

Рецензия на реферат

По теме: Эндокринное бесплодие.

Ординатором 2 -го года обучения

Кафедра: перинатологии акушерства и гинекологии.

ФИО: Михайлова Надежда Сергеевна

Реферат выполнен на 13 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений, бесплодие – одна из самых актуальных медико-социальных проблем. Проблемы с естественным зачатием могут быть вызваны различными факторами. И примерно в 40% случаях отсутствие желанной беременности обусловлено имеющимся у женщины стойким гормональным дисбалансом. Наличие, доступ и качество мероприятий по борьбе с бесплодием остаются проблематичными в большинстве стран.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценен на 5 баллов

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов Вячеслав Николаевич



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.



Реферат

на тему: «Эндокринное бесплодие»

Выполнила: Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Михайлова Н.С.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск 2022г.

Оглавление

Введение.....	2
Эпидемиология.....	2
Причины эндокринного бесплодия.....	2
Классификация эндокринного бесплодия от вида нарушения овуляции:	3
Классификация ановуляции по ВОЗ:	3
Диагностические критерии:	4
Анамнез:	4
Физикальное обследование.....	5
Гинекологический осмотр :.....	6
Лабораторные исследования:.....	6
Оценка овариального резерва:	7
Определение гормонов в крови включает:	8
Инструментальная диагностика:	9
Профилактические мероприятия:	10
Лечение:.....	10
Показаниями для применения методов ВРТ:	10
Лечение для каждой группы:	10
Список литературы:	12

Введение

Бесплодие - заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции, либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером.

Эндокринное бесплодие – это отсутствие или нерегулярность овуляции, вызванные комплексом гормональных нарушений. Они могут быть вызваны дисфункцией в работе гипоталамуса, гипофиза и других органов эндокринной системы.

Эпидемиология

В структуре бесплодного брака частота встречаемости эндокринного бесплодия составляет 25%.

Причины эндокринного бесплодия

1. Заболевания гипофиза и гипоталамуса – чрезмерная выработка пролактина, гипоталамический синдром, снижение функции гипофиза из-за опухолей, травм и других причин;
2. Инфекционные, системные ревматологические и онкологические заболевания – туберкулёз, цирроз печени на фоне гепатита, гормон-секретирующие опухоли и т.д.;
3. Заболевания яичников – поликистоз, синдром истощённых и резистентных яичников, из-за чего в организме наблюдается дефицит нормальных яйцеклеток и фолликулов;
4. Наследственные болезни – гермафродитизм, синдром Шершевского.
5. Заболевания желёз внутренней секреции – сахарный диабет, гормональные нарушения щитовидной железы, адено-генитальный синдром, патологии надпочечников (болезни Аддисона и Кушинга);
6. Также проблемой может стать избыточный или недостаточный вес. Процент жира в организме оказывает на яичники непосредственное влияние. Их дисфункция приводит к нарушению менструального цикла. Из-за этого в организме не созревают качественные яйцеклетки и, следовательно, не наступает беременность.

Классификация эндокринного бесплодия от вида нарушения овуляции:

- ановуляция: аменорея, олигоменорея, нерегулярные менструации, регулярный цикл;
- недостаточность лютеиновой фазы.

Классификация ановуляции по ВОЗ:

Класс 1: гипогонадотропная гипогонадальная ановуляция (гипоталамическая аменорея);

Эти женщины имеют низкие или нормальные концентрации сывороточного фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и низкие концентрации эстрадиола в сыворотке из-за снижения секреции гипоталамусом гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) или гипофизарной невосприимчивости к ГнРГ.

Класс 2: нормогонадотропная нормоэстрогенная ановуляция.

Эти женщины могут выделять нормальное количество гонадотропинов и эстрогенов. Однако секреция ФСГ во время фолликулярной фазы цикла является субнормальной. В эту группу входят женщины с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Некоторые овулируют иногда, особенно с олигоменореей.

Класс 3: гипергонадотропная гипоэстрогенная ановуляция.

Основными причинами являются преждевременная недостаточность яичников (отсутствие яичниковых фолликулов из-за ранней менопаузы) и резистентность яичников (фолликулярная форма).

Класс 4: гиперпролактинемия.

Гиперпролактинемическая ановуляция.

Эти женщины являются ановуляторными, потому, что гиперпролактинемия ингибирует гонадотропин и, следовательно, секрецию эстрогена; у них могут быть регулярные ановуляторные циклы, но у большинства есть олигоменорея или аменорея. Концентрация гонадотропина в сыворотке обычно нормальная.

Диагностические критерии:

- отсутствие беременности в браке в течение одного года, при условии регулярной половой жизни без контрацепции;
- рост волос по телу, акне вульгарис (признаки гиперандрогении);
- болевой синдром (дисменорея, диспареуния, постоянные боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации) (признак эндометриоза);
- редкие, скудные менструации (признак дисфункции яичников).

Анамнез:

- длительности бесплодия;
- общем самочувствии женщины (головные боли, слабость, раздражительность, нарушения сна);
- наличии болей (их локализации, характера, зависимости от фазы менструального цикла);
- семейном анамнезе;
- перенесенных соматических и гинекологических заболеваниях;
- перенесенных инфекциях, передаваемых половым путем (ИППП), и хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза (ВЗОМТ);
- наличии аллергических реакций;
- вредных привычках (курении, употреблении алкоголя, психотропных препаратов, наркотиков);
- нерегулярные менструации, отсутствие менструаций (признаки эндокринного бесплодия);
- болезненные менструации, болезненный половой акт (диспареуния), постоянные боли внизу живота, усиливающиеся во время менструации (признаки эндометриоза);
- обильные и длительные менструации (признак миомы матки, гиперплазии эндометрия).
- воздействии вредных экологических факторов, в том числе профессиональных вредностей;
- результатах предшествующего лечения, в том, числе хирургического, а также показаниях к их проведению;

- менструальном цикле: возрасте менархе, регулярности, продолжительности, болезненности менструаций;
- предыдущих методах контрацепции;
- половой жизни: в каком возрасте началась, какой брак по счету, его продолжительность,
- особенности сексуальной жизни (либидо, оргазм, частота половых контактов, болезненность
- полового акта - диспареуния), количестве половых партнеров;
- детородной функции: количестве предыдущих беременностей, их течения, исхода, осложнениях в родах и в послеродовом периоде;
- характере питания;
- приеме лекарственных средств

Физикальное обследование

- типа телосложения (нормостенический, астенический, гиперстенический);
- типа распределения подкожной жировой клетчатки: верхний тип - отложение жира на плечах, грудной клетке, животе (мужской или андронидный); нижний тип - отложение жира на бёдрах, ягодицах (женский или гинеонидный);
- состояния кожных покровов и видимых слизистых (акне, себорея, полосы растяжения (стрии), наличие гиперпигментаций трущихся поверхностей (негроидный акантоз);
- индекса массы тела (ИМТ), который рассчитывается по формуле: $[\text{масса тела (кг)}/\text{рост (м)}^2]$;
- степени и типа оволосения;
- степени развития и состояния молочных желез путем осмотра и пальпации для определения узловых образований и наличия галактореи
- оценка степени выраженности гирсутизма (оценка по шкале D. Ferriman, J. Galwey): гирсутное число выше 12 баллов признак гиперандрогении (дисфункция яичников);

Гинекологический осмотр :

- особенностей развития наружных половых органов;
- состояния влагалища (болезненности сводов, характера и количества влагалищных выделений);
- состояния шейки матки (цвета, характера слизистой, наличия рубцовых изменений, определение цервикального числа);
- размера и формы матки, её подвижности, плотности, гладкости, болезненности;
- состояния придатков матки (размеров яичников, наличия tuboовариальных образований, подвижности, болезненности придатков матки, наличия спаек); состояния крестцовоматочных связок, их уплотнения и болезненности

Лабораторные исследования:

Оценка овуляции:

Оценка овуляторной функции может быть определена одним из ниже указанных методов.

1. Определение уровня прогестерона в крови (за 7 дней до менструации) (срок годности исследования - 1 год).

Уровень прогестерона >10 нг/мл может подтверждать факт произошедшей овуляции, хотя и не является достоверным признаком, поскольку секреция прогестерона имеет циклический характер и может изменяться до 7 раз с интервалом в 7 часов.

2. Проведение мочевого теста на овуляцию.

Коммерческие мочевые наборы идентифицируют пик ЛГ за 1- 2 дня до овуляции и помогают определить период времени с максимальной вероятностью зачатия, соответствующий дню положительного теста и последующим двум дням; результаты теста коррелируют с пиком ЛГ в сыворотке крови; точность результатов может различаться между различными коммерческими тестами с получением ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

3. Ультразвуковой мониторинг овуляции, который позволяет оценить рост и созревание фолликулов, произошедшую овуляцию, формирование желтого тела.

Этот подход может быть рекомендован в тех случаях, когда более простые методы не дают необходимую информацию, а также в циклах овариальной стимуляции

4. Биопсия эндометрия с гистологическим исследованием биоптата не должна использоваться в качестве рутинной оценки овуляции и секреторной трансформации эндометрия.

Гистологическая оценка состояния эндометрия показана при подозрении на патологические процессы эндометрия (хронический эндометрит, полип, гиперплазия).

Оценка овариального резерва:

Овариальный резерв - это число фолликулов в яичниках, определяющее количество и качество ооцитов. Оценка овариального резерва является обязательной у всех женщин, обращающихся по поводу бесплодия, и определяется с помощью ниже указанных методов.

1. Определение уровня антимюллера гормона (АМГ) в крови (срок годности исследования - 1 год).

Концентрация АМГ в крови не зависит от уровня гонадотропинов и является относительно постоянной величиной как у фертильных женщин, так и у женщин с бесплодием, поэтому его можно определять в любой день цикла;

Уровень АМГ $<1,2$ нг/мл ассоциирован с высокой вероятностью «бедного» ответа яичников на стимуляцию, низким качеством эмбрионов и низкими шансами наступления беременности в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ);

Уровень АМГ $3,6$ нг/мл связан с чрезмерным ответом яичников и риском развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ) в программах ВРТ.

2. Определение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в крови на 2-5 дни менструального цикла (срок годности исследования - 1 год).

Уровень ФСГ ≥ 12 МЕ/л ассоциирован с плохим ответом на стимуляцию яичников и низкими шансами наступления беременности ;

Целесообразно одновременно исследовать уровень ФСГ и АМГ;

У женщин до 38 лет при оценке гормональных параметров овариального резерва внимание следует обращать как на уровень АМГ, так и на уровень ФСГ, у пациенток старше 38 лет более значимым показателем является базальная концентрация ФСГ 30.

3. Определение количества антральных фолликулов (КАФ) при трансвагинальном ультразвуковом исследовании (УЗИ) в раннюю фолликулярную фазу цикла (срок годности исследования - 6 месяцев).

КАФ представляет собой сумму антральных фолликулов в яичниках в ранней фолликулярной фазе цикла;

Антральные фолликулы определяют, как фолликулы со средним диаметром 3-10 мм в наибольшей двумерной плоскости;

Низкий овариальный резерв соответствует диапазону от 3 до 5 антральных фолликулов и связан с плохим ответом на овариальную стимуляцию, и низкими шансами наступления беременности.

Определение гормонов в крови включает:

1. Определение базальной концентрации ФСГ, АМГ, пролактина (ПРЛ), ЛГ, эстрадиола (E_2), общего тестостерона (Т), тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреопероксидазе, которое проводится на 2-5-й день менструального цикла (срок годности исследования - 1 год).

При олигоменорее гормональное обследование проводится на 2-5-й день собственного или индуцированного цикла, при аменорее - в любой день.

Инструментальная диагностика:

1. УЗИ малого таза рекомендовано всем женщинам с бесплодием для определения размеров матки и яичников, диагностики новообразований матки и ее придатков, аномалий развития внутренних половых органов, патологических процессов в эндометрии (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), толщины эндометрия, а также определения КАФ (срок годности исследования - 6 месяцев).
2. Оценка проходимости маточных труб проводится с помощью гистеросальпингографии (ГСГ) и/или соногистеросальпингографии, по показаниям - лапароскопии (срок годности исследования - 1 год). С помощью ГСГ и соногистеросальпингографии также определяют размер и форму полости матки, аномалии развития матки, приобретенные аномалии полости матки (субмукозная миома, полипы, внутриматочные синехии).
3. Магнитнорезонансная томография (МРТ) используется по показаниям для диагностики пороков развития внутренних половых органов, новообразований, распространенных форм эндометриоза, опухолей гипофиза, оценки состоятельности рубца на матке.

Профилактические мероприятия:

Специфической профилактики бесплодия нет, однако рекомендуется следовать следующим положениям:

- своевременное и эффективное лечение ВЗОМТ и ИППП;
- защищенные половые контакты (использование презервативов) во избежание заражения ИППП;
- профилактика абортов;
- соблюдение правил личной гигиены;
- отсутствие вредных привычек;
- нормализация менструальной функции;
- нормализация ИМТ;
- регулярное посещение гинеколога (1 раз в год);
- исключение чрезмерных физических и психоэмоциональных нагрузок;
- нормализация половой функции (регулярная половая жизнь).

Лечение:

1. основной метод достижения беременности при эндокринных формах бесплодия - овариальная стимуляция для естественного зачатия;
2. лечение бесплодия в программах ВРТ рекомендовано при неэффективности циклов овариальной стимуляции.

Показаниями для применения методов ВРТ:

- созревание в цикле овариальной стимуляции более 3-х фолликулов;
- неэффективность циклов овариальной стимуляции;
- сочетание с другими факторами бесплодия (мужское, трубно-перитонеальное).

Лечение для каждой группы:

1. Группа I. Гипогонадотропная гипоэстрогенная ановуляция:

- Индукцию овуляции у женщин с ФГА рекомендовано проводить только после достижения ИМТ > 18,5 кг/м² ввиду повышенного риска акушерских осложнений (потеря плода, рождение детей с малым весом для гестационного возраста, преждевременные роды и кесарево сечение).

- Для овариальной стимуляции следует использовать препараты группы менотропинов, содержащих комбинацию ФСГ и ЛГ.
- 2. Группа II. Нормогонадотропная нормоэстрогенная ановуляция (синдром поликистозных яичников):**
- изменение образа жизни с целью нормализации массы тела;
 - использование кломифена в качестве первой линии терапии;
 - при неэффективности кломифена в качестве второй линии терапии проводится овариальная стимуляция гонадотропинами или лапароскопия;
- 3. Группа III. Гипергонадотропная гипоэстрогенная ановуляция:**
- рекомендуется проведение программ ВРТ;
 - при ПНЯ рекомендована донация ооцитов.
- 4. Группа IV. Гиперпролактинемия:**
- В качестве первого этапа помощи при лекарственно-индуцированной гиперпролактинемии рекомендовано отменить лекарственное средство, если это клинически возможно. В противном случае следует заменить препарат на аналогичный, но не вызывающий гиперпролактинемии. При невозможности перевода на другое лекарственное средство необходимо рассмотреть целесообразность назначения агонистов дофамина.
 - Рекомендовано проводить терапию агонистами дофамина для снижения уровня пролактина, уменьшения размеров опухоли, восстановления функции гонад у пациенток с симптоматическими пролактин-секретирующими аденомами.
 - При выборе препарата агонистов дофамина необходимо отдавать предпочтение каберголину, потому что он более эффективен в отношении нормализации уровня пролактина и уменьшения размеров опухоли гипофиза.
 - Пациенткам с микро- или макроаденомами, резистентными к лечению агонистами дофамина, или в случаях непереносимости медикаментозной терапии, целесообразно рассмотреть вопрос о проведении хирургического лечения.
 - При подтверждении факта наступления беременности терапию агонистами дофамина следует отменить.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации – Женское бесплодие – 2021-2022
2. Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению) письмо Минздрава РФ от 5 марта 2019.
3. Филиппов О.С. Причины и факторы развития бесплодия среди населения Сибири. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2018
4. Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Анохова Л.И. Распространенность и характеристика бесплодия у женщин молодого фертильного возраста 2016г.
5. Рослый И.М., Абрамов С.В. Биохимические показатели крови при физиологической беременности. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016;
6. Краснопольская К.В., Назаренко Т.А. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017.
7. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология//М: ГЭОТАР-Медиа. – 4-е изд. – 2018.