

Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Чалый М.Е.

(кафедра урологии ФГАУОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ)

Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами.

Справка IT- системного администратора сайта: материал получен и в автоматическом режиме размещен в 16: 47 по мс 02.04:2009 на сайте medtsu.tula.ru (одновременно доступен дайджест по тексту журнала «Урология», зарегистрированного в *информационно- медицинском публикаторе* дайджестов, медицинских подборок и кратких рекламных обзоров статей, имеющих высокий рекламный рейтинг по анализу популярности количества прочтений медицинскими специалистами). Текст публикатора доступен по заключённому договору между авторами и юридическими лицами на сайте полиграфического предприятия [www.optima-sochi.ru](http://optima-sochi.ru) по ссылке <http://optima-sochi.ru/our-services/predlozhenie-po-reklame/>.

Частота бесплодия в браке колеблется от 8 до 29%. По оценке специалистов, в Европе бесплодны около 10% супружеских пар, в США – 8-15%, в Канаде – около 17%, в Австралии – 15,4%. В России доля бесплодных браков достигает 17,5% и не имеет тенденции к снижению. В России бесплодны 4-4,5 млн супружеских пар. В 40 – 60% случаев бесплодие обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины, в 5 – 6% - мужчины, в 27-48% - нарушениями у обоих супругов, приблизительно в 5% причину бесплодия выявить не удастся. **Базовый диагностический алгоритм:** исследования для выявления наиболее распространенных причин бесплодия проводят в следующем порядке: 1) подтверждение овуляции (ультразвуковой мониторинг с использованием вагинального датчика позволяет непосредственно наблюдать рост фолликула и овуляцию); 2) анализ спермы; 3) посткоитальный тест; 4) оценка проходимости маточных труб (гистеросальпингография позволяет выявить окклюзию маточных труб, внутриматочные синехии, пороки развития матки, субмукозный узел, полипы эндометрия); 5) диагностическая лапароскопия, гистероскопия. Вторичное бесплодие составляет практически 40% обращений к репродуктологу. В соответствии с рекомендациями ВОЗ и требованиями Министерства здравоохранения РФ МКБ-10 является единственным нормативным документом формулировки и учета диагнозов в системе здравоохранения на территории страны. По рубрификатору МКБ-10:

№97. Женское бесплодие (включены: неспособность забеременеть, стерильность женская); (исключены: относительное бесплодие).

№97.0. Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции.

№97.1. Женское бесплодие трубного происхождения (связанное с врожденной аномалией маточных труб или трубной непроходимостью).

№97.2. Женское бесплодие маточного происхождения (связанное с врожденной аномалией матки, дефектами имплантации яйцеклетки).

№97.3. Женское бесплодие цервикального происхождения.

№97.4. Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами.

№97.8. Другие формы женского бесплодия.

№97.9 Женское бесплодие неуточненное.

Женское бесплодие, комбинированное с мужскими факторами:

Точные сведения о частоте бесплодия, связанного с комбинацией женских и мужских факторов, отсутствуют. У 30-40% мужчин причину бесплодия выявить не удастся, и такое бесплодие относят к идиопатическому. У мужчин с идиопатическим бесплодием нет заболеваний, нарушающих фертильность, отсутствуют изменения при физикальном исследовании, а гормональные, генетические и биохимические показатели не имеют отклонений от нормальных значений. При этом в анализе эякулята у них выявляются патологические изменения. Идиопатическое мужское бесплодие может быть следствием патологических процессов, обусловленных влиянием генетических или эпигенетических факторов, загрязнения окружающей среды, воздействия свободных радикалов кислорода. Не все причины мужского бесплодия могут быть диагностированы и устранены. Основным методом оценки фертильности мужчины является оценка показателей эякулята (исследование макроскопических и микроскопических параметров). Эндокринное бесплодие - отсутствие беременности в течение 12 месяцев, связанное с нарушением овуляции: ановуляцией (отсутствием овуляции) или олигоовуляцией (редкими овуляциями). Нарушения на различных уровнях гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, а также другие заболевания эндокринных желез приводят к дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, формированию ановуляции и бесплодия. В структуре бесплодного брака частота встречаемости эндокринного бесплодия составляет 25%. В структуре эндокринного бесплодия частота встречаемости гипогонадотропной гипоэстрогенной ановуляции составляет примерно 10%. Данная группа нарушений включает функциональную гипоталамическую аменорею (ФГА), реже - гипогонадотропный гипогонадизм (в том числе синдром Кальмана), гипопитуитаризм. Распространенность ФГА в популяции достигает 3-5%, гипогонадотропного гипогонадизма – 1-10 случаев на 10 000. Для этих состояний характерна первичная или вторичная аменорея, характеризующаяся низким уровнем гонадотропинов и эстрогенов в сыворотке крови. Данный синдром

встречается преимущественно при первичном бесплодии. Развитие функциональной гипоталамической аменореи может быть обусловлено стрессовыми событиями, потерей массы тела или чрезмерными физическими нагрузками. Индукцию овуляции у женщин с ФГА ввиду повышенного риска акушерских осложнений (потеря плода, рождение детей с малым весом для гестационного возраста, преждевременные роды и кесарево сечение) рекомендовано проводить только после достижения ИМТ $>18,5$ кг/м². В случае расстройств приема пищи рекомендуется консультация диетолога и психотерапевта для проведения когнитивной поведенческой терапии. У пациенток с ФГА при достаточном уровне эстрадиола для овариальной стимуляции можно использовать кломифен. Для овариальной стимуляции, которая должна проводиться под строгим УЗ-мониторингом, следует использовать препараты группы менотропинов, содержащих комбинацию ФСГ и ЛГ.

(дайджест по тексту журнала «Урология», зарегистрированного в *информационно- медицинском публикаторе* дайджестов, медицинских подборок и кратких рекламных обзоров статей, имеющих высокий рекламный рейтинг по анализу популярности количества прочтений медицинскими специалистами) текст публикатора доступен с 02.04.2009 по ссылке <http://optima-sochi.ru/our-services/predlozhenie-po-reklame/> .