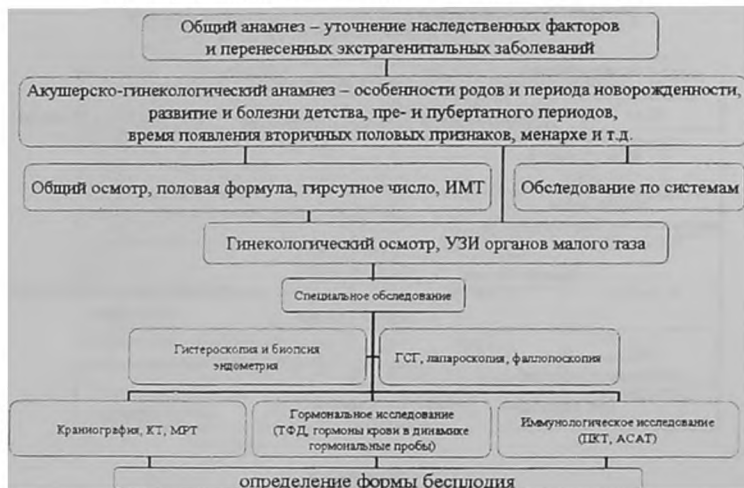


Рисунок 9

Алгоритм лечения репродуктивных нарушений у юношей-подростков



Рисунок 10

При мужском бесплодии эффективность индивидуально подобранной этиопатогенетической терапии, в среднем, составила 25,6%, причем более высокой она оказалась при воспалительных заболеваниях половой сферы и варикоцеле (до 47%), а минимальной – при гормональных нарушениях и идиопатической патоспермии (до 19,3%).

Принимая во внимание первичный характер нарушений репродуктивной функции (задержка полового развития) более, чем у ¼ обследованных мужчин с бесплодием, а также их высокую торпидность к лечению у нас возникла необходимость в разработке комплексных методов наиболее ранней диагностики мужской инфертильности с выявлением особенностей течения периода полового созревания (см. Рисунок 3) и его своевременной коррекции (см. Рисунок 4).

Для уточнения патогенеза инфертильности и патоспермии нами было проведено изучение особенностей состояния репродуктивной системы у 216 юношей-подростков еще в пубертатном периоде методом случайной выборки с целью профилактики бесплодия в будущем браке. При обследовании подростков, была выявлена та или иная патология репродуктивной системы у 72,7% (причем, у 53,6% - диагностирована задержка полового развития). Результаты проведенных нами исследований, в первую очередь, свидетельствуют о большом значении цитогенетической диагностики в детской и подростковой андрологии - практически у 30% подростков выявлены какие-либо отклонения: патология половых хромосом, патология аутосом, хромосомный полиморфизм, мозаицизм половых хромосом, синдром Клайнфельтера, синдром де ля Шапелля. Кроме того, у матерей пациентов с задержкой полового развития чаще встречалась акушерская и экстрагенитальная патология, что подтверждало неблагоприятное влияние антенатальных факторов на формирование мужской репродуктивной системы. Следует отметить, что практически у половины подростков отмечалось перинатальное поражение центральной нервной системы (от минимальной церебральной дисфункции – у 36,5% до развития церебро-органической недостаточности – у 11%). Учитывая все вышесказанное для улучшения качества диагностики и коррекции нарушений репродуктивной системы у юношей подростков нам представляется целесообразным проведение диспансерного наблюдения за развитием репродуктивной системы мужчин, начиная с детских поликлиник и организация специализированных приемов по детской и подростковой андрологии в Центрах планирования семьи и репродукции.

- **Диагностика женского бесплодия (см. Рисунок 5)**

При обследовании бесплодных женщин инфекционный фактор выявлен при различных формах бесплодия от 45% до 54%, причем наиболее часто обнаруживались хламидии. Что касается гормонального профиля, то недостаточность обеих фаз менструального цикла была диагностирована у 70% при эндокринном бесплодии и у 50% - при трубно-

перитонеальном, а при эндометриозе – определялись недостаточность 2 фазы менструального цикла и гиперэстрогемия (относительная или абсолютная). Гистологическое исследование эндометрия показало наличие хронического эндометрита и средней стадии секреции – у 36-42% при трубно-перитонеальном бесплодии, преобладание гиперплазии эндометрия – у 30-37% при эндокринном бесплодии и эндометриозе.

- **Терапия трубно-перитонеального бесплодия** (см. Рисунок 6)
- **Терапия бесплодия при СКЯ** (см. Рисунок 7)
- **Терапия бесплодия при эндометриозе** (см. Рисунок 8)

В итоге, из обследованных нами 242 женщин, беременность при трубно-перитонеальном бесплодии наступила у 36 больных из 85 (42,4%), при эндокринном бесплодии (синдром поликистозных яичников) – у 37 из 72 (51,4%), а при эндометриозе – у 35 из 85 (41,2%).

При отсутствии самопроизвольного наступления беременности 112 женщинам было проведено ЭКО по стандартному длинному протоколу. Десенситизация гипофиза достигалась назначением агониста Гн-РГ Бусерелина в дозе 900мкг ежедневного в виде эндоназального спрея или депо формы 3,75 мг внутримышечно однократно с 18-21 дня цикла в зависимости от его длительности и до момента забора ооцитов. В результате чего, беременность наступила при трубно-перитонеальном бесплодии – у 13 из 31 пациенток (41,9%), при эндокринном бесплодии – у 12 из 31 (38,8%), при эндометриозе – у 29 из 50 (58,0%). Так, например, в группе больных с эндометриозом, равное количество женщин (по 25) получали Бусерелин или в виде спрея или в виде депо-формы. Характеристика протокола экстракорпорального оплодотворения у данных женщин представлена на Рисунке 9: продолжительность периода десенситизации, гонадотропной стимуляции, количество перенесенных эмбрионов и общее количество беременностей в обеих группах женщин были практически одинаковыми, несколько выше оказался показатель имплантации на 1 эмбрион у женщин, получавших эндоназальный спрей Бусерелина.

Несмотря на проводимую терапию, такие осложнения беременности, как гестоз диагностировались у 70%, угроза невынашивания в 1 триместре – у 50%, угроза невынашивания во 2 триместре – у 30%, преждевременные роды – у 17%. Срочное родоразрешение было проведено у 83,1% беременных, причем путем проведения кесарева сечения – у 78,6% (в том числе – у всех женщин, у которых беременность наступила в результате ЭКО). Все пациентки родоразрешились живыми детьми. Весоростовой индекс, в среднем, составил у новорожденных 62 г/см, а при многоплодной беременности – 60,1 г/см для первого плода и 59,8 г/см для второго. То есть, значения весоростового индекса находились в пределах нормы и практически не отличались от среднестатистических. Достоверной разницы в оценке по шкале Апгар у новорож-

денных после ЭКО по сравнению с новорожденными, родившимися без проведения ВРТ так же установлено.

Следует отметить, что использование различных форм Бусерелина (депо-формы и эндоназального спрея) для десенситизации гипофиза оказалось одинаково эффективным и также не влияло на развитие плода и новорожденного.

Учитывая все вышеуказанное нами были разработаны следующие основные положения современной стратегии лечения бесплодия супружеской пары:

1. одновременное комплексное обследование обоих супругов на предмет выявления этиологических факторов бесплодия (оптимально – на одной лабораторно-диагностической базе);
2. этапность и своевременность оказания лечебной помощи обоим супругам с применением современной медикаментозной терапии, хирургического вмешательства (в большей степени – эндовидеохирургии) и вспомогательных репродуктивных технологий. Использование эндоскопических методов лечения в клинической практике позволяет значительно сократить сроки лечения, повысить его эффективность, развивать органосохраняющие операции, позволяющие проводить максимально щадящие вмешательства на репродуктивных органах. Своевременное применение вспомогательных репродуктивных технологий также способствует эффективному лечению сложных форм бесплодия в супружеской паре. Однако, необдуманное и хаотичное использование даже высокотехнологических методов лечения бесплодия различными специалистами (с одной стороны – гинекологами, с другой – андрологами) не только не приводит к наступлению желанной беременности, но и может способствовать к затягиванию как диагностического, так и лечебного процесса, что не в коем случае нельзя позволить при терапии бесплодия. поэтому, большое значение в лечении инфертильности и профилактике репродуктивных потерь имеет этапность и преемственность между различными отделениями диагностических и лечебных служб, направленные на подготовку к беременности, обеспечение ее нормального развития и завершения.
3. при наступлении беременности необходимо тщательное наблюдение и своевременное оказание медицинской помощи с целью профилактики и коррекции осложнений беременности, а также - рациональное родоразрешение;
4. организация не только гинекологической, но и андрологической помощи подросткам с целью оказания наиболее ранней диагностики и коррекции нарушений репродуктивной системы (в том числе, проведение диспансерного наблюдения за развитием репродуктивной сис-

темы мужчин, начиная с детских поликлиник и организация специализированных приемов по детской и подростковой андрологии в Центрах планирования семьи и репродукции).

Выполнение данных положений наиболее оптимально лишь в условиях современной многопрофильной больницы (см. Рисунок 10), содержащей в своей структуре амбулаторно-консультативную службу (в наших условиях – Городской центр планирование семьи и репродукции), гинекологический стационар, центр вспомогательных репродуктивных технологий, родильный дом, неонатальное отделение и лабораторно-диагностическую службу, что позволяет обеспечивать высокую преемственность в работе всех подразделений и получение оптимального результата в максимально короткие сроки при сокращении материальных затрат на обследование супружеской пары и лечение бесплодия.

КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЯ ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Анисимов К.Ю.,

*кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета
ГОУ ВПО УГМА Росздрава*

Универсальным индикатором состояния регуляторных и энергетических процессов в организме является сердечно - сосудистая система, в частности такой ее интегрированный показатель, как вариабельность сердечного ритма. Анализ вариабельности сердечного ритма лежит в основе метода компьютерной кардиоинтервалографии. Это методологически принципиально новый подход исследования регуляторных механизмов, выраженности приспособительных реакций организма на стрессовые воздействия, позволяющих сохранить жизнеспособность биологической системы.

В данном исследовании предпринята попытка поиска некоторых информативных критериев состояния матери и плода при беременности и инсулинозависимом сахарном диабете (ИЗСД).

В третьем триместре беременности обследовано 180 беременных с ИЗСД и их плодов, контрольную группу составили 20 женщин с физиологически протекающей беременностью. У 67 % женщин основной группы диагностирована преэклампсия средней степени тяжести, 58 % имели многоводие, у каждой второй были сосудистые осложнения диабета.

На первом этапе проводилась математическая обработка массива базальных и последних постнагрузочных сахаров крови в полусуточном ритме по специально разработанной программе. По характеру относительной организации системы управления углеводным обменом (относительная энтропия- R) категория здоровых и компенсированных по