

Ольга Панкова

акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук

# БЕСПЛОДИЕ

## НЕ ПРИГОВОР

КАК РАССЧИТАТЬ  
БЛАГОПРИЯТНЫЕ  
ДЛЯ ЗАЧАТИЯ ДНИ

ВСЕ СОВРЕМЕННЫЕ  
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ  
МЕТОДЫ ЗАЧАТИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПОДГОТОВКА  
К БЕРЕМЕННОСТИ



# Ольга Юрьевна Панкова

## Бесплодие – не приговор!

### Серия «Школа женского здоровья»

*Текст предоставлен правообладателем.*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=5816890](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=5816890)*

*Панкова О. Ю. Бесплодие – не приговор! : Эксмо; Москва; 2013*

*ISBN 978-5-699-64370-7*

#### **Аннотация**

Для женщины невозможность родить малыша часто становится огромной психологической травмой. Чего только женщины не предпринимают для того, чтобы забеременеть. Эта книга поможет каждой женщине, планирующей стать мамой, исполнить свое заветное желание.

Ольга Панкова, акушер-гинеколог, расскажет, как подготовиться к беременности, как рассчитать наиболее благоприятный день для зачатия и «поймать» овуляцию, чтобы выносить и родить здорового малыша. В книге представлена подробная информация о том, как устранить причины, препятствующие наступлению зачатия: поликистоз яичников, эндометриоз, миома матки, гипотиреоз, непроходимость маточных труб.

Автор расскажет о современных вспомогательных репродуктивных технологиях и восточных рецептах

естественного зачатия, которые, взаимно дополняя друг друга, помогут многим читательницам обрести радость материнства.

# Содержание

От автора	6
Зачатие: как происходит?	8
Все начинается с овуляции	9
Путешествие яйцеклетки по маточной трубе	13
Мужские половые клетки	18
Встреча со сперматозоидом	21
Что попить, чтобы зачать?	22
Как подготовиться к зачатию?	24
Позы для зачатия	27
Ловим овуляцию	28
Можно ли почувствовать овуляцию?	29
Апоплексия яичника	30
Делаем тест	31
Измеряем базальную температуру	33
Фолликулометрия	36
Овуляция исчезла навсегда?	38
Когда бить тревогу?	40
Синдром поликистозных яичников	43
Почему возникает?	44
Как проявляется?	47
Что покажет УЗИ?	50
Нарушения гормонального профиля	52
Повышение мужских половых гормонов	53

Определяем резерв фолликулов в яичнике	57
Овуляция при поликистозе возможна?	58
Оцениваем толерантность к глюкозе	59
Современный подход в лечении	65
Осведомлен – значит вооружен!	67
Нормализуем углеводный обмен	70
Стимулируем овуляцию	72
Хирургическое лечение	74
Причина бесплодия – в матке?	76
Как зачать ребенка при опухоли матки?	77
Течение беременности при миоме матки	79
Роды при миоме матки	82
Эндометриоз и беременность	83
Выявляем аденомиоз	84
Лечение бесплодия, обусловленного эндометриозом	86
Патология эндометрия	89
Чтобы не было рецидива	91
Конец ознакомительного фрагмента.	93

# Ольга Панкова

## Бесплодие – не приговор!

### От автора

Эта книга посвящена самой актуальной проблеме современных женщин – бесплодию. Она сможет стать вашим руководством по преодолению препятствий на пути к одной из самых главных целей в жизни каждой женщины – стать мамой.

Вы узнаете о том, как рассчитать наиболее благоприятный день для зачатия и «поймать» овуляцию, а также как подготовиться к беременности, чтобы зачать и выносить здорового малыша.

В книге представлена информация о самых популярных женских болезнях, вызывающих бесплодие: поликистозе яичников, эндометриозе, миоме матки, гипотиреозе, непроходимости маточных труб. Даны самые современные схемы обследования и лечения этих патологий, вооружившись которыми вы сможете преодолеть все преграды на пути к материнству. Также вы ознакомитесь с причинами мужского бесплодия, узнаете, какое обследование необходимо пройти мужчине, если у пары имеются трудности с зачатием.

Книга поможет женщинам, перенесшим операцию по по-

воду внематочной беременности, поверить в себя и в возможность повторного зачатия. В ней вы найдете практические советы, как вести себя после операции и какие рекомендации выполнять, чтобы последующая беременность была удачной.

Особенно полезными будут данные о современных вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ) – стимуляции, инсеминации, экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО), интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов (ИКСИ), криоконсервации яйцеклеток и сперматозоидов, которые помогут практически любой паре познать счастье родительства.

В конце книги рассмотрены психологические аспекты бесплодия и те внутренние конфликты, которые нередко препятствуют зачатию. Вы узнаете, как психологически подготовиться к зачатию, чтобы избежать формирования установок, его блокирующих.

Сегодня путь материнства лежит через традиционные методы лечения и применение психологических техник, устраняющих внутренние препоны в подсознании.

Для того чтобы стать мамой, нужно верить в себя, современную медицину и не замечать препятствий! А я буду всегда с вами,

*Панкова Ольга*

# **Зачатие: как происходит?**

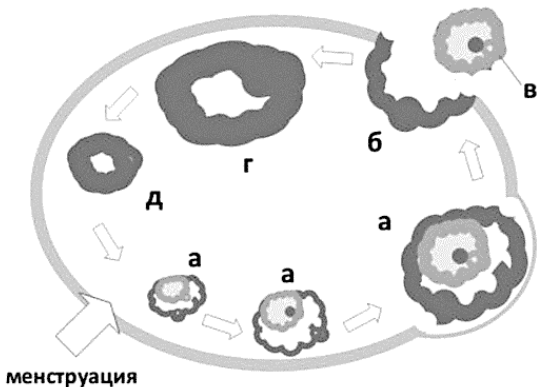
Рождение ребенка – это божественный акт природы. Чтобы он состоялся, должно максимально точно сработать множество механизмов в организме будущих родителей. Как же происходит это великое таинство – зачатие?

# **Все начинается с овуляции**

Как известно, зачатие является результатом объединения двух половых клеток – женской (яйцеклетки) и мужской (сперматозоида). Чтобы оно стало возможным, женская половая клетка должна созреть в яичнике.

Яичник – это женская половая железа. Он имеет овальную форму. Размеры нормального яичника в среднем составляют: длина – 2,5, ширина – 1,5, толщина – 1 см. Яичник – парный орган. Оба яичника связаны с маткой посредством собственной связки.

Каждый яичник (рис. 1) содержит яичниковые фолликулы, в которых зреют женские половые клетки – ооциты, содержащие генетический материал женщины.



**Рисунок 1.** *Строение яичника: а – созревание фолликула (ооцита); б – овуляция; в – яйцеклетка; г – расцвет желтого тела; д – регресс желтого тела.*

Незрелая половая клетка называется фолликулом. Она невелика, всего 2–3 мм. После менструации под действием фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), который вырабатывается в самом главном регулирующем центре (гипофизе), фолликул начинает расти и к середине цикла (12–14-й день) достигает 18–20 мм в диаметре. В нем синтезируются женские половые гормоны – эстрогены (рис. 1, а).

Далее под воздействием пиковых концентраций гормонов гипофиза происходит разрыв ткани яичника, и зрелая яйцеклетка (рис. 1, в) выходит в брюшную полость. Этот процесс

называется овуляцией (рис. 1, б).

После овуляции из фолликула образуется желтое тело (рис. 1, г), вырабатывающее прогестерон. Если яйцеклетка не была оплодотворена, желтое тело постепенно регрессирует (рис. 1, д), начинается менструация. Если же произошло оплодотворение, формируется желтое тело беременности, поддерживающее рост и развитие плода.

У женщины в течение менструального цикла созревает и овулирует одна яйцеклетка. При этом яичники функционируют по очереди. Если имеется один яичник (второй, например, удален), то ему приходится работать «за двоих».

Женщины рождаются с определенным числом яйцеклеток (около одного миллиона), которые либо каждый месяц выходят из яичника вплоть до менопаузы, либо разрушаются. За всю жизнь овулирует в среднем 300–400 яйцеклеток.

Согласно распространенной точке зрения после рождения новые яйцеклетки не образуются. Понятие «биологические часы» у дам ассоциируется с остатком яйцеклеток. Климакс наступает после того, как все они израсходованы или погибли.

Однако по последним данным американских ученых, в яичниках имеются так называемые клетки-предшественники (стволовые клетки), которые продолжают делиться в течение всего репродуктивного периода, производя новые яйцеклетки.

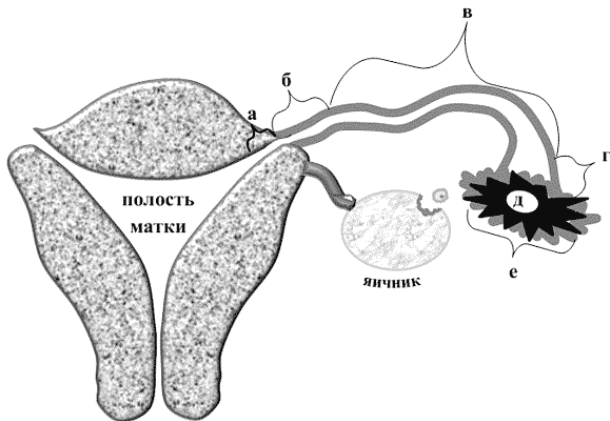
Это открытие вселяет надежду дамам, желающим про-

длить свой репродуктивный возраст.

# **Путешествие яйцеклетки по маточной трубе**

После овуляции яйцеклетка отправляется навстречу своему «принцу» – сперматозоиду. Это путешествие происходит по маточной трубе, строение которой нам нужно знать для понимания процесса подготовки к зачатию.

Маточная (фаллопиева) труба, или яйцевод, – это парный орган, расположенный по обеим сторонам от матки. Названа она так по имени итальянского анатома XVI века Габриэля Фаллопия, впервые ее описавшего. Длина каждой трубы 10–12 см, ширина 0,5 см. Один ее конец открывается в брюшную полость, другой – в полость матки.

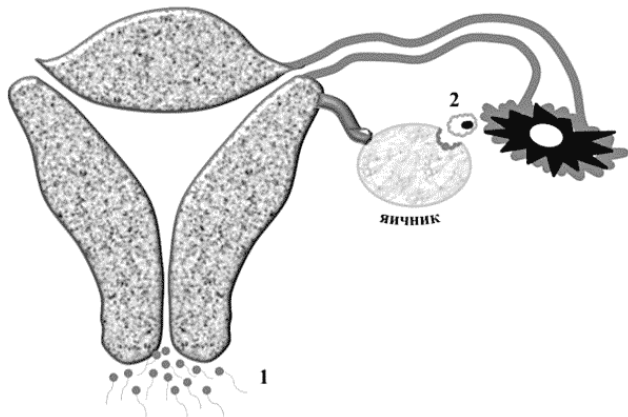


**Рисунок 2.** *Расположение и строение яйцевода: а – маточная часть трубы; б – перешеек; в – ампула; г – воронка; д – входное отверстие для прохождения яйцеклетки; е – бахромки.*

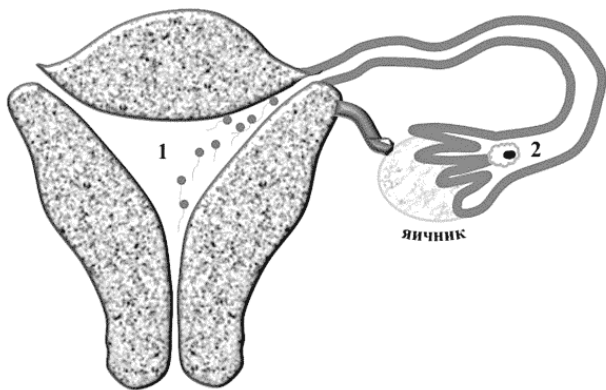
Различают несколько отделов маточной трубы (рис. 2, а – е): маточная часть (а), перешеек (б), ампулу (в) и воронку (г). Яйцеклетка проникает в маточную трубу через входное отверстие воронки (д), диаметр которого составляет около 2 мм. Оно окаймлено большим количеством остроконечных выростов – бахромок (е). Каждая бахромка по своему краю имеет мелкие вырезки.

Маточная труба на всем своем протяжении изнутри выстлана складчатым эпителием с ресничками, мерцающими

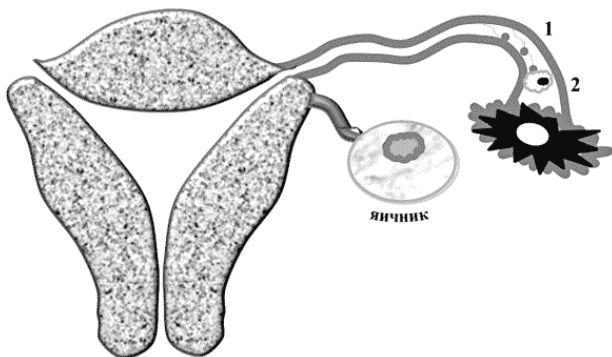
в сторону маточного конца трубы, что предотвращает опасность ее выпадения обратно в брюшную полость и способствует продвижению яйцеклетки к матке. Под эпителием за­ле­га­ет мышечный слой, сокращения которого обеспечивают перемещение яйцеклетки.



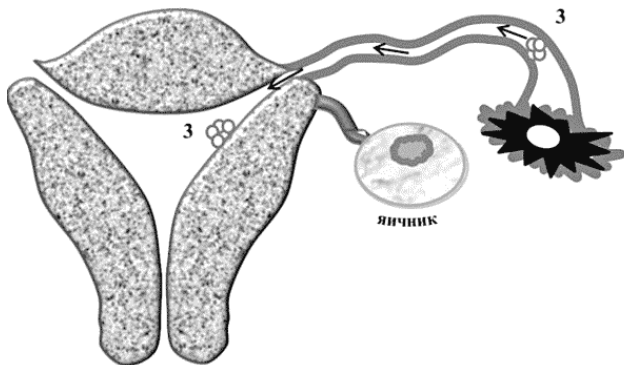
a)



б)



в)



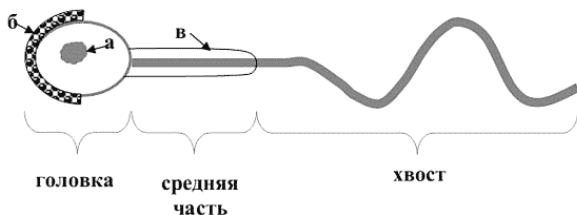
г)

**Рисунок 3.** *Оплодотворение сперматозоидом (1) яйцеклетки (2) и образование эмбриона (3): а – овуляция и эякуляция; б – перемещение яйцеклетки в ампулу, сперматозоидов – в матку; в – оплодотворение; г – перемещение эмбриона в матку.*

После овуляции бахромки фаллопиевой трубы приближаются к яичнику, совершая захватывающие движения, улавливают яйцеклетку и направляют ее в маточную трубу (рис. 3, а, б). Реснички внутренней выстилки маточной трубы смещают ее в сторону матки. После овуляции яйцеклетка живет около 3 суток. При этом она находится в трубе, где также может быть оплодотворена сперматозоидом (рис. 3, в).

# Мужские половые клетки

Сперматозоид – это мужская половая клетка, участвующая в оплодотворении. Это самая маленькая клетка человека. Общая длина сперматозоида равна 55 мкм. Малые размеры необходимы для быстрого перемещения. Сперматозоид имеет типичное строение и состоит из головки, средней части и хвоста (рис. 4).



**Рисунок 4.** Сперматозоид: а – ядро; б – акросома; в – митохондрия жгутика

В головке сперматозоида располагается ядро с одинарным набором хромосом (рис. 4, а). Покрывает сперматозоид «шапочка» – акросома (рис. 4, б). При контакте с яйцеклеткой она выбрасывает свои ферменты и растворяет небольшой участок оболочки яйцеклетки, благодаря чему сперматозоид может проникнуть в яйцеклетку.

Хвост – орган движения сперматозоида. В средней части вокруг жгутика располагается митохондрия (рис. 4, в) – «двигатель», приводящий механизм в движение.

В организме мужчины сперматозоиды находятся в неактивном состоянии. Перемещение сперматозоидов по половым путям мужчины (семенные каналы, проток эпидидимиса, семявыносящий проток) происходит пассивно за счет сокращений мышц семявыводящих протоков.

После эякуляции сперматозоиды становятся активными. Их движение по половым путям женщины происходит против тока жидкости. Для перемещения сперматозоид вращается вокруг своей оси. Его скорость может достигать 10–30 см в час. Для осуществления оплодотворения сперматозоидам необходимо преодолеть путь длиной около 20 см, проходящий от влагалища до ампулы маточной трубы. Через 1–2 ч. после эякуляции первые сперматозоиды достигают цели. Там и происходит оплодотворение.

Перемещение сперматозоидов из влагалища по направлению к шейке матки сопряжено с определенными трудностями. Они связаны с кислой средой влагалища, которая является губительной для сперматозоидов. На помощь приходит семенная жидкость спермы. Она нейтрализует влагалищные кислоты и частично подавляет действие иммунной системы женщины, направленное против сперматозоидов. Несмотря на природную защиту, большая часть сперматозоидов все же погибает во влагалище.

Следующим препятствием для сперматозоидов является канал шейки матки. Здесь находится цервикальная слизь, затрудняющая их дальнейшее продвижение.

После прохождения этого уровня сперматозоиды оказываются в матке, среда которой благоприятна для них (рис. 3, б). Подвижность сперматозоидов значительно возрастает. Для успешного оплодотворения в матку должно проникнуть не менее 10 млн сперматозоидов.

Далее сперматозоиды направляются в маточные трубы. При этом они вынуждены двигаться «против течения». Большая часть сперматозоидов не может достичь «воронки», или «ампулы», где происходит оплодотворение. Из нескольких миллионов сперматозоидов, вошедших в матку, лишь несколько тысяч достигают ампулярной части труб. В шейке матки, матке и маточных трубах сперматозоиды остаются живыми до 6 суток. Если овуляция происходит в этот период и яйцеклетка попадает в ампулу трубы, происходит долгожданная встреча.

# Встреча со сперматозоидом

Встреча яйцеклетки со сперматозоидом может состояться либо сразу после овуляции, если сперматозоиды «поджидали», пока яйцеклетка созреет, либо спустя 1–3 дня, если, наоборот, яйцеклетка дождалась сперматозоида. Таким образом, для зачатия наиболее благоприятными считаются 9 дней в середине цикла.

Оплодотворение происходит лишь с одним сперматозоидом. Победитель растворяет оболочку яйцеклетки специальными ферментами из акросомы («шапочки»). После проникновения одного сперматозоида доступ для других становится невозможным.

Слияние сперматозоида и яйцеклетки знаменуется образованием зиготы – нового организма, несущего материнские и отцовские хромосомы. Сразу после оплодотворения начинается процесс клеточного деления. Сначала образуются две клетки, затем через десять часов их уже четыре, и так каждые десять часов.

При этом эмбрион постепенно продвигается по трубе к матке (рис. 3, г). Реснички маточной трубы помогают ему передвигаться. Через 4 дня эмбрион достигает матки, через 7–9 дней он имплантируется в слизистую оболочку матки. Так возникает беременность.

## Что попить, чтобы зачать?

*ВОПРОС: Здравствуйте, Ольга! Скажите, пожалуйста, планируем с мужем беременность – что бы нам попить, чтобы зачать малыша, может, витамины какие?*

Зачатие ребенка – это естественный процесс. Все должно происходить самопроизвольно, если нет факторов бесплодия. Не существует каких-либо уникальных препаратов, которые бы способствовали зачатию. Но следует учитывать, что за 1–3 месяца до зачатия будущей мамочке можно начинать прием комплексных поливитаминов для беременных.

Для развития эмбриона уже с первых дней нужны такие элементы, как фолиевая кислота (витамин В<sub>9</sub>). При ее недостаточном количестве в организме мамы возможны пороки развития нервной системы будущего малыша.

*ВОПРОС: Недавно мы с мужем были у генетика, чтобы она нам расшифровала анализы и дала заключение (у меня полгода назад была вторая по счету неудачная беременность – плод замер). По кариотипу у нас все в норме. В заключении написано, что у меня нехватка витаминов группы В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub>. Неужели это может быть причиной неудач?*

Витамины группы В влияют на рост и развитие плода. Поэтому перед зачатием можно начинать пить комплексные по-

ЛИВИТАМИНЫ, В СОСТАВ КОТОРЫХ ОНИ ВХОДЯТ.

# Как подготовиться к зачатию?

*ВОПРОС: Мне 25 лет, мы решили с мужем заводить ребенка. Но я никак не могу заставить мужа бросить курить. Я слышала, что нужно бросать за 2 года до попыток забеременеть. Боюсь, что он вообще не бросит курить, да и 2 года – совсем уж долго... Можно ли от курящего беременеть или достаточно, что я не курю? Какие нужно сдавать анализы (мне, мужу)? И как еще нужно готовиться к данному мероприятию: не пить алкоголь, может, на диете какой посидеть, может еще каких врачей посетить? Если я забеременею, я буду пожилой первородящей?*

Перед зачатием никаких особых ограничений в плане еды не требуется. Питаться будущим родителям нужно полноценно. Обоим супругам необходимо вести здоровый образ жизни, исключить вредные привычки. Для здоровья плода особенно важно, чтобы курение, в том числе пассивное, исключила именно будущая мамочка.

В том цикле, в котором вы планируете зачатие, алкоголь лучше не употреблять. Возраст 26 лет великолепно подходит для зачатия! Представляйте себя самой молодой и красивой мамочкой на свете!!!

Хочу напомнить, что, планируя беременность, не стоит забывать о визите к гинекологу, терапевту и стоматологу,

а также обследовании на половые, опасные и ТОРЧ-инфекции.

*ВОПРОС: А что включает в себя инфекционный скрининг на половые инфекции? На что надо сдавать мазки и на что – кровь? Объясните, пожалуйста.*

Инфекционный скрининг включает в себя обследование на самые «популярные» виды инфекций: уреаплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, гонорею, вирус папилломы человека (ВПЧ), которые также могут угрожать беременности. Можно обследоваться методом полимеразной цепной реакции<sup>1</sup> (ПЦР), при этом берут мазки. Также вы можете сдать кровь на антитела к перечисленным возбудителям. Данный анализ поможет определить давность заболевания.

Не забудьте про ТОРЧ-инфекции:

- Т – **токсоплазмоз** (toxoplasmosis)
- О – другие **инфекции** (others)
- R – **краснуха** (rubella)
- С – **цитомегаловирусная** инфекция (cytomegalovirus)
- Н – **герпес** (herpes simplex virus)

Для их выявления необходимо сдать кровь.

*ВОПРОС: Мне 37 лет. Первые роды были 9 лет назад. Я хочу родить второго ребенка. Здоровье, конечно, уже не без отклонений. Если вдруг наступит беременность, а я не успею пройти обследование, это*

---

<sup>1</sup> Полимеразная цепная реакция (ПЦР) – это современный высокоточный метод диагностики различных инфекций.

*опасно? Плюс ко всему – неустойчивый эмоциональный фон. Скажите, не поздно ли я задумалась о вторых родах?*

Сегодня женщина может беременеть и рожать в любом возрасте! Но к этому событию необходимо готовиться. Желательно обследоваться до наступления беременности, чтобы в случае обнаружения какой-либо инфекции была возможность пролечиться. На фоне беременности наши возможности в плане лечения крайне ограничены.

Также следует подправить эмоциональный фон, избегать стрессов, как и положено будущей мамочке. С этой целью рекомендую использовать медитативные техники. Они способствуют релаксации и наступлению зачатия. Если вас интересует восточная философия, то советую прочесть последний раздел этой книги, который посвящен осознанному даосскому зачатию.

# Позы для зачатия

*ВОПРОС: Здравствуйте! Скажите, пожалуйста! У нас с мужем никак не получается забеременеть. В какой бы позе я ни лежала, из меня все равно вся сперма вытекает. Скажите, какие позы хороши для зачатия ребенка?*

Существует ошибочное мнение, что на способность к зачатию влияет поза совокупления. Какой бы она ни была, сперматозоиды все равно проникнут внутрь и достигнут своей цели, если вы и ваш партнер абсолютно здоровы.

В то же время можно сколь угодно долго лежать после секса на спине, согнув ноги в коленях или подтянув их к животу, можно даже встать на голову – все это не приведет к желаемому результату, если у пары есть патология, которая вызывает бесплодие.

Несмотря на то что процесс зачатия является естественным, все же большинство пар хотят знать, что может ему способствовать и, самое главное, какие дни являются благоприятными для зачатия здорового малыша. Поговорим об этом в следующем разделе.

# ЛОВИМ ОВУЛЯЦИЮ

Очень многие женщины, мечтающие стать мамами, хотят знать о наиболее благоприятных днях для зачатия. Когда их ждать? Как узнать, что они наступили? Как «поймать» овуляцию? На эти и многие другие вопросы ответим в данном разделе.

# Можно ли почувствовать овуляцию?

О приближающейся овуляции можно узнать по характеру вагинальных выделений. Если сразу после менструации они были скудными, то по мере приближения к середине цикла выделения становятся обильными, хорошо растягиваются, напоминая яичный белок.

Изменение выделений происходит благодаря увеличению концентрации женских половых гормонов эстрогенов: так организм готовится к зачатию. После овуляции выделения вновь скуднеют и теряют тягучесть.

Очень многие женщины чувствуют овуляцию. При этом в середине цикла они испытывают незначительные тянущие боли в нижних отделах живота, а также легкое давление на задний проход. Эти ощущения связаны с небольшим разрывом яичника во время овуляции и выходом незначительного количества крови в малый таз. Это состояние называют «овуляторным синдромом». Если боли невыраженные, то лечения не требуется. Также можно принимать спазмолитики. Они избавят от боли.

Однако в некоторых случаях овуляция может сопровождаться серьезным разрывом яичника и значительной кровопотерей. Такое состояние называется апоплексией яичника.

# Апоплексия яичника

Среди факторов, провоцирующих столь сильный разрыв, стоит отметить физическую нагрузку и половой акт, во время которых улучшается кровоснабжение яичников и создаются предпосылки для их повреждения.

Очень часто данное заболевание возникает после отмены оральных контрацептивов или у женщин, проходящих лечение поликистоза яичников стимулирующими овуляцию препаратами. В то же время нередко апоплексия яичника происходит в состоянии полного покоя.

Разрыв яичника в овуляцию может проявляться по-разному. Жалобы и состояние пациентки зависят от количества крови, которое вылилось из поврежденного яичника в малый таз.

Если разрыв был небольшой, то женщина может ощутить незначительные и непродолжительные боли в нижних отделах живота. Иногда из поврежденного яичника вытекает большое количество крови (до 1 л). В этом случае боли становятся интенсивными, сопровождаются тошнотой, рвотой, отдают в прямую кишку. Это крайне тяжелая форма апоплексии яичника – анемическая. Она требует экстренной госпитализации в стационар и проведения операции.

## Делаем тест

Не всегда, основываясь на своих собственных ощущениях, можно определить, произошла ли овуляция. Более точную информацию о благоприятных днях для зачатия позволяют получить специальные тесты. Принцип их действия основан на определении быстрого роста уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) за 24–36 часов до овуляции.

День начала тестирования зависит от длительности вашего менструального цикла – периода между первыми днями двух менструаций. Если у вас постоянный цикл, то начать тестирования следует за 17 дней до следующей менструации. Например, если длительность вашего цикла равна 28 дням, то тестирование проводим с 11-го дня, если 35 – то с 18-го.

Для проведения теста необходимо собрать мочу в чистую сухую посуду, поместить в нее тестовую полоску на 20 с., затем извлечь и через 3 мин. оценить результат. Если полоска вашего результата бледнее, чем контрольная, значит, выброс ЛГ еще не произошел, тест считается отрицательным. Тестирование нужно продолжать ежедневно. Желательно это делать в одно и то же время.

*ВОПРОС: Я делаю тесты на овуляцию. У меня сегодня проявилась вторая полоска. Скажите, что это обозначает? Не поздно ли мне приступить к зачатию?*

Если линия результата такая же или темнее, чем кон-

трольная, тест расценивается как положительный. Это означает, что выброс гормона уже произошел и в течение 24–36 часов у вас наступит овуляция. Наиболее благоприятными для зачатия являются ближайшие 4 дня. Если половой контакт состоится в этот период, ваш шанс забеременеть будет максимальным.

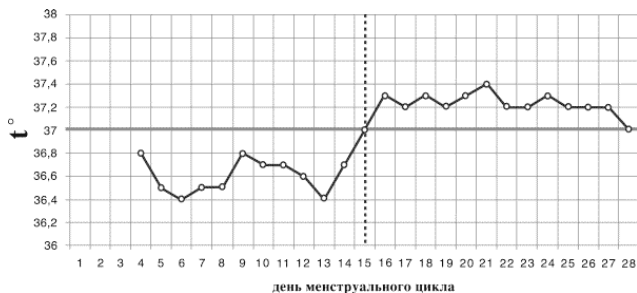
*ВОПРОС: У меня нерегулярный менструальный цикл – от 30 до 50 дней. Как мне определить наиболее благоприятные дни для зачатия, ведь тестов в коробке мне не хватает на один месяц?*

Если у вас нерегулярный менструальный цикл, то необходимо выбрать самый короткий цикл за последние полгода и использовать в расчетах его продолжительность. При редких менструациях (1 раз в 2–3 месяца) использование тестов нецелесообразно в связи с их высокой стоимостью и, соответственно, большими денежными затратами в случае длительного периода тестирования. Женщинам с редкими менструациями можно порекомендовать измерение базальной температуры.

# Измеряем базальную температуру

Базальная температура (БТ) отражает колебания в зависимости от выработки тех или иных гормонов. Она измеряется в заднем проходе и отличается от той температуры, которую определяют в подмышечной впадине или во рту.

БТ необходимо измерять каждый день приблизительно в одно и то же время. Заранее следует приготовить медицинский термометр, положить его в непосредственной близости от постели. Утром, не вставая с кровати, следует ввести его в задний проход. Проводят измерения в течение 5 минут, затем извлекают термометр и записывают результат в таблицу, по которой затем строят график (рис. 5).



**Рисунок 5.** График базальной температуры (норма)

График (рис. 5) лучше строить на листе обычной бумаги

в клеточку. По вертикали цена деления должна соответствовать  $0,1\text{ }^{\circ}\text{C}$ , по горизонтали – одному дню.

В норме БТ имеет две фазы (рис. 5). В первой половине цикла она ниже  $37,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ , а во второй половине – выше этого уровня:

- с первого дня цикла и до окончания менструации БТ последовательно снижается от  $37,0$  до  $36,3\text{--}36,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ ;

- перед овуляцией БТ может дополнительно снижаться на  $0,1\text{--}0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$  в течение 1–2 дней;

- во время овуляции БТ поднимается резко вверх и на протяжении II фазы держится в пределах  $37,0\text{--}37,4\text{ }^{\circ}\text{C}$ , длительность этого периода должна быть не менее 12–14 дней.

- за 2–3 дня до начала менструации БТ начинает вновь опускаться до  $37,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ .

*ВОПРОС: Я измеряю базальную температуру. Как определить, есть ли у меня овуляция? Есть небольшой подъем на 15-й день цикла на  $0,3\text{ }^{\circ}\text{C}$ .*

Разница между уровнем БТ первой и второй фаз должна быть не менее  $0,4\text{--}0,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Именно наличие такого подъема говорит о произошедшей овуляции. Если овуляция не произошла, график БТ будет монотонным.

*ВОПРОС: Я начала измерять базальную температуру вот уже неделю. Но ничего здесь не понимаю. Как узнать, все ли у меня в порядке?*

Для интерпретации графика базальной температуры

необходимо проводить измерения на протяжении 1–3 менструальных циклов. Лишь получив эти данные, можно судить о наличии или отсутствии патологии по графику базальной температуры.

# Фолликулометрия

Одним из наиболее точных методов определения овуляции и наиболее благоприятных для зачатия дней является ультразвуковое исследование. За зреющей яйцеклеткой наблюдают, проводя УЗИ в динамике. По достижении определенного размера (16–20 мм) судят о готовящейся овуляции.

К ультразвуковым признакам произошедшей овуляции относятся:

- исчезновение крупного фолликула;
- выявление желтого тела;
- наличие свободной жидкости в малом тазу.

Если по данным УЗИ выявлен хотя бы один из этих признаков, значит, овуляция произошла и у вас есть 3 наиболее благоприятных дня для зачатия – торопитесь!

*ВОПРОС: Я обследуюсь по бесплодию, вчера сделала УЗИ. Мне сказали, что у меня в яичнике какое-то «желтое тело». Скажите, это нормально? Смогу я забеременеть?*

Желтое тело – это структура в яичнике, которая формируется после овуляции и вырабатывает важный гормон – прогестерон. Наличие желтого тела говорит о том, что яичники функционируют нормально, овуляция есть, значит, забеременеть возможно при отсутствии других факторов бесплодия.

Следует заметить, что даже у абсолютно здоровой женщины не всегда происходит овуляция. Особое внимание необходимо обращать на обследование тем женщинам, у которых большинство циклов являются неовуляторными либо овуляции нет вообще (ановуляция).

# Овуляция исчезла навсегда?

Женская половая система – это достаточно сложный механизм, который находится под влиянием множества как внутренних, так и внешних факторов. Овуляция как результат этой работы может отсутствовать, если тонкие связи нарушаются по каким-либо причинам.

Овуляцию могут подавлять:

1. **Жесткие диеты и голодание** вызывают снижение уровня женских половых гормонов (эстрогенов), которые вырабатываются в том числе и в жировой ткани. Менструации становятся нерегулярными или прекращаются вовсе – наступает аменорея.

2. **Стрессы** губительно воздействует на резерв яичников, вызывая преждевременный климакс.

3. **Прием некоторых гормональных препаратов**, например оральных контрацептивов.

4. **Химио– или лучевая терапия, хронические интоксикации** (курение, алкоголизм, употребление наркотических средств) «убивают» яйцеклетки.

Если овуляция исчезла под воздействием какого-либо из перечисленных внешних факторов, то не исключено, что после его исчезновения функция яичников восстановится и овуляция вернется.

*ВОПРОС: У меня на фоне сильного стресса*

*исчезли менструации. Скажите, можно ли их вернуть?  
Может, чем-то вызвать менструации?*

Гинекологи очень часто вызывают менструации назначением чистых гестагенов – так называемый гормональный кюретаж. Лично я против таких жестких методов. Если у женщины нарушается менструальный цикл на фоне стресса, то назначение гормонов – не самое лучшее решение проблемы, стресс они не уберут.

Все мы живые люди и находимся под воздействием стрессов. Если вы еще не научились избегать их влияния, то надо научиться хотя бы грамотно преодолевать вызванные ими последствия.

Наиболее эффективными при стрессовом торможении яичников являются седативная терапия, физическая активность и медитативные практики. Главное – терпение и релакс! Я абсолютно уверена, вернутся и овуляции, и менструации!

Однако не всегда удастся наладить функцию женской половой системы одними медитациями. Исчезновение овуляции вызывают некоторые женские болезни.

# Когда бить тревогу?

*ВОПРОС: У меня нерегулярный менструальный цикл. Очень часто бывают задержки. Мерила базальную температуру – овуляции нет. Стрессам я не подвержена. Скажите, что делать? Как забеременеть?*

Если все ваши циклы проходят без овуляции, возможно, это вызвано более серьезной патологией.

● **«Синдром поликистозных яичников» (СПКЯ)** – это дисгормональное заболевание, приводящее к образованию плотной оболочки вокруг яичников, препятствующей выходу яйцеклетки (овуляции). Для СПКЯ характерно отсутствие менструации (аменорея) или наличие редких либо нерегулярных месячных, избыточный рост волос на теле, ожирение. При данном заболевании повышается уровень мужских половых гормонов, атимюллера гормона.

● **Повышенный уровень пролактина (гиперпролактинемия)** отмечается при опухолях гипофиза (макро– или микроаденоме), а также функциональных его нарушениях.

● **Эндометриоз** является гормонально зависимым заболеванием, при котором слизистая оболочка матки (эндометрий) разрастается в нетипичных местах. Наиболее распространенным является эндометриоз половых органов: матки (внутренний эндометриоз – аденомиоз), влагалища, шей-

ки матки, яичников, маточных труб, брюшины (наружный эндометриоз), клетчатки позади матки (ретроцервикальный эндометриоз). При эндометриозе нарушается функция яичников и страдает качество зреющих фолликулов.

● **Гипотиреоз** – это заболевание, проявляющееся снижением функции щитовидной железы и уменьшением содержания в сыворотке крови гормонов, которые она вырабатывает. При гипотиреозе нарушается процесс овуляции.

● **Синдром «истощенных» яичников** часто развивается при аутоиммунных процессах. При этом собственные защитные антитела атакуют клетки своего собственного организма, в том числе яичников, нарушается созревание фолликулов и, как результат, прекращается менструация.

Все перечисленные заболевания вызывают нарушение овуляции и бесплодие у женщины. Поэтому о каждом из них мы будем говорить отдельно.

*ВОПРОС: Я не могу забеременеть 1,5 года. Сегодня была у врача. Она сказала, что это бесплодие. Но ведь у меня уже есть один ребенок! Это разве бесплодие? Ну, подумайшь, не получается забеременеть. Может, мало времени прошло?*

Брак считается бесплодным, если беременность не наступает при регулярной половой жизни (не реже 4 раз в месяц) в течение года без использования контрацепции. Бесплодие может быть:

1) первичным, если беременность ни разу не наступала;

2) вторичным, если беременности ранее были.

Бесплодие является одной из самых актуальных проблем современной медицины. Невозможность зачатия отмечается у 15–20 % супружеских пар.

И как бы вам ни был неприятен этот термин, главное заключается не в названии, а в том, что если у вас не получается зачать ребенка больше года, значит, есть проблемы, которые надо выявлять и устранять.

Также это означает, что не стоит подобно страусу «прятать голову в песок» – терять драгоценное время, а следует предпринимать все попытки, чтобы установить причины бесплодия. Лишь в этом случае у вас будут все шансы встретиться с вашим малышом!

Итак, что препятствует зачатию? Как обследоваться, чтобы установить эти причины? Начнем с самого популярного заболевания.

# Синдром поликистозных яичников

Несмотря на почти вековую историю изучения проблемы, синдром поликистозных яичников (СПКЯ) до сих пор остается самым загадочным и сложным заболеванием среди тех, с которыми приходится сталкиваться гинекологу.

Сегодня эта патология встречается достаточно часто, составляя 11 % от общего количества женских недугов. Самым неприятным последствием поликистоза является бесплодие (около 94 % случаев). В связи с этим СПКЯ становится социально значимым явлением.

Диагноз «синдром поликистозных яичников» устанавливают в настоящее время почти всем женщинам, которые не могут зачать ребенка. Давайте разбираться, так ли часто встречается это заболевание? Как его обнаружить и как лечить, чтобы потом забеременеть?

## Почему возникает?

СПКЯ – это дисгормональное заболевание, приводящее к образованию вокруг яичников плотной оболочки, препятствующей выходу яйцеклетки (овуляции). Впервые клиническую картину заболевания описали Штейн и Левенталь в прошлом веке. В связи с этим СПКЯ также называют синдромом Штейна – Левенталья.

*ВОПРОС: Скажите, пожалуйста, поликистоз – это врожденное состояние? У меня уже есть двое детей. Проблем забеременеть не было. А со вторым мужем не могу никак. Врач говорит, что и не смогу, потому что у меня поликистоз.*

Механизмы развития до конца не изучены. В настоящее время доказана роль наследственных факторов в возникновении СПКЯ. Он передается через комбинацию нескольких генов.

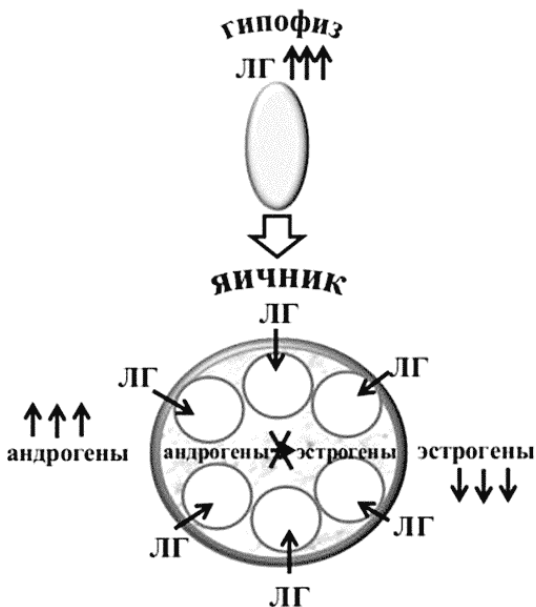
При СПКЯ нарушается синтез женских половых гормонов из мужских, в крови появляется избыток андрогенов, который оказывает негативное влияние на организм.

В основе этих нарушений лежит повышенная активность инсулина, который призван во время полового созревания девочки активировать процессы роста. При этом имеется низкая восприимчивость тканей к инсулину.

Воздействие повышенного уровня инсулина на яичники

опосредуется через главный регулирующий центр – гипофиз и его гормоны: ФСГ и ЛГ.

Имеющийся при поликистозе повышенный уровень ЛГ стимулирует образование андрогенов в фолликулах яичника (рис. 6). Под действием андрогенов рост фолликулов быстро прекращается. При этом заметно повышается активность их внутренней выстилки и клеток стромы, что и приводит к возникновению множества кист, утолщению белочной оболочки и склерозированию стромы яичников.



## **Рисунок 6.** *Формирование поликистозных яичников*

Андрогены, активно синтезирующиеся под воздействием ЛГ в незрелых фолликулах, не могут превратиться в эстрогены, так как имеется недостаток ФСГ, отвечающего за этот процесс.

Нарушение продукции половых гормонов в яичниках ведет к уменьшению содержания эстрогенов и увеличению содержания андрогенов. Вследствие этого нарушаются менструальный цикл и овуляция. Яичники постепенно увеличиваются в размерах. Так как эстрогенов вырабатывается очень мало, матка отстает в развитии и остается маленькой. Избыток тестостерона в организме ведет к развитию гирсутизма<sup>2</sup>.

Важно: поликистозные изменения в яичниках могут возникать вторично, например, при заболеваниях гипоталамо-гипофизарной системы, у больных с болезнью Иценко – Кушинга<sup>3</sup>, врожденной дисфункцией коры надпочечников и ряде других состояний. Эти заболевания следует отличать от истинного синдрома Штейна – Левенталья.

---

<sup>2</sup> Гирсутизм (от лат. hirsutus – мохнатый, волосатый) – мужской тип оволосения у женщин

<sup>3</sup> Болезнь Иценко – Кушинга – это тяжелое первичное поражение подкорковых и стволовых структур (таламус, гипоталамус, ретикулярная формация, гипофиз), сопровождающееся повышенной функцией коры надпочечников.

## Как проявляется?

*ВОПРОС: Мне поставили диагноз «поликистоз яичников». Но у меня нет никаких жалоб, кроме нерегулярных месячных и бесплодия первичного. Еще я полная, но не знаю, это из-за поликистоза? Может, мне неправильно поставили диагноз? Как уточнить?*

Одной из основных причин обращения к врачу пациенток с СПКЯ является бесплодие. Для данного заболевания характерно отсутствие менструации или наличие редких и/или скудных нерегулярных месячных. В ряде других случаев, наоборот, могут появляться маточные кровотечения из-за сформировавшегося гиперпластического процесса эндометрия.

При СПКЯ отмечается нарушение функции не только яичников, но и других органов: надпочечников, гипоталамуса, щитовидной железы, гипофиза. Поэтому клиническая картина и выраженность проявлений могут быть разнообразными.

Главным симптомом поликистоза яичников является ожирение по мужскому типу, при котором основная масса жировой ткани концентрируется внизу живота и в брюшной полости.

В результате быстрой прибавки массы тела на фоне гормонального дисбаланса на коже живота, бедер, ягодиц воз-

никают полосы растяжения – стрии.

Оценить выраженность нарушений жирового обмена поможет расчет индекса массы тела (ИМТ). Для этого вес в килограммах делят на возведенный в квадрат рост в метрах. ИМТ до 25 считается нормой, от 25 до 30 говорит об избыточном весе, более 30 – о наличии ожирения.

В связи с повышенным уровнем мужских половых гормонов при СПКЯ нередко отмечается гирсутизм или, наоборот, облысение или выпадение волос по мужскому типу с залысинами по бокам лба и на макушке. У многих появляется угревая сыпь, себорея, кожа становится жирной.

Пациенткам с СПКЯ свойственны депрессии, снижение либидо, раздражительность, нервозность, агрессивность, нередко – сонливость, вялость, апатия, жалобы на «туман в голове».

Консультируя на форумах, я очень часто сталкиваюсь с тем, что врачи выявляют поликистоз яичников «на глазок», не прибегая к помощи каких-либо анализов.

*ВОПРОС: Я не могу забеременеть. Мне врач поставила диагноз «поликистоз яичников». Сказала, что она его «видит» на расстоянии – без всяких анализов. Но я очень сомневаюсь, что так можно поставить диагноз.*

Для установления диагноза СПКЯ одного лишь внешнего осмотра недостаточно. Если у вас имеются какие-либо жалобы, то необходимо пройти комплексное обследование для

установления диагноза и подбора лечения.

## Что покажет УЗИ?

В первую очередь необходимо проведение УЗИ. У пациенток с СПКЯ оно поможет выявить двустороннее увеличение яичников в 1,5–3 раза (более  $9 \text{ см}^3$  в объеме) по сравнению с нормой за счет возникновения множества мелких кист (более 10), которые могут выглядеть как «жемчужное ожерелье», скопление белесых пузырьков или «косточки фрукта», расположенные под капсулой по периферии яичника.

При поликистозе утолщается капсула яичника (до 5 мм и более), которая препятствует выходу из него яйцеклетки. Утолщение хорошо различимо при УЗИ. Возможно уменьшение размера матки.

*ВОПРОС: Скажите, пожалуйста, что это значит: кистозная трансформация левого яичника. Как это лечится? Врач ничего не назначил, сказал приходить на прием через три месяца.*

Иногда у здоровых женщин детородного возраста в яичниках формируется множество кист. Это состояние не является патологией, и очень важно отличать его от поликистоза. При мультифолликулярных яичниках (МФЯ) фолликулы размером 4–10 мм расположены по всему яичнику, а не только по периферии, как при СПКЯ. Строма и объем яичников при МФЯ неизменны в отличие от поликистоза, при котором яичники резко увеличены в размерах и склерозизи-

рованы.

Увеличение стромы (более 25 % от объема яичника) помогает дифференцировать поликистозные яичники от нормальных или мультифолликулярных.

УЗИ является высокоинформативным методом выявления СПКЯ. Однако на основании данных одного лишь УЗИ диагноз будет установить сложно. Обследование должно быть комплексным.

# Нарушения гормонального профиля

*ВОПРОС: Я прохожу обследование по поводу бесплодия. По данным УЗИ, у меня выявили большие поликистозные яичники. Направили на анализы на гормоны. Скажите, пожалуйста, какие гормоны нужно сдавать и когда? Что поможет выявить это исследование?*

Важным этапом является изучение гормонального профиля, который проводится на 2–4-й день менструального цикла.

В крови при СПКЯ отмечается повышение ЛГ, нормальный или пониженный ФСГ, увеличение соотношения ЛГ и ФСГ (более 2,5), повышение уровня андрогенов.

Практически у всех пациенток отмечается пониженное содержание прогестерона. Верхняя граница нормы либо повышение уровня пролактина характерно для трети пациенток. Возможен дефицит эстрадиола.

Также не стоит забывать о возможном нарушении функции щитовидной железы при СПКЯ. Поэтому следует обращать внимание на концентрацию тиреотропного гормона (ТТГ) и тироксина (Т<sub>4</sub>), которая может быть изменена.

Самым важным критерием СПКЯ является гиперандрогения – повышение количества мужских половых гормонов. Об этом я расскажу подробнее.

## Повышение мужских половых гормонов

*ВОПРОС: Подскажите, пожалуйста, у моей дочери стали выпадать и быстро жирнеть волосы и появились прыщи на лице. Ей 20 лет. Врач рекомендовал сдать анализы на гормоны и в случае НЕ нормы обратиться к врачу гинекологу-эндокринологу. Так как быстро попасть на прием к врачу нет возможности, не могли бы проконсультировать нас по гормональным показателям (ФГС – 6,6, ЛГ – 5,9, пролактин – 557, ТТГ – 10,300, эстрадиол – 12, тестостерон – 5, ДГЭФ – 7,820, 17-ОП прогестерон – 6,50). Я так понимаю, что у нее повышены показатели мужских гормонов? Не могли бы подсказать, чем это грозит и насколько это серьезно. И самое главное: поддается ли это лечению? Надеюсь на вашу помощь!!! С большим уважением.*

В данном случае действительно несколько повышен уровень мужских половых гормонов. Это может быть проявлением поликистоза яичников, характерным признаком которого являются редкие менструации, избыточная масса тела, гирсутизм. Кроме того, имеется повышенный уровень ТТГ. Это говорит о наличии проблем со щитовидной железой, часто сопутствующих поликистозу.

Однако следует помнить, что повышенный уровень муж-

ских половых гормонов (гиперандрогения) и гирсутизм могут присутствовать не только при СПКЯ, но и при ряде других заболеваний, например при гиперплазии коры надпочечников<sup>4</sup>.

Для того чтобы выявить источник гиперандрогении, необходимо дообследоваться, сдав анализы на:

- 17-кетостероиды (17-КС) – продукты метаболизма андрогенов (мужских половых гормонов), выводящихся с мочой;

- 17-ОП (гидроксипрогестерон) – промежуточный продукт синтеза кортизола в надпочечниках.

Если при гиперплазии коры надпочечников содержание 17-КС в суточном количестве мочи будет увеличенным, то при СПКЯ оно должно быть нормальным или слегка повышенным. В последнем случае для уточнения диагноза может потребоваться проведение функциональной пробы с дексаметазоном. При синдроме Штейна – Левенталя она не выявит значительного снижения 17-КС (менее 25 % от исходного уровня).

Для того чтобы отличить СПКЯ от патологии надпочечников, используют кортизоновую или преднизолоновую пробы. В течение 8 дней больной дают от 50 до 100 мг кортизона в сутки (или по 20 мг преднизолона в течение 5 дней). До и

---

<sup>4</sup> Врожденная гиперплазия коры надпочечников (ВГКН) – генетически обусловленное заболевание, которое развивается в большинстве случаев вследствие дефицита 21-гидроксилазы и других ферментов, участвующих в синтезе половых гормонов.

после пробы (блокады экскреции кортикотропина) определяют количество 17-КС.

Если корковое вещество надпочечных желез гиперплазировано, то проведение пробы уменьшает как минимум вдвое выделение 17-КС. В этом случае проба считается положительной. При СПКЯ кортизоновая проба, наоборот, не меняет экскрецию 17-КС (отрицательная).

*ВОПРОС: У меня увеличен 17-ОП: в первую фазу – 8 (при норме 1) и во вторую фазу – 17 (при норме 2). Все остальные гормоны в норме. Месячные в норме. По данным УЗИ, мультифолликулярные яичники. Ничего пока не принимаю. Может ли это являться причиной бесплодия? Нужно ли мне лечиться дексаметазоном?*

При повышенном 17-ОП необходимо в первую очередь исключать врожденную гиперплазию коры надпочечников. Для уточнения диагноза проводят дополнительные исследования:

- генотипирование мутации гена 21-гидроксилазы (CYP21A2), позволяющее выявить дефицит этого фермента, приводящий к развитию врожденной патологии надпочечников;

- тест с синактеном; повышение уровня 17-ОП и кортизола в ходе данного теста свидетельствует о патологии коры надпочечников; при СПКЯ он отрицательный.

При выявлении у пациентки гиперплазии коры надпочечников, обусловленной дефицитом фермента 21-гидроксила-

за, назначаются глюкокортикоиды (дексаметазон) с целью компенсации надпочечниковой недостаточности и подавления избыточной секреции андрогенов. Беременность у таких пациенток возможна!

**Важно: дексаметазон при СПКЯ не назначают!**

## Определяем резерв фолликулов в яичнике

Важную роль в выявлении СПКЯ играет анализ на анти-мюллеров гормон (АМГ). У женщин он вырабатывается гранулёзными клетками фолликулов с самого момента рождения и до наступления менопаузы.

*ВОПРОС: Какой анализ нужно сделать, чтобы проверить яичники? Мой врач твердит, что у меня может быть ранний климакс. Но в районной больнице мне сказали, что у меня не будет раннего климакса. Кому верить, не знаю. Спасибо.*

Особенностью АМГ является то, что он не контролируется гонадотропинами, не зависит от фазы менструального цикла, отражает лишь резерв фолликулов в яичнике.

В норме уровень этого гормона составляет 1–2,5 нг/мл. Если АМГ ниже нормы, значит, в яичниках запас фолликулов истощен и может «нагряться» климакс. При поликистозе он повышен.

## Овуляция при поликистозе возможна?

При СПКЯ процесс первоначального роста фолликулов не нарушен. Но дальнейшее их развитие останавливается из-за повышенного уровня андрогенов. Начинается обратное развитие фолликулов (атрезия). Формируется плотная капсула, препятствующая выходу яйцеклетки из яичника.

Поэтому при измерении базальной температуры на фоне поликистоза яичников график имеет монотонный характер, нет типичной двухфазности и перепада между первой и второй фазами, характерного для овуляции.

Выход яйцеклетки из яичника также невозможно «поймать» по тестам. Тем более эта задача усложняется тем фактом, что у женщин с СПКЯ редкие менструации.

*ВОПРОС: У меня выявлен поликистоз яичников. Я пока не лечилась. Мне сказали, что при этом заболевании невозможно зачать ребенка. Как же я забеременела в первый раз?*

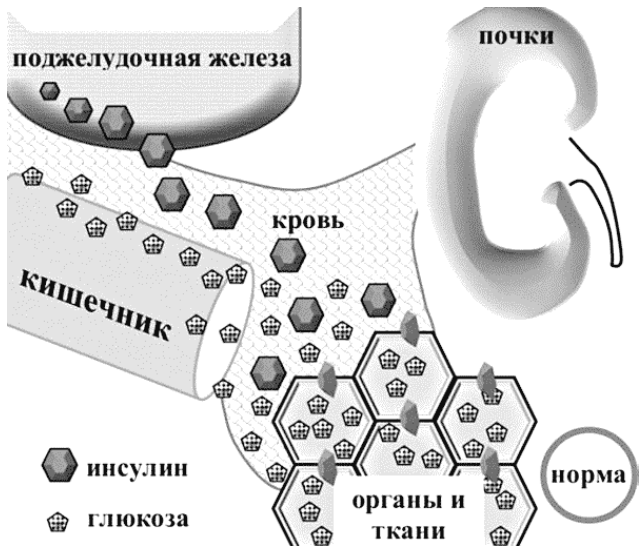
Крайне редко, но спонтанная овуляция все же возможна. Так что небольшой шанс на естественную беременность имеется.

# Оцениваем толерантность к глюкозе

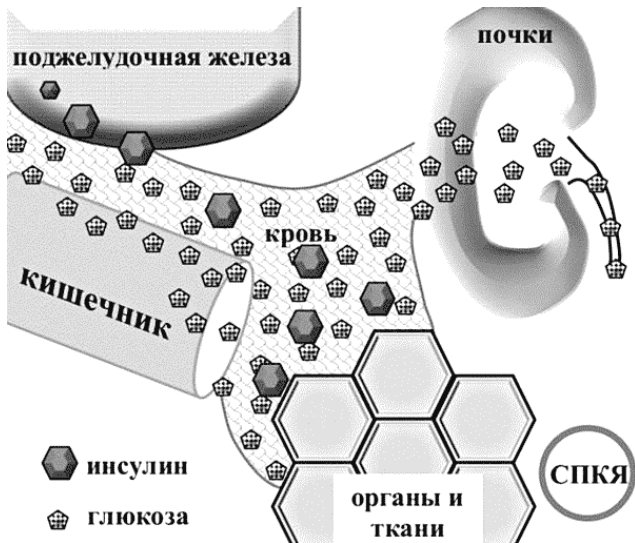
Отличительной особенностью СПКЯ является инсулин-резистентность – нарушение восприимчивости инсулина тканями (устойчивость к инсулину) аналогично тому, как это бывает при сахарном диабете II типа.

Инсулин – это гормон, образующийся в бета-клетках поджелудочной железы. Он оказывает многогранное влияние на обмен практически во всех тканях. Основное действие инсулина заключается в снижении концентрации глюкозы в крови.

Инсулин подходит к клетке, взаимодействует с ее рецепторами, как «ключ», и открывает «замок». Глюкоза поступает внутрь клетки и участвует в синтезе необходимых веществ (рис. 7, А).



**A**



**Б**

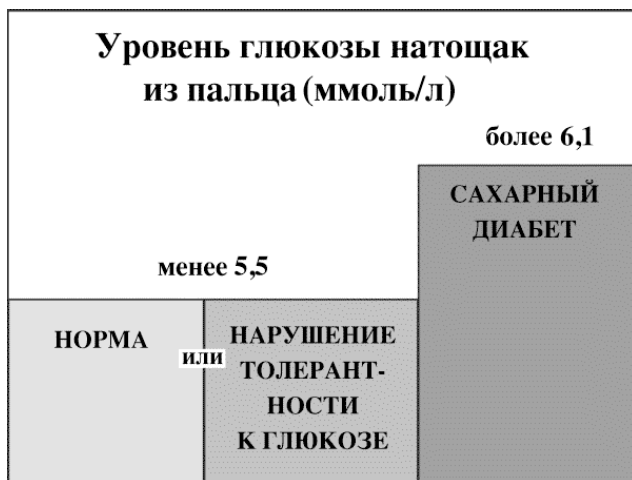
**Рисунок 7.** Обмен глюкозы: А – норма, Б – инсулинрезистентность

Почти все ткани и органы (печень, мышцы, жировая ткань и др.) способны получать свое питание (глюкозу) только при помощи инсулина. Эти органы называются инсулинзависимыми. Другие ткани, например мозговая, не нуждаются в инсулине для переработки глюкозы и поэтому называются инсулиннезависимыми.

Клетки организма при инсулинрезистентности не способны усваивать инсулин (рис. 7, Б). Они испытывают дефицит

инсулина, в то время как в крови его уровень повышается. При этом организм не может в полной мере использовать глюкозу, поступающую с пищей, ее уровень увеличивается, что неблагоприятно влияет на все органы и ткани. Все эти процессы могут привести к возникновению сахарного диабета. Избыток глюкозы частично выводится с мочой.

Поэтому пациенткам с СПКЯ необходим контроль уровня глюкозы. Для этого целесообразно сдавать анализ утром перед завтраком после предварительного голодания не менее 8 часов (рис. 8).

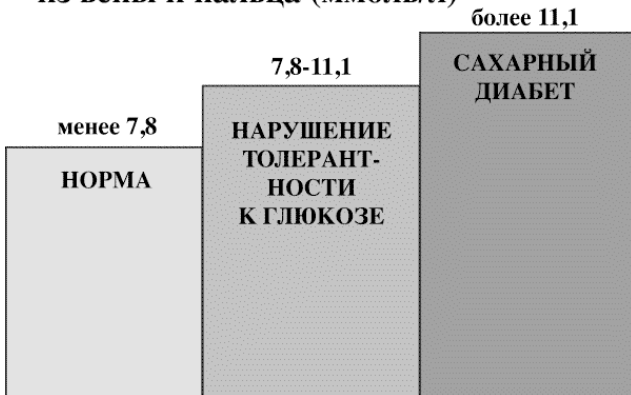


**Уровень глюкозы натощак  
из вены (ммоль/л)**



**Б**

**через 2 часа после еды  
из вены и пальца (ммоль/л)**



## **В**

**Рисунок 8.** *Диагностические критерии сахарного диабета. Уровень глюкозы (ммоль/л): А – натощак из пальца; Б – натощак из вены; В – через 2 часа после еды*

В норме через 2 часа после еды уровень глюкозы должен быть не выше 7,8 ммоль/л (рис. 8, В). Если натощак сахар крови нормальный, а через 2 часа – высокий, то устанавливается диагноз «нарушение толерантности к глюкозе».

В сомнительных случаях для уточнения диагноза проводится тест на глюкозотолерантность (ГТТ). При этом гликемия определяется до и через 2 ч. после приема 75 г глюкозы, растворенной в 300 мл воды. Результат оценивается аналогично тесту после еды (рис. 8, В). Диагноз СД должен быть подтвержден повторным обнаружением гипергликемии в другие дни.

При СПКЯ может также отмечаться изменение липидного спектра крови с преобладанием атерогенных компонентов: холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП).

# Современный подход в лечении

*ВОПРОС: У меня поликистоз яичников. Я долго лечилась, делала операцию. И так каждый раз, чтобы родить ребенка. У меня двое детей. Сейчас хочу третьего. Неужели нельзя избавиться от этой болячки раз и навсегда? Как представляю, опять ходить по кругу!*

На сегодняшний день не существует метода лечения, который бы избавил от СПКЯ навсегда. Любая терапия обладает лишь временным эффектом. Спустя какое-то время симптомы возвращаются.

Тем не менее СПКЯ лечить нужно, и чем раньше это сделать, тем больше шансов на сохранение репродуктивного здоровья.

Женщинам с поликистозом и избыточным весом рекомендуется изменить образ жизни и питания. Необходимо соблюдать диету, заниматься фитнесом и спортом.

**Нормализация веса и физическая активность способствуют снижению уровня андрогенов, восстановлению овуляции. При снижении веса не менее чем на 10 % менструальный цикл восстанавливается у каждой третьей пациентки.**

Также необходимо медикаментозное лечение. При этом назначают лекарственные препараты, способствующие росту фолликулов и запускающие механизм овуляции.

Медикаментозное лечение бесплодия оптимально в течение 6 месяцев. Своевременно начатое лечение предупреждает возникновение гиперпластических процессов эндометрия, а также сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний.

# Осведомлен – значит вооружен!

**ИСТОРИЯ ИЗ ПРАКТИКИ.** *Ко мне на консультацию в «Школу женского здоровья...» обратилась Светлана. Вот ее вопрос:*

*«Здравствуйте, Ольга! Помогите мне, пожалуйста!!! У меня СПКЯ, нарушение МЦ, повышенный тестостерон. Гинеколог-эндокринолог, у которого лечилась почти два года, назначала эутирокс, дексаметазон, дюфастон, прогинова, клостилбегит и йодофол. Пока это все пью, вроде бы месячные более или менее идут, но толстееу страшно, а если хоть месяц не пропью дюфастон, месячных уже нет. Мне кажется, вредно пить все эти таблетки без перерыва, но я очень хочу ребеночка. Может, есть другой, более эффективный, метод лечения? У меня даже при стимуляции нет овуляции! ЧТО МНЕ ДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ЗАБЕРЕМЕНЕТЬ?????»*

*Я рассказала девушке, что СПКЯ сегодня лечится и беременность при такой патологии возможна. Но нужно подобрать адекватное лечение, чтобы оно оказалось эффективным. Я объяснила Светлане, что в отношении назначенного ей лечения нужно разбираться, ведь ни дюфастон, ни дексаметазон НЕ применяют при СПКЯ. Эутирокс используют при гипотиреозе.*

*Мне каждый день пишут десятки женщин. Спрашивая, как лечить то или иное заболевание. Поликистоз является*

«лидером» форумов. И я не перестаю удивляться, насколько велик дефицит информации не только у самих пациенток, но и у их врачей.

Поэтому я организовала виртуальную «Школу женского здоровья Ольги Панковой» ([www.olga-pankova.ru](http://www.olga-pankova.ru)), в которой каждая женщина может получить достоверную информацию о той патологии, которая у нее имеется.

Особенной популярностью пользуются вебинары – онлайн-семинары, во время проведения которых я подробно рассказываю о самых популярных женских болезнях, их проявлениях и лечении. Участники могут задавать мне вопросы в чате непосредственно во время проведения вебинара.

Посетительницы вебинаров оставляют самые положительные отзывы. Как сказала одна из участниц такого виртуального семинара: «Информирован – значит вооружен!»

Светлана посетила один из моих вебинаров, на котором узнала, как необходимо обследоваться при подозрении на поликистоз яичников. Непосредственно во время вебинара мы подробно обсудили лечебную тактику. Я рассказала о том, как нормализовать свой вес, какие препараты использовать с этой целью.

После вебинара Светлана изменила свой образ жизни. Она начала ходить в тренажерный зал и за 3 месяца сбросила 6 кг. Сейчас она планирует стимуляцию овуляции. Настроена она очень позитивно.

Светлана абсолютно уверена, что у нее получится до-

*стигнуть своей заветной цели – стать мамочкой, ведь теперь она точно знает, что все делает правильно!*

А теперь я хотела бы подробно рассказать о том, как сегодня лечится поликистоз яичников, чтобы и у вас была полная информация об этом заболевании.

# Нормализуем углеводный обмен

Учитывая, что при СПКЯ снижается чувствительность тканей к инсулину, как при сахарном диабете II типа, в последнее время гинекологи-эндокринологи начали назначать при данной патологии своим пациенткам метформин (МФ). Он применяется у больных с увеличением толерантности к углеводам и сахарным диабетом (при наличии избыточной массы тела) и повышает чувствительность тканей к инсулину.

В настоящее время МФ стали использовать и при поликистозе. На фоне приема этого препарата в организме происходит восстановление нормальной работы яичников, снижается количество мужских половых гормонов в крови, нормализуется углеводный обмен.

Результатом лечения МФ может стать самостоятельное восстановление менструальной функции, овуляторных менструальных циклов, снижение веса и исчезновение или уменьшение клинических проявлений гиперандрогении. МФ надо принимать не менее 6–8 месяцев. Он является основным препаратом, воздействующим на механизм развития СПКЯ.

Однако следует учитывать, что метформин, как любой медикамент, имеет ряд побочных эффектов. В первую очередь он может спровоцировать нарушения функции желу-

дочно-кишечного тракта и почек. Поэтому без предварительной консультации с врачом его применять не следует.

**ВОПРОС:** *Мне поставлен диагноз «СПКЯ, ановуляция и первичное бесплодие». На текущий момент своего естественного менструального цикла нет. Пыталась снизить вес. Обычная картина: задержка по три и более месяца, потом непрекращающаяся мазня. Подтверждена инсулиновая резистенция. Назначили метформин. Максимальную дозировку выдерживала в 1500 мг в сутки, но даже по прошествии 4 месяцев была дикая тошнота и большие проблемы со стулом. На его фоне похудела. Но задержки от 3 до 6 месяцев сохраняются. Возможна ли в моей ситуации корректировка гормонального фона для дальнейшего планирования беременности?*

Несмотря на положительный эффект, в некоторых случаях назначения МФ недостаточно для нормализации менструального цикла и зачатия. В таких случаях требуется проведение гормональной терапии, направленной на стимуляцию овуляции.

# Стимулируем овуляцию

*ВОПРОС: Доктор, а стимуляцию можно делать в любое время? У меня поликистоз, повышен тестостерон, остальные гормоны в норме. Пью диане 35 уже 4 месяца. Вчера УЗИ показало здоровые яичники. Знаю, что это за счет диане. Посоветуйте, пожалуйста, как мне добиться овуляции? Доминантного фолликула не бывает. А я малыша так хочу. Три года планируем. Стимуляцию надо делать?*

Лечение СПКЯ подбирается индивидуально. Начинают с проведения гормональной терапии. При этом чаще применяют оральные контрацептивы (ОК), в состав которых входят антиандрогены, которые блокируют воздействие мужских половых гормонов, а также ципротеронацетат (андрокур) и спиронолактон (верошпирон), обладающие тем же эффектом.

Они уменьшают выраженность внешних проявлений избытка мужских половых гормонов. На фоне их приема снижается сальность кожи, исчезает угревидная сыпь, улучшается рост волос.

Применение ОК с антиандрогенным компонентом позволяет нормализовать менструальный цикл у женщин с СПКЯ. Прием этих препаратов предотвращает дальнейшее прогрес-

сирование заболевания. После отмены ОК есть шанс получить овуляцию.

Если овуляция не восстанавливается после курса ОК, а женщина заинтересована в беременности, необходимо проведение стимуляции специальными гормональными препаратами (кlostилбегит), которые повышают шансы зачать малыша.

Схемы индукции (стимуляции) овуляции бывают разные. Обычно начинают с низкой дозы и в случае неэффективности ее увеличивают.

У пациенток с СПКЯ в ответ на стимуляцию возможен плохой или, наоборот, очень избыточный ответ. В первом случае лечение оказывается неэффективным, во втором – возникает так называемый «синдром гиперстимуляции яичников», для которого характерно появление резких болей внизу живота. Клиника аналогична апоплексии яичника, о которой мы говорили ранее.

# Хирургическое лечение

*ВОПРОС: Здравствуйте, Ольга! Прошу у вас совета. Бесплодие 7 лет первичное – нарушение менструального цикла. Обследовалась уже не один раз – ПОЛИКИСТОЗ. Все это время принимала гормоны, последние 1,5 года с перерывами. Пока принимаю препараты, менструальный цикл в норме, как перестаю – начинаются задержки до 2 месяцев. Можно ли с таким диагнозом надеяться на «ЧУДО»? Так хочется малыша. Насколько долго можно принимать гормоны? Не навредят ли они? Заранее ВАМ СПАСИБО!!!*

При неэффективности гормональной терапии, проводимой в течение 3–6 месяцев, выполняется оперативное вмешательство. Методы хирургического лечения, применявшиеся еще в прошлом веке Штейном и Левенталем, актуальны и по сей день.

Во время операции в плотной оболочке яичников делают либо небольшие надсечки (клиновидная резекция), либо дырочки (каутеризация), через которые яйцеклетка может выйти из яичника и оплодотвориться. После вмешательства овуляция сохраняется до года.

*ВОПРОС: Мне поставили диагноз «поликистоз яичников». Врач направляет на операцию – делать*

*надсечки. Без операции это не лечится?*

Отрицательным последствием клиновидной резекции яичников может стать повреждение фолликулярного запаса яичников и их истощение с развитием преждевременной менопаузы.

Поэтому к хирургическому лечению следует прибегать лишь в тех случаях, когда сначала проводилось гормональное лечение и оно оказалось неэффективным.

Лечение СПКЯ занимает много времени – от 6 до 12 месяцев. Но если оно подобрано грамотно, эффект отмечается хороший и беременность возникает у большинства пациентов.

**СПКЯ – это не трагедия, не приговор, а всего лишь барьер, который временно не позволяет достичь важной цели в жизни. Однако благодаря современным достижениям медицины и вспомогательным репродуктивным технологиям вам удастся преодолеть это препятствие. Надо лишь запастись терпением, и встреча с малышом состоится!**

# Причина бесплодия – в матке?

Нередко причина бесплодия кроется не в яичниках женщины, а в ее матке. Зачатие может оказаться невозможным при миоме матки, аденомиозе, патологии эндометрия. Каждой из этих патологий посвящена отдельная книга в серии «Школа женского здоровья». В данном разделе остановимся на перечисленных заболеваниях коротко.

# Как зачать ребенка при опухоли матки?

Многие женщины не планируют беременность заранее и обращаются к врачу после того, как она наступила. Как показывает практика, после постановки на учет и прохождения первичного обследования у многих будущих мамочек выявляется патология, которая была у них и до беременности и еще тогда требовала лечения.

Если у будущей мамочки на этапе планирования беременности выявляется миома матки, целесообразно детальное обследование и определение тактики лечения.

Миома может быть причиной бесплодия. И врача, и будущую мамочку также должны насторожить следующие факторы, способные навредить беременности:

- наличие крупных узлов,
- множественная миома матки,
- субмукозная миома матки,
- быстрый рост узлов,
- шеечное расположение миомы матки.

Если эти факторы выявлены до беременности, необходимо их устранить, а потом приступить к зачатию.

В настоящее время имеется целый арсенал технологий, позволяющих избавиться от опухоли, сохранив при этом матку:

- консервативная миомэктомия лапароскопическим или лапаротомическим доступом;
- гистерорезекция;
- эмболизация маточных артерий (ЭМА);
- выпаривание миомы матки (ФУЗ-абляция).

При интерстициальном расположении (в толще стенки) узла небольшого размера лечения не проводится. Его можно просто наблюдать.

# Течение беременности при миоме матки

В последние годы все больше женщин с опухолью матки пытаются зачать и выносить малыша. Однако не все из них знают, что течение беременности, акушерская тактика, а также методы родоразрешения при этом имеют свои особенности.

Наиболее значительный рост узлов миомы наблюдается на ранних сроках беременности. Провоцирует рост опухоли в этот период повышенное образование половых гормонов, как эстрогенов, так и прогестерона. Кроме того, рост узлов вызывает увеличение и растяжение мышечной оболочки матки, а также усиление кровотока в стенке матки при беременности.

Однако у будущих мам узлы могут не только расти. В них также может нарушаться кровообращение и возникать некроз опухоли. Подобная ситуация может произойти на любом сроке беременности, а также в послеродовом периоде. Причинами разрушения опухоли являются как гормональные изменения на фоне беременности (повышенное содержание прогестерона), так и сосудистые (нарушение кровоснабжения опухоли из-за тромбоза питающих миому кровеносных сосудов).

Ситуация усугубляется также тем, что у беременных при

миоме матки повышается свертываемость крови, легче образуются тромбы. Это приводит к нарушению питания не только опухоли, но и плода.

К особенностям течения беременности при миоме матки, помимо роста узлов и нарушения питания в них, относятся:

- угроза прерывания в различные сроки гестации;
- фетоплацентарная недостаточность;
- синдром задержки роста плода;
- отслойка плаценты, особенно в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла;
- неправильное положение плода.

В течение беременности женщине с выявленной миомой матки необходимо проводить комплексное клиническое и лабораторное обследование, в которое входят:

- УЗИ на 10–12-й, 21–24-й, 32–34-й неделях беременности; при этом необходимо оценить тонус и возбудимость миометрия, положение и предлежание плода, проводить фетометрию (измерение размеров плода), определять состояние плаценты, взаиморасположение с миоматозными узлами, количество околоплодных вод; при расположении плаценты в проекции миоматозных узлов осуществлять динамическое наблюдение за миграцией плаценты;
- доплерометрическое исследование маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока;
- коагулограмма крови.

У будущих мамочек с миомой матки, входящих в группу

повышенного риска по развитию осложнений во время беременности, необходимо проводить терапию, направленную на улучшение маточно-плодового кровотока, а также профилактику внутриутробной гипоксии плода.

Однако в редких случаях может потребоваться проведение операции и удаление узла во время беременности, если дальнейшее ее прогрессирование практически невозможно. Такая необходимость возникает при наличии шеечного или большого интерстициально-субсерозного узла, а также гигантской миомы матки, препятствующей развитию плода и сдавливающей соседние органы.

Оптимальным сроком проведения консервативной миомэктомии при наличии показаний считается 16–19 недель беременности, когда концентрация вырабатываемого плацентой «протектора» беременности – прогестерона возрастает приблизительно в 2 раза. Под его воздействием сократимость матки уменьшается, снижаются тонус и возбудимость миометрия, усиливается запирательная функция шейки матки.

После миомэктомии, выполненной на фоне беременности, роды проводят оперативным путем. Дети рождаются здоровыми!

# Роды при миоме матки

Будущих мамочек с миомой матки необходимо госпитализировать заранее – в 37–38 недель для обследования, подготовки к родам и выбора рационального метода родоразрешения. В стационаре проводят дополнительное углубленное обследование.

Как правило, у женщин, имеющих низкий риск осложнений, роды ведут через естественные родовые пути. Это возможно, если позволяют размеры опухоли и ее расположение по отношению к предлежащей части малыша. Через 3–6 месяцев после родов можно обследоваться, и при наличии показаний к удалению миомы матки пройти лечение, в том числе органосохраняющее.

У пациенток с факторами высокого риска возникновения осложнений предпочтительно оперативное родоразрешение. Кесарево сечение при наличии миомы матки, как правило, заканчивается расширением объема оперативного вмешательства (миомэктомия, удаление матки).

Планируйте беременность заранее! И миома матки вам не страшна!

# Эндометриоз и беременность

По данным большинства статистических исследований, одним из наиболее частых заболеваний, приводящих к бесплодию, является эндометриоз. Он определяется у половины пациенток, страдающих бесплодием.

Эндометриоз – гормонально зависимое заболевание, при котором слизистая оболочка матки (эндометрий) разрастается в нетипичных местах.

Эндометриоз связан с повышенным риском развития аутоиммунных заболеваний. «Атаки» собственных антител на яичники приводят к их дисфункции и истощению, возникновению бесплодия.

Эндометриоз затрагивает всю репродуктивную систему женщины:

- изменяется функция яичников и качество ооцитов – неовулировавших яйцеклеток,
- уменьшается подвижность сперматозоидов в матке,
- нарушается взаимодействие яйцеклетки и сперматозоида,
- снижается перистальтика маточных труб,
- нарушается имплантация эмбриона в матке и его развитие.

Эти процессы способствуют развитию бесплодия, а также спонтанной потере беременности.

# Выявляем аденомиоз

Аденомиозом называют внутренний эндометриоз, то есть эндометриоз тела матки. При этом патологические разрастания эндометрия затрагивают мышечный слой матки – миометрий.

Для аденомиоза характерными являются нарушения менструального цикла: обильные и длительные менструации, а также межменструальные кровотечения за счет поражения мышечного слоя матки и снижения его сократительной способности. Подобные нарушения приводят к снижению гемоглобина и появлению симптомов анемии: ломкости ногтей, сухости волос, слабости, головокружения, сердцебиения, стенокардии.

Частым симптомом аденомиоза являются мажущие кровяные выделения из половых путей за несколько дней до начала менструации или после нее. Их появление связано с тем, что патологически измененный эндометрий в очагах более чувствителен к снижению уровня гормонов, поэтому он начинает «менструировать» немного раньше, а заканчивает позднее нормального эндометрия.

Для выявления аденомиоза используют УЗИ. Это высокоинформативный метод для выявления патологии всей матки: не только эндометрия, но и миометрия, в котором могут «прятаться» очаги эндометриоза. При подозрении на адено-

миоз (эндометриоз матки) УЗИ следует выполнять НАКА-НУНЕ менструации, так как именно в этот период хорошо видны в миометрии увеличенные очаги нетипично расположенного эндометрия.

Если по данным УЗИ выявлены признаки аденомиоза, то для уточнения диагноза, а также с целью выбора метода лечения данного заболевания проводят гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание.

Гистероскопия – это эндоскопический метод диагностики, который позволяет осуществить осмотр полости матки и увидеть эндометриоз через специальную трубочку, присоединенную к видеомонитору.

По данным гистероскопии можно выявить степень распространения аденомиоза, определить его форму: диффузный или узловой. Данная оценка важна для выбора метода лечения: на начальных стадиях проводится гормональная терапия не менее 3–6 месяцев.

Очень часто аденомиоз и обильные кровотечения являются причиной анемии, которая иногда может быть значительной – уровень гемоглобина падает ниже 70 г/л. При выявлении анемии дополнительно к лечению основного заболевания проводят антианемическую терапию. Ее можно начинать сразу с момента диагностики анемии.

# Лечение бесплодия, обусловленного эндометриозом

При наличии бесплодия, вызванного эндометриозом, следует исключать и другие его виды: наружный эндометриоз яичников, тазовой брюшины, маточных труб, которые препятствуют наступлению беременности.

Основным методом лечения наружного эндометриоза при бесплодии является лапароскопия. Во время ее проведения можно не только выявить патологические очаги эндометриоза с содержимым шоколадного цвета, расположенные по брюшине малого таза, или эндометриодную опухоль яичника, но и коагулировать их, а также резецировать эндометриому и разъединить спайки.

Необходимость выполнения лапароскопии при наличии тазовых болей и бесплодии неясного генеза доказана в последних исследованиях, которые выявили, что у 60 % оперированных по поводу подозрения на наружный эндометриоз имеется спаечный процесс в малом тазу и непроходимость маточных труб, препятствующие зачатию.

Лапароскопия – это малоинвазивное вмешательство. Сами пациенты ее иногда называют «три прокола», так как все вмешательство производится через небольшие отверстия в брюшной стенке. Осложнения при лапароскопии отмечаются крайне редко. Сразу после операции пациентке рекомен-

дугается ходить. Выписка из стационара возможна через 2–3 дня после вмешательства.

*ВОПРОС: Подскажите, действительно надо принимать после лапароскопии гормоны, или можно без этого обойтись? Мне тоже назначили гормоны после лапароскопии, не знаю, пить или нет?*

После операции для профилактики рецидива заболевания обязательно назначается гормональная терапия или используются так называемые аналоги и агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (а-ГнРГ). Эти препараты блокируют выработку женских половых гормонов, вызывая тем самым искусственный климакс. На фоне снижения функции яичников подавляется развитие эндометриoidных очагов.

После отмены гормональной терапии рекомендуется приступать к зачатию малыша. Сочетанное использование лапароскопии и последующей гормональной терапии повышает шанс забеременеть до 80 %.

При неэффективности лечения бесплодия, вызванного эндометриозом, проводится экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Учеными доказано, что предварительно проведенная гормональная терапия повышает шанс забеременеть и в этом случае.

**Эндометриоз – это заболевание, которое является испытанием на прочность для женщины, идущей по нелегкому пути материнства. Главное, не отчаивать-**

**ся, верить в себя и в современную медицину! Если хочешь малыша, родишь его обязательно, главное – желание!**

# Патология эндометрия

Нередко причиной бесплодия является патология эндометрия: полипы или гиперплазия. Для выявления этих заболеваний нужно обследоваться. Лечение подбирается после получения результатов обследования. Наиболее часто патология эндометрия проявляется маточными кровотечениями.

Пациенткам с кровотечением проводят диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии, после которого кровяные выделения прекращаются.

Гистероскопия – это обследование полости матки при помощи оптической системы. Во время гистероскопии в полость матки вводят специальную трубочку толщиной 5 мм, в которой содержится оптическое волокно (гистероскоп). Затем матку заполняют стерильным раствором, чтобы расправить ее стенки, и осматривают полость матки изнутри.

При гистероскопии видна вся внутриматочная патология: полипы, гиперплазия эндометрия, субмукозные узлы, аденомиоз. Без такого обследования разобраться в ситуации и выявить причину кровотечений невозможно. Во время гистероскопии после осмотра полости матки обязательно проводят диагностическое выскабливание, если обнаружены полип или гиперплазия эндометрия, их удаляют. Делать выскабливание без гистероскопии «вслепую» нецелесообразно.

**ВОПРОС:** *Расскажите, пожалуйста, гистероскопию делают с обезболиванием? Как долго идет эта операция?*

Гистероскопию делают под внутривенным обезболиванием. Женщина в этот момент спит и ничего не чувствует. Вмешательство чаще всего длится не более 10–15 минут. Переносится хорошо. Бояться его не стоит.

# Чтобы не было рецидива

Причина патологии эндометрия кроется в гормональных нарушениях. Поэтому ее лечение – **гормональное**. В зависимости от вида заболевания, возраста больной, наличия у нее сопутствующей патологии врач подбирает нужный препарат.

В репродуктивном возрасте чаще назначают оральные контрацептивы, в состав которых входят и эстрогены, и гестагены. В пре- и постменопаузе рекомендуют так называемые «чистые» гестагены, не содержащие эстрогенов. Курс лечения обычно длится 3–6 месяцев.

**Гормональная контрацепция противопоказана при наличии (на момент обращения и/или в прошлом):**

- опухолевых заболеваний, в том числе при раке молочной железы и половых органов;
- венозных тромбозов;
- печеночной недостаточности и тяжелых заболеваниях печени;
- панкреатита с повышенным уровнем триглицеридов;
- мигрени с очаговыми неврологическими;
- варикозного расширения вен нижних конечностей;
- тромбозов (венозных и артериальных);
- тромбоэмболии (в том числе тромбозах глубоких вен);
- тромбоэмболии легочной артерии, инфаркта миокарда,

мозгового инсульта;

- состояний, предшествующих тромбозу (в том числе проходящих ишемических атак, стенокардии);
- длительной иммобилизации после травм и операций;
- сахарного диабета с сосудистыми осложнениями;
- кровяных выделений из влагалища неизвестного происхождения, а также во время беременности или грудного вскармливания.

Эффективность гормональной терапии, назначенной после проведенного выскабливания или удаления полипа, составляет 85–96 % в зависимости от возраста. Без гормональной терапии рецидив заболевания наступает у каждой второй пациентки.

*ВОПРОС: Мне 34 года. Я планирую беременность. Но у меня обнаружили гиперплазию эндометрия. Говорят, что надо делать выскабливание и пить гормоны. Смогу ли я забеременеть после всего этого?*

Женщинам, планирующим беременность, лечение имеющейся патологии эндометрия проводить нужно после выполнения диагностического выскабливания под контролем гистероскопии и установления окончательного диагноза. Это не снижает шанс на зачатие, а, наоборот, его повышает, так же как и назначенная после обследования гормональная терапия оральными контрацептивами. На фоне ее применения яичники «отдыхают», после отмены – увеличивается вероятность наступления овуляции и зачатия.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.