

Алгоритм обследования и лечения пар с бесплодием: роль врача женской консультации. Принципы подготовки к вспомогательным репродуктивным технологиям



– Владимир Валентинович, касаясь темы бесплодия, невозможно не дать определение этого понятия. Что должен подразумевать лечащий врач, ставя пациентке такой диагноз, и в каком случае необходимо прибегнуть к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ)?

– Согласно определению ВОЗ, бесплодие – это неспособность достижения беременности у соматически здоровых партнеров, находящихся в репродуктивном возрасте, в течение, обратив внимание, 1 года половой жизни без предохранения. К сожалению, только 50% бесплодных пар обращаются за помощью к врачу и только 25% из обратившихся начинают лечение. Большое число пациентов и вовсе не приходят на прием к врачу, а между тем эффективность любых методов лечения бесплодия (определение овуляции, стимуляция овуляции клостилбегитом или гонадотропинами, поддержка лютеиновой фазы цикла, эндоскопические операции, инсеминация спермой мужа/донора, ЭКО) катастрофически снижается с возрастом, составляя в 25–30 лет 55–80%, в 35–40 – уже 20–25%, а у женщин старше 40 лет – только 10–15% (а ведь сегодня мы в женской консультации с завидным постоянством выдаем направления на ВРТ многим пациенткам после 40 лет нередко с отсутствующим овариальным резервом, не задумываясь, что большая часть государственных средств расходуется напрасно). Кроме того, помимо возраста на эффективность лечения бесплодия влияет и его длительность. По данным одной из публикаций отечественных авторов в авторитетном журнале «Human Reproduction», «средняя продолжительность лечения бесплодия у женщин 35–40 лет в амбулаторно-поликлинических учреждениях составляет 7,2 года...». Однако врачу женской консультации необходимо знать, что, согласно Приказу МЗ РФ от 30.08.2012 №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», рекомендуемая длительность обследования для установления причин бесплодия составляет 3–6 мес. Если после установления причины бесплодия проведенное лечение, включая лапароскопическую и гистероскопическую коррекцию, стимуляцию овуляции и терапию мужского фактора бесплодия, признано неэффективным (что определяется отсутствием беременности в течение 9–12 мес), пациентки направляются на лечение с использованием методов ВРТ. Замечу, что женщинам старше 35 лет по решению консилиума врачей направление на лечение с использованием ВРТ выдается до истечения указанного срока, – это обусловлено резким снижением овариального резерва с возрастом (в период менархе, в 11–12 лет, у девушки насчитыва-

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире от бесплодия страдают 15% всех супружеских пар репродуктивного возраста. Врач амбулаторной практики часто становится первым звеном на пути к успешному материнству, поэтому от его рационального взгляда на ситуацию, понимания причин бесплодия и оперативности обследования и лечения зависит очень многое в судьбе конкретной семьи. О том, как правильно подобрать диагностическо-лечебный подход к паре, страдающей бесплодием, мы поговорили с Владимиром Валентиновичем Литвиновым – кандидатом медицинских наук, врачом-репродуктологом клиники ЭКО «АльтраВита» (г. Москва), занимающимся вопросами репродукции (экстракорпоральное оплодотворение – ЭКО, эндоскопические операции) в течение 26 лет. Кстати, Владимир Валентинович скоро станет «дедушкой» в области ЭКО: его пациентка после ВРТ в 1996 г. родила дочку, которая сама скоро станет мамой (беременность наступила самостоятельно).

ется 300 тыс. так называемых антральных зародышевых фолликулов, в 37 лет – уже 25 тыс. клеток, а в 50 – не более 1 тыс., затем наступает менопауза). Таким образом, чтобы у пациентки в одном цикле появилась яйцеклетка, которая может быть оплодотворена после овуляции, необходимо, чтобы 800 «зародышевых» ооцитов в месяц проходили негормональный этап развития в течение не менее 200 дней, подвергаясь апоптозу и атрезии. А с возрастом количество запускающихся ооцитов резко падает – в 40 лет и старше их число составляет не более 90. Вот почему у этой группы пациентов низкий процент наступления беременности. Для определения показаний к применению ВРТ и установления причин бесплодия необходимо оценить эндокринный и овуляторный статус (определив уровень гормонов в крови – фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны, эстрадиол, пролактин, прогестерон, тиреотропный гормон, свободный тироксин, антимюллеров гормон), провести трансвагинальное экспертное ультразвуковое исследование (УЗИ) матки и придатков, оценить проходимость маточных труб и состояние органов малого таза (путем лапароскопии, а в случае отказа от манипуляции – альтернативными методами обследования, контрастной гистеросальпингографией, УЗ-гистероскопией), а также состояние эндометрия (с помощью УЗИ, гистероскопии, биопсии). Конечно, обязательны исследования на инфекции отделяемого из влагалища и уретры и анализ спермограммы мужа.

Таким образом, главными задачами специалистов амбулаторного звена при подготовке пары к ВРТ становятся грамотная диагностика, своевременное выявление причин бесплодия и их оперативное лечение в указанные приказом сроки.

– Владимир Валентинович, а когда и кому следует проводить презервативную подготовку?

– По моему мнению, первый этап презервативной подготовки заключается в обследовании и установлении причин бесплодия (если таковые имеются), а второй этап – лечение бесплодия по пути «от простого» (определение овуляции) «к сложному» (ВРТ), а также назначение витаминных комплексов, противовоспалительной терапии по показаниям.

– Что влияет на эффективность лечения бесплодия? Каковы основные причины неудач терапии?

– Существует немало факторов, влияющих на репродуктивную функцию женщины. Это, несомненно, и возраст, и масса тела, и вредные привычки, и прием определенных лекарственных препаратов. Кроме того, из-за хромосомных нарушений и приобретенной патологии у женщин старше 35 лет выше риск замер-

шей беременности, невынашивания, чем у женщин до 35 лет. Особое внимание заслуживают хирургические операции, проводимые врачами акушерами-гинекологами. Приведу европейскую статистику: при проведении лапароскопии по поводу эндометриоза во время операции при «вылущивании» нормальная ткань яичника удаляется в 58,2%, в то время как при удалении фолликулярной кисты – только в 5,8%! Из анамнеза женщин, направленных на ВРТ с донорскими ооцитами в 2010–2012 гг. из одного региона России, стало известно, что сальпингоовариолизис перенесли 40% пациенток, оперативное лечение внематочной беременности – 17,1%, коагуляцию эндометриодных гетеротопий в дугласовом пространстве – 11,5%, а операции только на яичниках – 31,4%. Но все они потеряли овариальный резерв после оперативного лечения, в результате чего им были показаны программы только с донорскими ооцитами. Поэтому умение бережно проводить хирургические операции, особенно эндоскопические, использовать минимальную энергию (лучше биполярную), а то и просто механическое отделение капсулы кисты, четкость движений рук имеют принципиальное значение для сохранения овариального резерва пациентки: «...визуально неизменные яичники не должны подвергаться какой-либо травматизации, включая воздействие моно- и биполярной коагуляции» (приказ МЗ РФ №107н). Последствием перенесенных оперативных вмешательств в малом тазу становится спаечная болезнь, приводящая к бесплодию и осложняющая проведение ВРТ. Спайки развиваются не только после хирургической операции – любое перенесенное воспаление органов малого таза способно запустить механизм спайкообразования соединительной ткани, приводящее к сращениям, которые нарушают анатомию и нормальное функционирование, в первую очередь маточных труб и рецептивности эндометрия. Очень часто у женщин с диагнозом «трубно-перитонеальное бесплодие» в анамнезе отмечены неоднократные эпизоды и рецидивы аднексита и сальпингита.

– Как повысить эффективность лечения бесплодия и вероятность наступления беременности?

– Прежде я хочу остановиться на лечебных мероприятиях, назначаемых супругам при подготовке к циклу ВРТ. Терапия мужа или партнера должна включать неспецифическую стимуляцию сперматогенеза, а при хронических воспалительных процессах – комплекс противовоспалительных мер (нельзя забывать, что дисгормональная дисфункция у мужчин не менее, а может быть, более сложная, чем у женщин, и требует включения в терапию гормональных препаратов). Лечение пациентки должно быть комплексным и

исходить из причин бесплодия. Актуальным становится назначение противоспаечного, противовоспалительного, противовоспалительного лечения после хирургического, а также проведения терапевтических мероприятий в отношении хронического эндометрита или сальпингоофорита и пр. В этом ключе стоит особое внимание обратить на отечественный препарат Лонгидаз®, обладающий гиалуронидазной (ферментативной) активностью пролонгированного действия, хелатирующими, антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. Лонгидаз® препятствует образованию новых спаек/рубцов и воздействует на уже сформированные спайки, увеличивает проницаемость тканей, в связи с чем повышает эффективность антибактериальной (при воспалительных заболеваниях) и гормональной терапии. Лонгидаз® за счет воздействия на сформировавшиеся спайки увеличивает их эластичность (они истончаются), впоследствии препятствует образованию синехий, уменьшает болевые ощущения, снижает риск развития тазовой боли. Для женщины, планирующей беременность, очень важным становится тот факт, что препарат не оказывает мутагенного, эмбриотоксического, тератогенного и канцерогенного действия, не обладает митогенной, поликлональной активностью. В последнее время появляются сообщения об эффективном применении Лонгидазы для лечения мужского фактора бесплодия (при аутоиммунном бесплодии и вискозитации), что повышает фертильность спермы. Схемы назначения Лонгидазы могут быть разнообразными: в андрологии и урологии назначают по 1 суппозиторию (ректально) через день (10 введений), далее через 2 дня (10 суппозитория), в гинекологии – по 1 суппозиторию (ректально) с интервалом в 2 дня (10–20 введений). После оперативных вмешательств рационально назначить внутримышечные инъекции 1 раз в 3 дня (5 инъекций), а затем перевести пациентку на суппозитории 1 раз в 3 дня (до 20 суппозиторий ректально). Помимо озвученной терапии нередко пациенткам необходимы коррекция системы гемостаза, снижение массы тела при высоком индексе массы тела (метаболический синдром), а также гормональная терапия.

Таким образом, еще раз повторю: необходимы своевременные обследование и лечение супружеских пар, которым установлен диагноз «бесплодие». От профессиональных и грамотных действий врача женской консультации и его коллег зависит судьба целой семьи, поэтому важно следовать диагностическому и лечебному алгоритму, обязательно учитывая возраст и репродуктивные возможности пациентки.

– Владимир Валентинович, большое спасибо за интересную беседу!