ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Женское бесплодие информация для пациента

Вероятность зачатия самая высокая в первые месяцы незащищенного полового акта и постепенно снижается. Примерно у 80% супружеских пар беременность наступает в течение первых 6 месяцев. Время зачатия увеличивается с возрастом. Способность к зачатию у женщин значительно снижается после 35 лет.

Вероятный интервал зачатия определяют, как 6-дневный интервал, заканчивающийся в день овуляции. Но, наиболее оптимальное время для зачатия, это последние 2-3 дня перед овуляцией, определяемой по мочевому тесту. Определение оптимального интервала зачатия наиболее актуально у супружеских пар с редкими половыми актами.

Здоровый образ жизни, правильное питание, нормальная масса тела могут увеличить вероятность зачатия у женщин с овуляторной дисфункцией. При ожирении время зачатия увеличивается в 2 раза. Потребление алкоголя и кофеина (более 5 чашек в день) может отрицательно влиять на возможность наступления беременности. Во время беременности потребление кофеина более 200-300 мг (2-3 чашки) увеличивает риск самопроизвольных выкидышей, но не влияет на риск врожденных аномалий плода. Курение ускоряет возрастное снижение запаса фолликулов в яичниках. У курящих женщин менопауза наступает на 1-4 года раньше, чем у некурящих. Посещение сауны не снижает шансы на зачатие у женщины и безопасно при неосложненной беременности. Женщинам с ожирением (ИМТ >= 30 кг/м^2) рекомендовано снижение массы тела и коррекция метаболических нарушений. Нормальный вес – залог большего успеха ЭКО.

Женщина, планирующая беременность, должна до зачатия и до 12 недель беременности принимать фолиевую кислоту в дозе 400 мкг/сутки для снижения риска аномалий нервной трубки у плода.

Мужчина или женщина, планирующие беременность и имеющие хронические вирусные инфекции, такие как гепатит В, гепатит С или ВИЧ, должны быть направлены в специализированные центры,

имеющие соответствующий опыт и возможности для обеспечения адекватного наблюдения с оценкой всех рисков в отношении рождения здорового потомства.

Для женщин моложе 35 лет консультации акушера-гинеколога для обследования и лечения следует начинать после 12 месяцев безуспешных попыток естественного зачатия, для женщин старше 35 лет – через 6 месяцев.

Для обследования в связи с отсутствием беременности супружеской паре необходимо обратиться

к врачу – акушеру-гинекологу и врачу-урологу для первичной консультации.

Обследование проводят в поликлинике в объеме:

- инфекциии передаваемые половым путем;
- оценка овуляции;
- оценка проходимости маточных труб (гистеросальпингография или эхогистеросальпингоскопия);
- оценка матки и ее придатков по данным ультразвукового обследования;
- оценка уровня половых гормонов, гормонов щитовидной железы.

По уровню антимюллерова гормона (АМГ) врач оценивает запас фолликулов в яичниках. Это важно для определения дальнейшего лечения.

При выявлении патологии в полости матки (полипы, подслизистые миомы, синехии) необходимо проведение хирургической гистероскопии, при подозрении на эндометриоз, опухоли яичников – хирургической лапароскопии.

Обследование мужчины начинают с анализа спермы. Это самый важный показатель. Дальнейший перечень обследования определяет врач-уролог.

Обследование занимает 1-2 месяца. По результатам обследования врач назначает лечение. В 10-15% случаев у супружеской пары не удается установить причину бесплодия.

Ранние потери беременности

Выкдыш – наиболее частое осложнение беременности, оно встречается в 15- 20% случаев от числа всех наступивших беременностей. В настоящее время методы обследования настолько чувствительны и точны, что позволяют установить факт беременности на очень раннем сроке, до появления плодного яйца в полости матки или за ее пределами.

При появлении во время ***беременности*** таких симптомов, как интенсивная боль внизу живота, в пояснице, в плече или кровотечения из половых путей необходимо срочно обратиться к врачу. Врач проведет обследование. Иногда для того, чтобы поставить правильный диагноз требуется наблюдение, так как четко установить локализацию или жизнеспособность эмбриона при первом осмотре не представляется возможным. Вам может быть предложена госпитализация (при подозрении на внематочную беременность или при сильном кровотечении) или наблюдение в домашних условиях. После того, как плодное яйцо будет обнаружено в полости матки, Вам могут предложить повторное УЗИ для оценки жизнеспособности эмбриона.

Врач может рекомендовать Вам прием препаратов, способствующих вынашиванию беременности, но если беременность сохранить все же не удалось, то в большинстве случаев причиной являются нарушения в развитии плода (изменения числа хромосом или аномалии в развитии плода). Обычно такая ситуация не повторяется в будущем, однако, если это у Вас уже не первая потеря беременности, Вам предложат пройти специальное обследование для выявления факторов риска и причин потерь беременности.

При неразвивающейся беременности или неполном выкидыше существует несколько вариантов эвакуировать погибшее плодное яйцо из полости матки. Одна тактика называется выжидательной, когда Вы ждете полного выкидыша 7-14 дней, после чего выполняется УЗИ. Если в процессе ожидания начинается сильное кровотечение, Вы должны немедленно обратиться в медицинскую организацию, причем предусмотреть возможность сделать это круглосуточно.

Другая тактика состоит в медикаментозном прерывании погибшей беременности. В этом случае после проведения обследования врач выдаст Вам таблетки, под действием которых ускоряется процесс выкидыша и минимизируется кровопотеря. При этом Вас могут беспокоить боли (можно выпить обезболивающий препарат) и возможно повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

И, наконец, третий метод – хирургический. Он является предпочтительным, если у Вас низкий гемоглобин, большая потеря крови, воспалительный процесс или нет возможности быстро и круглосуточно обратиться в медицинскую организацию, например, в виду его удаленности от места Вашего проживания. На период проведения процедуры Вас госпитализируют (в стационар или в стационар одного дня) и используя один из методов обезболивания хирург опорожнит полость матки одним из способов – вакуум прибором или специальными хирургическими инструментами. После хирургического лечения может понадобиться назначение антибактериального препарата и обезболивания.

После прерывания беременности не рекомендуется заниматься сексом в течение 2 недель, далее необходимо использовать методы контрацепции в течение нескольких месяцев. Вы можете задать все интересующие Вас вопросы о планировании следующей беременности врачу акушеру-гинекологу.

ЕСЛИ У ВАС ПОЯВИЛИСЬ ВОПРОСЫ ЗАДАЙТЕ ИХ СВОЕМУ ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ!

Вспомогательные репродуктивные технологии

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – это методы
и программы лечения бесплодия, в которых отдельные или все этапы зачатия
и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма, то есть экстракорпорально. В настоящее время методы ВРТ, могут быть использованы практически при всех формах бесплодия, не поддающихся лечению другими методами.

Любая программа ВРТ начинается с обследования (отбора) пациентов. Целью данного этапа является выявление противопоказаний к проведению программ ВРТ или вынашиванию беременности, подготовка пары к лечению
с целью достижения оптимальных условий для начала программы. На данном этапе чрезвычайно важна информация, которую сообщают пациенты. Вы должны представить врачу все известные данные о состоянии своего здоровья, т.к. некоторые заболевания и операции (в т.ч. перенесенные ранее) могут негативно влиять как на течение программы, так и на развитие возникшей в результате лечения беременности, иногда могут создавать угрозу здоровью и жизни в ходе лечения.

Этапы программ ЭКО и ИКСИ

1. **Овариальная стимуляция - гормональная стимуляция роста фолликулов в яичниках.** (Средняя продолжительность овариальной стимуляции 10-14 дней).
2. **Пункция фолликулов яичников - медицинская манипуляция**
с целью получения яйцеклеток для программ ВРТ. (Обычно выполняется на 11-16 день менструального цикла).
3. **Оплодотворение яйцеклеток спермой в условиях лаборатории (П**роводится в день пункции фолликулов яичников). На следующий день выполняется проверка оплодотворения яйцеклеток и продолжается **культивирование эмбрионов**, которое продолжается

от 72 до 120 часов. Развитие эмбрионов оценивается в разные периоды времени.

4. **Перенос эмбрионов в полость матки. (**Перенос эмбрионов в полость матки может быть осуществлен через 72-120 часов после получения яйцеклеток).

5. **Поддержка лютеиновой фазы цикла.** Обычно проводиться препаратами прогестерона.

6. **Диагностика беременности ранних сроков.** Диагностика беременности по содержанию ХГ в крови или в моче осуществляется через 12-14 дней от момента переноса эмбрионов. Ультразвуковая диагностика беременности может проводиться с 21 дня после переноса эмбрионов. Диагноз «клиническая беременность» устанавливается при обнаружении плодного яйца во время УЗИ.

КРИОКОНСЕРВАЦИЯ ЭМБРИОНОВ – в связи с тем, что в программах ВРТ в матку переносится не более 2 эмбрионов, могут оставаться неиспользованные нормально развивающиеся эмбрионы. Они могут быть сохранены путем криоконсервации замораживания) и использоваться в дальнейшем. Криоконсервация эмбрионов возможна на любой стадии развития, но как правило это происходит на стадии бластоцисты, т.е. на 5-6 сутки развития. Замораживание/размораживание переносят далеко не все эмбрионы. Никогда нельзя сказать заранее, какие эмбрионы разморозятся, а какие нет. Преимущества, которые дает программа криоконсервации эмбрионов: повышение индивидуальной вероятности успешного преодоления бесплодия за счет переносов размороженных эмбрионов, снижение рисков для здоровья за счет уменьшения числа овариальных стимуляций и снижение материальных затрат пациентов, связанных с приобретением лекарств, а также предупреждение тяжелых форм синдрома гиперстимуляции яичников.

ОБРАТИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ НА СЛЕДУЮЩУЮ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ:

1. Общая продолжительность программ ВРТ в классическом варианте может составлять 3 - 5 недель (зависит от протокола стимуляции яичников).

2. Присутствие мужа (партнера) необходимо в день пункции (воздержание от половой жизни перед пункцией должно быть 3-4 дня).

3. Нередко из-за плохого развития эндометрия врачу приходится назначать эстрогенные препараты, которые улучшают качество эндометрия.

В аннотации к этим препаратам беременность может быть указана, как противопоказание к их применению. Следует иметь ввиду, что такая рекомендация относится к естественно наступившей беременности. Недостаток эстрогенов в стимулированных циклах у пациентов с плохим ответом эндометрия может стать причиной не наступления беременности.

4. В ряде случаях при проведении овариальной стимуляции яичники
не отвечают на стимуляцию, т.е. фолликулы не растут и яйцеклетки в них
не созревают. Чаще всего такая ситуация является следствием истощения овариального резерва (резкого уменьшения запасов яйцеклеток в яичниках).
Но может быть связана и с невыполнением назначений врача.

5. Кровянистые выделения далеко не всегда означают несостоявшуюся беременность или ее прерывание. Своевременное обращение к лечащему врачу и строгое выполнение его рекомендаций может сохранить беременность.

6. Исследования, которые применяются для диагностики беременности: определение уровня ХГЧ в крови или в моче, УЗ-исследование органов малого таза. После получения результатов анализов необходимо связаться с лечащим врачом для обсуждения дальнейшей тактики и возможных изменений в назначениях.

7. Ряд препаратов, назначенных лечащим врачом для стимуляции яичников, должен храниться в холодильнике, их необходимо вводить в одно и то же время в дозах и способом, указанным в листе назначений. Как правило, все препараты в программе ВРТ вводятся пациентками самостоятельно. С целью исключения ошибок при введении препаратов персонал центра ВРТ проводит обучающий тренинг.

8. Обращаем внимание, что в настоящее время отсутствуют данные, доказывающие серьезное негативное влияние ЭКО на здоровье детей. Из этого не следует, что в результате программ ВРТ не могут родиться дети с пороками развития, проблемами со здоровьем – естественно могут, но вероятность рождения таких детей не превышает таковую в популяции и определяется не технологией оплодотворения, а наследственностью, состоянием здоровья родителей ребенка, условиями их жизни и профессиональной деятельности, а также особенностями течения беременности и родов.

9. Обращаем внимание, что никто из специалистов не может гарантировать ни наступление беременности, ни ее исход. Успех лечения с применением ВРТ зависит от очень многих факторов: возраста супругов, причин и длительности бесплодия, реакции яичников на стимуляцию, количества и качества созревших в фолликулах яйцеклеток, качества спермы. Нередко исход процедуры невозможно объяснить с позиций современной науки.

10. Важно знать, что никакие внешние данные эмбриона, которые может оценить эмбриолог не отражают качество генома. Нередко эмбрионы с серьезными хромосомными или генетическими «поломками» на ранних стадиях выглядят и развиваются совершенно нормально, однако после переноса естественный отбор останавливает их развитие.

ЕСЛИ У ВАС ПОЯВИЛИСЬ ВОПРОСЫ ЗАДАЙТЕ ИХ СВОЕМУ ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ!