

Оглавление

ОТЗЫВЫ СПЕЦИАЛИСТОВ	9
ВСТУПЛЕНИЕ	11
Глава 1. ОТКУДА БЕРЕТСЯ БЕСПЛОДИЕ?	14
Статистика основных причин бесплодия.	20
Глава 2. РАССЧИТАЙТЕ СВОЮ ФЕРТИЛЬНОСТЬ	28
Основной чекап женского репродуктивного здоровья	31
Глава 3. ДОКТОР, ЭТО ЛЕЧИТСЯ?	39
Глава 4. МЕТОД, КОТОРЫЙ РАБОТАЕТ	44
Глава 5. НАХОДИМ БАЛАНС, ФИЗИЧЕСКИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ	64
Шавасана.	71
Прогрессирующая нервно-мышечная релаксация по Джейкобсону	76
Йога-нидра.	78
Шанмукхи-мудра.	80
Циклические тренировки	82
Антар мауна как депривация	82
Другие антистресс-практики	85
Глава 6. НАСТРАИВАЕМ ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ	87
Ужин.	92
Гаджеты.	93
Источники света.	94
Температура	94

ОГЛАВЛЕНИЕ

Постельные принадлежности	95
Хроническая боль	95
Режим сна	97
Правильное пробуждение.	99
Специальные практики улучшения качества сна	101
Нутрицевтики.	103
Глава 7. УКРОЩАЕМ ПОДСОЗНАНИЕ	107
Деструктивные установки, снижающие фертильность, ассоциированные с отсутствием детей	116
Психогенные факторы, связанные со стабильностью среды.	117
Деструктивные и конструктивные мотивы появления ребенка	117
Страхи самого разного рода. Чего вы боитесь?	120
Взаимоотношения с партнером	123
Семейные сценарии или генетические (родовые) программы.	127
Вторичные выгоды	128
Другие значимые факторы	130
Самостоятельное упражнение для осознания ментальных блоков и работы с ними	133
Глава 8. ПОДКЛЮЧАЕМ ТЕЛЕСНЫЕ ПРАКТИКИ	135
Телесные практики, повышающие фертильность	139
Перевернутые позы	140
Висцеральные техники.	146
Упражнение на тазовое дно	159
Упражнения для позвоночника с акцентом на шею и поясницу	163
Упражнения для тазобедренных суставов	165
Пример развернутой программы репродуктивной йогатерапии.	166

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 9. ДЫШИМ НА ЗДОРОВЬЕ	169
Пять причин освоить дыхательные практики при планировании малыша	170
Дыхательные антистресс-практики.	173
Практики, оздоравливающие органы малого таза.	186
Глава 10. ОЧИЩАЕМ ОРГАНИЗМ	193
А нужно ли очищение?	193
Важность естественного очищения кишечника	200
Если у вас проблемы со стулом	205
Антистресс-практики при нарушениях стула	213
Пробиотики	216
Специальные очистительно-восстановительные практики	218
Три подхода к основной детоксикационной программе	224
Как еще снизить количество токсинов	225
Глава 11. ЕДИМ ВКУСНО И ФЕРТИЛЬНО	228
Основные принципы питания для оздоровления	229
Те самые важные акценты	245
Аюрведическая конституция	255
Глава 12. ПРИВЛЕКАЕМ СИЛУ ТРАВ	259
Лекарственные травы и эфирные масла в лечении бесплодия	264
Системная фитотерапия	280
Фитотерапия для женщин в случае основных гормональных дисбалансов	295
Устранение или коррекция других функциональных расстройств	312
Травы и экстракты для мужчин.	314

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 13. МУЖСКОЙ ФАКТОР	316
Виды мужского бесплодия	319
Причины мужского бесплодия.	322
Методы лечения мужского бесплодия.	323
Глава 14. МОЯ МЕТОДИКА И ПРОТОКОЛЫ ЭКО	333
ПРИЛОЖЕНИЕ. РАЗБИРАЕМСЯ С АНАМНЕЗОМ. БЕЗ СТРАХА. БЕЗ БОЛИ	348
БЛАГОДАРНОСТИ	365
ИСТОЧНИКИ	368
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	379

Отзывы специалистов

Книга Юлианы Соколовской посвящена применению методов традиционной медицины Индии и Тибета (научная йога, фитотерапия и психотерапия) в оздоровлении женщин, страдающих бесплодием.

Книга содержит 14 глав, отражающих причины женского и мужского бесплодия, и описание методик, позволяющих гармонизировать жизненные процессы, нормализующие гомеостаз и обеспечивающие активность репродуктивных органов. В книге подробно представлены используемые методы и результаты их применения с нормализацией дыхания, пищеварения, гормонального статуса и восстановления физического и эмоционального баланса.

Комплексное применение методов традиционной медицины также позволило улучшить результаты экстракорпорального оплодотворения по сравнению с результатами использования стандартных методов.

Достоинством книги является научный подход к оценке конституции пациентов на основании учения аюрведы, принципы восстановления минерального обмена и методы предупреждения последствий стрессовых ситуаций, разработанные автором.

Оригинальный материал, представленный в книге, будет интересен для широкого круга читателей, включая специалистов.

*Коршикова Юлия Ивановна,
кандидат медицинских наук, фитотерапевт,
доцент кафедры гериатрии и медико-социальной
экспертизы РМАНПО*

Очень нужная книга. Я верю в то, что она поможет многим семьям обрести счастье — забеременеть и родить здорового ребенка. Когда я проходила практику в Центре репродукции, сами врачи говорили о том, что если психологи возьмутся за наших бесплодных женщин, то мы останемся без работы, ведь 80% бесплодия — это голова.

Мне очень понравилось, что автор смогла собрать воедино разные методы работы с бесплодием — психологический, телесный, психосоматический, фитотерапию, ароматерапию. Автор смо-

ОТЗЫВЫ СПЕЦИАЛИСТОВ

трит на проблему широко, а не узконаправленно, как это часто бывает. Я более 15 лет работаю с беременными женщинами, вижу такие пары, которые не могут забеременеть или не могли забеременеть 5–10 лет, и потом случается чудо. Они приходят беременными в нашу школу для будущих родителей, проходят курсы подготовки, рожают детишек, и это огромное счастье.

Я верю, действительно верю, что такие специалисты, как мы, которые работают с семейной парой в этот период, могут сыграть важную роль и помочь семье обрести истинное счастье.

*Юлия Верба,
мама троих детей, перинатальный психолог,
основатель и руководитель школы
для будущих родителей «Вербочка» в СПб*

Очень интересная, полезная книга, которая поможет будущим мамам поверить в себя, в успех задуманного и глубже разобраться в проблематике своей ситуации и способах ее решения.

ЭКО — это не всегда 100%-ный результат, а как быть, когда неудачных попыток несколько? Несомненно, физиологическое и психоэмоциональное состояние играет важнейшую роль в успешности любой терапии, но как найти этот баланс? Важно верить в себя и в результат. Мне очень понравилось, что в книге приводятся аспекты работы и с ментальным, и с физическим здоровьем пациента, описаны особенности питания на этапе планирования беременности, показан аюрведический метод терапии. Особое место отведено методике подготовки в программах ЭКО, ведь для успешной терапии важен комплексный подход.

Будущим мамам книга показывает алгоритм действий, который дает возможность правильно настроиться и корректно подойти к терапии и, возможно, получить желанный результат без вспомогательных репродуктивных технологий. Ведь все мы знаем случаи, когда после нескольких неудачных попыток ЭКО пациенты беременеют самостоятельно.

Книга поможет читателю двигаться к своей заветной цели, невзирая на всевозможные трудности и неудачи.

*Рабаданова Асият Курбанмагомедовна,
к.м.н., врач-репродуктолог,
президент благотворительного фонда «ПРО ЭКО»*

Вступление

Если вы открыли эту книжку, значит, скорее всего, вы или кто-то из очень близких вам женщин (дочь, сестра, подруга) сталкивался или пытается решить проблему бесплодия. Почему я так уверенно об этом говорю? С кем бы я ни обсуждала идею этой книги в последние три года — в небольшой группе из 5–6 человек или тет-а-тет, мои собеседники всегда делились личной историей на эту тему. «Вы знаете, у нас тоже достаточно долго не получалось с детьми...» — часто слышу я.

Тема бесплодия очень деликатная. В широком, даже семейном, кругу обсуждать ее не принято. Она тонкая, болезненная, травматичная. Получается так, что женщина, с одной стороны, всячески избегает расспросов, с другой — мучается от того, что остается с такой серьезной проблемой фактически один на один.

Поэтому сейчас — внимание! — самое важное: вы точно не одна, а эта проблема точно решается. С современными репродуктивными технологиями стать родителями по силам каждому. В своей работе, при том что многие мои клиенты отказываются от ЭКО, я вижу 85% результативности — то есть шансы довольно велики, даже если исключить такие подходы, как донорский материал и суррогатное материнство.

А теперь о том, как знания и методы, представленные в книге, позволят войти в эти 85–90% счастливых женщин, ставших мамами, несмотря на трудности, диагнозы и обстоятельства.

○ Моя книга — это описание технологии, пошаговая ○
○ инструкция, которая поможет настроить все систе- ○
○ мы женского организма — эндокринную, нервную, ○
○ иммунную и психическую — на деторождение. ○

В двух словах расскажу о том, как появилась моя методика. В моем багаже два высших образования, МВА Стокгольмской школы экономики и успешная бизнес-карьеря в западных компаниях, но мне всегда были интересны традиционные восточные методы оздоровления. Я училась, в том числе в Индии, йога-терапии, фитотерапии, аюрведе и глубоким техникам работы

с психикой. Используя эти знания, я уже больше 25 лет помогаю людям восстановить здоровье.

С 2010 года специализируюсь на женском гормональном здоровье и на работе с парами, испытывающими сложности с зачатием ребенка. Тогда же я основала первую в Санкт-Петербурге студию йогатерапии для женщин — решила сделать акцент на женские практики, мне самой это было интересно. Женщинам очень нравилось, они чувствовали эффект и просили больше таких практик. Постепенно сформировался курс репродуктивной йоги. Все чаще женщины стали подходить ко мне с вопросами, может ли программа помочь, если не получается забеременеть. В 2015 году я начала вести блог по репрйоге, стала рассказывать про некоторые упражнения и методики онлайн — мне очень хотелось делиться этими знаниями, я понимала, насколько они нужны. Появились просьбы сделать онлайн-курс. Я подумала: «Как? Это же телесные практики, надо показывать упражнения. Плюс темы про сон, про питание... Как это все увязать в онлайн-формате?»

Но весной 2016 года села и написала программу. На 70% она и сейчас остается в основе курса. Я не знала, как это будет работать онлайн, с большой осторожностью решила попробовать, и в июне мы запустили первый поток. А в августе — уже второй. Во-первых, было много желающих, а во-вторых, уже было подтверждение, что все работает: две беременности через два месяца первого потока! Эти новости от участниц я получила в один и тот же день, от одной утром, от другой — вечером. И была просто счастлива! К концу года 85% участниц были беременны. Малышам первого онлайн-курса уже шестой год. Всего при моем содействии на момент написания книги родилось 167 малышей во всем мире — от Камчатки до Нью-Йорка.

«Так что же это за программа?» — наверное, думаете вы.

Если говорить научным языком, моя авторская методика гормонального и репродуктивного здоровья основана на синтезе знаний и практик традиционной восточной медицины и западного доказательного подхода.

В нее входит много аспектов от медитаций до рационального расчета питания. В результате нормализуются процессы в организме, он сам начинает себя оздоравливать, приводить в баланс.

ВСТУПЛЕНИЕ

Недавний пример: у одной из участниц, которая живет в Калифорнии, в результате занятий не только родился чудесный малыш, но еще и прошел тендовагинит — боль в запястьях. Это происходит за счет системного воздействия: йогатерапия, дыхательные практики, очищение ЖКТ, коррекция питания, релаксация.

Мои друзья, клиенты и семья давно подталкивали меня к написанию книги. Ведь не все, кому может помочь методика, придут ко мне на курс. И невозможно вести курс 24/7. Я снова сомневалась, понимая, какой это большой труд, и опасаясь, что невозможно передать в печатном виде все тонкости. Последние сомнения рассеял коронавирус. Наша жизнь стала более изолированной, мы больше времени проводим дома. К тому же в книге проще найти нужную информацию, вспомнить последовательность, пролистав ту или иную главу. Книга всегда под рукой, можно почитать и позаниматься, когда есть минутка. И я решилась.

В книге я рассказываю о своей методике максимально полно и детально, даю конкретные упражнения, рекомендации по питанию, нормализации гормонального фона, а также по работе с психоэмоциональной сферой. Отдельная глава посвящена мужскому фактору в бесплодии и рекомендациям для мужчин.

Я очень рада, что ряд уважаемых экспертов в области репродуктологии, перинатальной психологии и фитотерапии поддержали меня в работе над книгой, дополнили ее своими ценными комментариями и поделились интересными кейсами по этой теме.

Основная идея книги в том, чтобы помочь вам найти свой уникальный путь к малышу. Поверьте мне, диагноз «бесплодие» — это не приговор, малыши рождаются в, казалось бы, самых безнадежных ситуациях. И иначе как чудом окружающие это не называют. Главное — верить в себя, не отчаиваться и двигаться к своей мечте стать мамой. Я надеюсь, что шаг за шагом моя книга поможет вам обрести уверенность, здоровье и долгожданного малыша. Желаю вам этого всем сердцем.

Откуда берется бесплодие?

О причинах, видах и механизме развития бесплодия. Диагноз — окончательный вердикт или состояние неопределенности?

Истории из практики йогатерапевта

В 2012 году мои утренние занятия репродуктивной йогой проходили в просторном и светлом зале на Авиационной улице. В один из дней на класс записалась девушка, на которую я сразу обратила внимание. Было видно, что она уже занималась йогой, но мое внимание привлекло то, как вдумчиво и внимательно она делала упражнения. Ольга стала ходить на занятия регулярно и изредка подходила после класса, чтобы задать вопросы по практике. Серьезная, сосредоточенная, она редко улыбалась. Прошло месяца три, когда она подошла ко мне с другим вопросом. Оказалось, у нее скоро свадьба и они с молодым человеком приступили к планированию малыша. Подошли к этому основательно, сдали анализы. Ольга растерянно сказала, что у партнера обнаружена генетическая патология — анеуплоидия гоносом¹ — и врачи считают, что наступление беременности естественным путем невозможно. Поставили бесплодие, рекомендуют ЭКО. За два года совместной жизни беременность не наступила. Ребята были еще совсем молодые, Ольга — 23, Максиму — 25. ЭКО они пока делать не хотели по своим причинам. С точки зрения возраста оснований спе-

¹ Анеуплодия гоносом — нарушение парности половых хромосом (42,8% — длительное первичное бесплодие; 80% — привычное невынашивание; 33% — замершие беременности; 100% — аномалия плода; 70% — азооспермия (отсутствие спермы в эякуляте).

шить с беременностью не было. Я честно предупредила, что при такой патологии сложно сказать, поможет ли им мой метод. Но попробовать можно. Ребята согласились.

Ольга продолжала ходить на занятия в группу, а Максим начал делать упражнения дома. Ольга занималась очень старательно, партнер, по ее словам, тоже делал практики регулярно. Беременность наступила через 10 месяцев занятий. С учетом генетического анамнеза мужа и риска аномалий на ранних сроках беременности была проведена пренатальная диагностика. В заключении: плод с нормальным хромосомным набором без генетических отклонений. Ольга чувствовала себя отлично всю беременность, до самых родов занималась йогой. Родилась чудесная здоровая девочка. Кейс был представлен в моем докладе на конференции 2015 года и вызвал активные обсуждения со стороны коллег. Сейчас у пары уже двое детей: через три года родился еще и мальчик.

Я не люблю слово «бесплодие» и по возможности стараюсь его избегать. Наверное, поэтому во время работы над книгой я дала ей черновое название «Бесплодие отменяется». Дело в том, что сама постановка такого диагноза негативно влияет на фертильность, формируя у женщины (или у пары) дополнительную деструктивную психологическую установку и увеличивая стресс. Поэтому в работе с парами, которые приходят ко мне, я это слово не использую. Но для целей этой книги без него сложно обойтись, поэтому оно будет встречаться часто. Постарайтесь не принимать его на свой счет. Воспринимайте его как слово для описания проблематики.

В этой главе мы разберемся в том, когда диагноз «бесплодие» действительно обоснован, а также поймем, что стоит за основными видами и причинами бесплодия. За редким исключением такой диагноз не вердикт, а поиск своего уникального пути к малышу.

Я много раз убеждалась в том, что малыши рождаются даже при самых пессимистичных врачебных прогнозах. Буквально на днях мне позвонила одна из моих девочек. Я была счастлива

разделить ее эмоции радости и удивления. 46 лет, одна труба удалена, другая непроходима. По мнению врачей, естественное зачатие было невозможно. Первый ребенок появился на свет несколько лет назад после моей программы и с использованием ЭКО¹. Полгода назад появилось желание родить еще одного ребенка, и Инна с новым мужем снова подумывали об ЭКО. Она даже не обратила особого внимания на задержку, подумала о возрастном сбое цикла. Беременность наступила естественным путем. Вот такие чудеса случаются. Кстати, неожиданные беременности незадолго до менопаузы далеко не редкость. Организм женщины перестраивается и нередко создаются очень удачные условия для зарождения новой жизни.

- В любой ситуации, независимо от диагноза, важно ○
- не отчаиваться, а создавать максимально благоприятные условия для зачатия. ○

Даже если вы воспользуетесь всего $\frac{1}{3}$ рекомендаций из этой книги, вы сможете заметно улучшить свою фертильность. А с учетом современных репродуктивных технологий сегодня путь к ребенку открыт для каждой женщины и каждого мужчины.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), бесплодие — это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться беременности в течение одного года. (1.1) Для постановки диагноза «бесплодие» врачи часто используют следующий критерий: «Бесплодие — это отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции в течение одного года, если возраст супругов не превышает 35 лет, и в течение шести месяцев при возрасте старше 35 лет». Связан такой критерий со следующей статистикой здоровых пар: 30% пар добивается беременности в первые три месяца активных попыток, 60% — в следующие семь месяцев и, наконец, 10% — за последние два-три месяца первого года. (15.8) Этот критерий также связан с ВРТ² — вспомогательными репродуктивными технологи-

¹ ЭКО — экстракорпоральное оплодотворение, один из методов ВРТ.

² ВРТ — вспомогательные репродуктивные технологии.

ями. Статистика этого метода лечения бесплодия показывает, что с возрастом эффективность протоколов падает. Подробнее об этом в главе 14, посвященной методам ВРТ. Но диагноз на основе этого критерия не является абсолютным, хотя для многих и звучит как приговор. Такой диагноз значит, что пора серьезно заняться вопросом планирования. А что, если на этом пути вас ждут важные открытия и дары? Работая с парами на протяжении нескольких месяцев, а иногда и лет, я вижу, как меняется их отношение к себе, друг к другу и к жизни. И часто эти изменения не менее ценный дар, чем приход в вашу жизнь малыша.

Все причины ненаступления беременности при нормальной половой жизни пары можно разделить на четыре большие группы.

1. Психоэмоциональные причины. Такое бесплодие называют психологическим, или психогенным. Медицинские обследования пары в этом случае не находят причин для ненаступления беременности. При этом в работе психики можно обнаружить соответствующие триггеры, деструктивные установки или внутренние конфликты.

2. Нарушения здоровья у женщины и/или мужчины, снижающие фертильность. Это могут быть как проблемы с репродуктивным здоровьем, так и другие заболевания, которые на первый взгляд не связаны с фертильностью напрямую. В эту же группу можно отнести психосоматическое бесплодие, когда первичны психологические причины, но диагностированы расстройства на телесном уровне.

3. Идиопатическое бесплодие, или бесплодие неясного генеза. Нет установленных причин ни телесного, ни психологического характера.

4. Смешанные формы бесплодия. Одновременно присутствуют как отклонения по здоровью, так и психологические факторы.

Врачи склонны видеть основными причинами бесплодия нарушения здоровья и считают эту группу самой значительной. Перинатальные психологи обоснованно полагают, что первичны причины первой группы и все расстройства здоровья носят психосоматический характер. В одном из исследований, посвящен-

ном причинам бесплодия, ученые пришли к выводу, что чаще всего психогенные факторы первичны. И в то же самое время они могут возникать как вторичные в процессе лечения бесплодия. (7.2) В свою очередь, доля идиопатического бесплодия в разных исследованиях оценивается как 10–30% от всех случаев. (7.1, 7.3) Я чаще всего имею дело со смешанной формой бесплодия.

Иногда есть причины и более высокого порядка, и иначе как духовными их сложно назвать. Некоторым женщинам и мужчинам, прежде чем стать родителями, надо сперва вырасти личностно. Возможно, именно в этой плоскости формируется бесплодие неясного генеза. Исследования связи духовности и фертильности пока никто не проводил, это нетривиальная задача. Моя же методика работы с бесплодием использует целостный подход к оздоровлению — как на телесном уровне, так и на уровне психики. Подробнее о методике я рассказываю в 4-й главе.

Врачи выделяют семь основных видов бесплодия как заболевания.

1. Трубно и трубно-перитонеальное бесплодие. Связано с непроходимостью маточных труб и развитием спаечного процесса в полости малого таза.

2. Эндокринное бесплодие. Отсутствие созревания яйцеклетки и неправильная выработка гормонов в яичниках, а также другие эндокринные нарушения.

3. Маточная форма бесплодия. Связана с анатомическими дефектами матки, т.е. удвоением, изменением формы, недоразвитием, опухолями и патологией эндометрия.

4. Иммунная форма бесплодия связана с образованием антител к половым клеткам, к тканям яичника, к эндометрию, а также дисбалансом цитокинов¹ или HLA-несовместимостью² супругов.

¹ Ц и т о к и н ы — пептидные информационные молекулы, обеспечивают межклеточные и межсистемные взаимодействия; продуцируются лимфоцитами, макрофагами и некоторыми другими клетками.

² HLA — human leucocyte antigens /антигены тканевой совместимости.

5. **Секреторное мужское бесплодие.** Нарушен сперматогенез.

6. **Экскреторное мужское бесплодие.** Нарушено выделение спермы.

7. **Патоспермия**, то есть патология спермы или сперматозоидов. Проблемы могут быть в объеме и качестве семенной жидкости, концентрации, подвижности, морфологии (форме) сперматозоидов.

При более детальном подходе на уровне диагноза различают более сотни причин женского и мужского бесплодия. С медицинской точки зрения бесплодие также делят на первичное и вторичное, врожденное и приобретенное, абсолютное и относительное.

Первичное бесплодие ставят женщине, когда у нее не было ни одной беременности. А мужчине — если ни у одной из женщин при оплодотворении его спермой не наступало беременности. Причинами женского первичного бесплодия могут быть врожденные аномалии матки и маточных труб, врожденные или приобретенные нарушения работы эндокринной системы, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). У мужчин первичное бесплодие формируется по причине аномалии половых органов, генетического фактора, варикоцеле, урогенитальных заболеваний, в том числе ИППП, эндокринных заболеваний.

Вторичное бесплодие диагностируют при наличии беременности в прошлом, независимо от того, была ли это единственная беременность и чем она закончилась — родами, абортom, замершей беременностью, выкидышем. По мнению врачей, к вторичному бесплодию чаще всего приводят аборты, самопроизвольные выкидыши, а также спаечный процесс после гинекологических операций и хронических воспалений.

Медицинское определение абсолютного бесплодия сформулировано следующим образом: это бесплодие, связанное с необратимыми патологическими изменениями в половых органах, исключающими возможность зачатия. Раньше при таких формах бесплодия единственным шансом на материнство и отцовство было усыновление.

В наше время абсолютного бесплодия как такового не существует. На помощь приходят вспомогательные репродуктивные технологии, включая донорский материал и суррогатное материнство.

Статистика основных причин бесплодия

Самые часто встречающиеся причины бесплодия представлены на рисунке 1.1.



Рисунок 1.1. Топ-5 причин бесплодия

По разным данным, мужская инфертильность составляет от 21 до 48% от всех случаев бесплодия. Но если исходить из здравого смысла и практического опыта, то это добрая половина всех случаев. Структура бесплодных браков в зависимости от пола, согласно данным статистических исследований, приведена на рисунке 1.2. Это усредненные цифры на основании крупных эпидемиологических исследований, проведенных в Западной Европе, Таиланде и Индии. Так, западноевропейские исследования показали, что мужской фактор составляет 20–24% от всех случаев. В Таиланде из 1072 супружеских пар с бесплодием

СТАТИСТИКА ОСНОВНЫХ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ

в 55,6% возможные причины бесплодия были выявлены у обоих супругов, в 19,4% установлен изолированный мужской фактор. Важно отметить, что мужчины проходят обследования гораздо менее охотно, чем женщины. О мужском факторе в бесплодии подробнее в главе 13.



Рисунок 1.2. Структура бесплодных браков в зависимости от пола

Большую долю в структуре бесплодия занимают эндокринные заболевания.

Возможно, для кого-то информация, приведенная ниже, покажется чрезмерно подробной, но для кого-то она будет полезна. Дело в том, что, в зависимости от причин эндокринного бесплодия, используется разная тактика лечения, в том числе и в комбинированных методах. В частности, снижение или увеличение физической нагрузки, разный выбор растений в фитотерапии, активация симпатки или парасимпатки. Лучшее понимание этиологии (причин) дает лучший результат. Не тратится время на бесполезные методы, тщательно и прицельно выбирается только самое эффективное для конкретного пациента. Если вам не интересно разбираться в медицинских терминах, смело пропускайте этот фрагмент и двигайтесь дальше. А если вам важно в этом разобраться, подробнее о медицинских диагнозах, связанных с бесплодием, поговорим в разделе «Разбираемся с анамнезом».

Эндокринные формы бесплодия

Эндокринные формы бесплодия чаще всего проявляются отсутствием созревания яйцеклетки в яичниках, неправильной выработкой гормонов в яичниках, дисбалансом гонадотропных гормонов в гипоталамо-гипофизарной системе, а также другими эндокринными нарушениями. Некоторые формы достаточно легко поддаются лечению, другие требуют тщательно выверенной индивидуальной тактики. Принято выделять семь основных групп эндокринного бесплодия.

1. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность. Это такие патологические состояния, как половой инфантилизм, аменорея, гипоменструальный и, реже, гиперменструальный синдром. У таких женщин резко снижены ФСГ (фолликулостимулирующий гормон) и ЛГ (лютеинизирующий гормон), повышен уровень пролактина, снижен уровень эстрогенов. Матка уменьшена, трубы удлиненные, тонкие, извитые, шейка матки конической формы, влагалище узкое. Определенную роль в развитии бесплодия имеют анатомические изменения, но основной причиной выступает отсутствие овуляции.

2. Гипоталамо-гипофизарная дисфункция. Сюда относятся следующие нарушения менструального цикла: недостаточность лютеиновой фазы, ановуляторные циклы или аменорея, повышенный уровень эстрогенов в сочетании с невысоким уровнем пролактина и прогестерона. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ), при котором в яичниках продуцируется много андрогенов, подавлена овуляция, развивается гирсутизм, ожирение.

3. Яичниковая недостаточность. Сниженный уровень эстрогенов, аменорея, высокий ФСГ. Часто бывает результатом хромосомных аномалий.

4. Врожденные и приобретенные нарушения половой системы. Стойкая аменорея. Облитерация (заращение) полости матки и образование синехий после аборт.

5. Гиперпролактинемия при наличии опухоли в гипоталамо-гипофизарной области. Ановуляция или недостаточность функции желтого тела.

6. Гиперпролактинемия без органических изменений. Функциональные нарушения в гипоталамической области, повышенный уровень пролактина, аменорея, ановуляция.

7. Аменорея на фоне опухоли в гипоталамо-гипофизарной области. Снижена продукция рилизинг-гормонов и гонадотропинов, низкий уровень эстрогенов, пролактин в норме.

Истории из практики йогатерапевта

Ирина пришла ко мне по рекомендации сестры. Красивая, мягкая, 36 лет, мама чудесной дочки. 4 года попыток зачать второго ребенка. Не сразу, но мы нашли предполагаемую причину — высокий пролактин. Назначен достинекс, на терапии 3 года, препарат переносится не очень хорошо. На момент обращения ко мне пролактин в норме, но зачатие не происходит. В программе сделали акцент на анти-стресс-терапии (тому были причины), достинекс заменили траволечением, которое при гиперпролактинемии работает более эффективно, чем фармпрепараты. Через семь месяцев Ирина забеременела естественным образом. Летом 2016 года родился здоровый мальчик. Сейчас Петруша, как называют его в семье, уже готовится пойти в первый класс.

Тенденции бесплодия в России

К сожалению, в России, как и во всем мире, есть тенденция роста бесплодия. Связано это с самыми разными факторами, от повышения уровня жизни и образования до негативных трендов в экологии. «Чем выше образование, тем ниже рождаемость, показали исследования, проведенные в Швеции, — рассказал в своем интервью «Ъ» президент Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ), генеральный директор Международного центра репродуктивной медицины Владислав Станиславович Корсак. — Современные женщины нацелены на получение образования, карьерный рост и создание материальной базы для будущей семьи... Когда все это достигнуто, им, как правило, уже больше 30, и физиологические возможности для деторождения упущены». Со своей стороны хочу отметить,

что подобная тенденция откладывать деторождения наблюдается и у мужчин. И это на фоне того, что мужское бесплодие растет быстрыми темпами. Подробнее о мужском бесплодии я рассказываю в 13-й главе.

Галина Григорьевна Филиппова, доктор психологических наук, профессор, один из авторитетнейших экспертов в области репродуктивной психологии, обращает внимание на следующие причины роста статистики по бесплодию: «Любая статистика по бесплодию связана с обращением людей. Например, если люди не обращаются к специалистам и не собираются рожать, они не входят в статистику бесплодия, даже несмотря на то, что дети у них не рождаются. В статистику бесплодия входят только те, кто с этим обращается. Поэтому то, что сейчас информированность больше и доступность лечения больше, конечно, в свою очередь увеличивает саму статистику». И снова добавлю, что это в еще большей степени касается статистики по мужскому бесплодию. Помимо объективных причин роста, эта тенденция связана с тем, что в последние десять лет при бесплодии в паре мужчины обследуются на порядок чаще, чем раньше. И это положительный сдвиг в восприятии бесплодия: до появления ЭКО причины по большей части искали в женщинах.

Галина Филиппова говорит о еще трех факторах роста бесплодия, связанных с популяционными процессами. Первый известен любому человеку, знакомому с популяционной биологией. Объективно у нас на планете перенаселение. И, поскольку есть перенаселение, появляются процессы, которые ведут к уменьшению численности людей. Помимо эпидемий, факторов тревоги при скученности проживания, которые характерны и для животных, у человека есть еще и свои специфические факторы. Мы хорошо знаем, что когда в истории происходили события, серьезно уменьшавшие численность населения — войны, природные катастрофы, — то в качестве борьбы за выживание включались компенсационные механизмы поддержания численности популяции. Как только такая угроза возникает, рождаемость повышается. У людей повышается мотивация рождения детей, стремление к продолжению рода. Но когда людей очень

много и такой необходимости объективно нет, то появляются группы населения, для которых эта мотивация становится неактуальной. Такое невозможно представить в период до начала XIX века, до крупной индустриализации. Отдельные люди, которые считали, что дети им не нужны, были всегда. Но чтобы это были целые сообщества и течения, как сейчас, — такого не было. Подобное стало возможным, когда необходимость в интенсивном размножении исчезла.

Второй фактор: чем выше уровень жизни и благосостояния, тем меньше стремление к размножению. Например, когда в Китае был введен запрет на рождение второго ребенка, люди сильно протестовали и боролись. Когда проявился эффект старения нации, правительство снова разрешило второго и даже третьего ребенка, и вдруг столкнулось с тем, что мотивация у населения уже снизилась. Мы прекрасно знаем, что несмотря ни на какие стрессы, ни на какие сложности, чем ниже социальный уровень, тем выше фертильность и рождаемость. Это эволюционная, а не индивидуальная закономерность, потому что на самом деле рождение детей — это фактор борьбы за существование. То есть те, кому надо бороться за существование, будут бороться и за воспроизведение. И это неосознаваемые процессы. Очень интересный опыт был поставлен на мышах — довольно известный эксперимент Джона Кэлхуна «Вселенная 25». Группе мышей в сравнении с другой контрольной группой создали лучшие условия. Важным фактором было отсутствие внутривидовой конкуренции. То есть не надо было вообще друг с другом никак конкурировать. И в результате эта группа мышей перестала размножаться. Собственно, это то, к чему сейчас стремится человечество: чтобы всем было одинаково хорошо, чтобы не было задачи бороться друг с другом за место в жизни. Что мы видим по разным странам? Где самый высокий уровень жизни и наименьшая социальная конкуренция? Скандинавские страны. И там уровень бесплодия и уровень ВРТ самые высокие. Впрочем, всегда есть группы людей, которые хотят иметь детей. На этом все и держится.

Третий фактор исключительно социальный. Речь идет о затягивании рождения первого ребенка. На последней конференции

РАРЧ в 2021 году появились первые публикации с формулировкой «мужчины 40+». Раньше были «женщины 40+», абсолютно понятная категория, характеризующаяся резким снижением фертильности в силу возраста. Теперь появилась планка и для мужчин 40+. Мощными темпами идет задержка перехода к деторождению, причем в самых социально благополучных репродуктивно перспективных группах населения. Мы ничего не можем с этим сделать, дело в ментальности. У меня был случай работы с парой, которые в итоге развелись из-за разных взглядов на этот вопрос. Женщина сказала: «У меня планка! Я должна была родить до 30, а мне уже 30». А он говорит: «С ума сошла! На Западе вон в 40 рожают, и нормально!» Изменить его мнение никак не удалось. Потому что его текущая задача — еще пожить для себя и пока не заводить детей. Это очень важная проблема, потому что никакая эволюция не успеет за темпами социальных изменений.

К этому можно добавить такие факторы, как негативное влияние экологии и современного образа жизни как на женскую, так и на мужскую фертильность. Подробнее об этом в других главах этой книги.

Независимо от диагноза и причин бесплодия и даже в случае хорошей фертильности в паре подготовку к беременности важно начинать заранее. Здоровый образ жизни будущих родителей, минимизация вредных воздействий, специальная детоксикационная подготовка позволяют зачать и выносить здорового малыша. Осознанное планирование помогает избежать неблагоприятных осложнений беременности и сохранить здоровье мамы. Это целесообразно как в случае подготовки к естественной беременности, так и в случае зачатия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Методики, о которых я рассказываю в этой книге, доступны каждой женщине. Я искренне желаю, чтобы ваш путь к малышу был наполнен радостью открытий и заботой о себе. Используя мои рекомендации даже частично, вы сможете пройти этот путь легче и быстрее. Благодаря научным достижениям в области репродуктивных технологий счастье быть родителями доступно каждому.

Резюмирую печальную статистику.

- По оценкам, количество жителей России, страдающих бесплодием, варьируется от 3 до 10 млн человек, 5–15% репродуктивного населения в возрасте 16–44 лет.
- В 2012 году диагноз «бесплодие» ставили на 5% чаще, чем в 2011 году.
- Мужская инфертильность по разным данным составляет от 21 до 48% от всех случаев бесплодия.
- Мужское бесплодие активно прогрессирует.
- Диагноз «бесплодие» молодеет. 40% сегодняшних подростков ожидает диагноз «бесплодие».

Рассчитайте свою фертильность

*Какие анализы и обследования нужны,
чтобы оценить готовность к здоровой
беременности*

Истории из практики йогатерапевта

Елена пришла на консультацию летом 2016 года, увидев мои статьи на тему бесплодия. Яркая, эмоциональная брюнетка, она буквально светилась здоровьем и энергией, но при этом пребывала в некой растерянности. За полгода до нашей встречи она консультировалась в печально известном ленинградкам поколения моей мамы государственном центре репродукции на Комсомольском проспекте. То ли Елена была тогда сильно взволнована, то ли ей попался не самый разговорчивый врач, но консультация лишь сильнее ее запутала. Молодая пара. Ей — 30, мужу — 27, пять лет в счастливом браке. Захотели ребенка три года назад, перестали предохраняться, но зачатия не происходило. В центре репродукции рекомендовали ЭКО. Почему — Елене непонятно. С ее слов, у врача к анализам вопросов не было, сказал, все в норме. Елена нервничала, умоляла меня помочь. Сказала, что готова заниматься, соблюдать любые рекомендации. Было видно ее сильное желание иметь ребенка.

Я посмотрела распечатки анализов, и действительно, у Елены все идеально, лучше и быть не может. Промелькнула мысль про идиопатический вариант бесплодия. Я знаю, как с этим работать и люблю такие кейсы, далеко не самые простые, но очень интересные.

Следующий листочек в папке анализов — спермограмма мужа. Тератозооспермия, одно из самых сложно поддающихся

ся лечению отклонений в спермограмме. В спермограмме диагноза не было, но я увидела цифры: если, по строгим критериям Крюгера¹, морфология (количество сперматозоидов нормальной формы) менее 4%, вероятность наступления естественной беременности практически нулевая. Знаю, насколько сложно работать с этим показателем. А в этой спермограмме морфология — 0%! Я объяснила Елене, что в их паре причина ненаступления беременности — мужской фактор. Она не верила, кричала, а потом спросила меня, почему тогда репродуктолог в центре ей этого не сказал. Я терпеливо дождалась, когда эмоции схлынут, и объяснила, что в их ситуации ЭКО рекомендовано верно. Шансы на естественную беременность малы. Последовал новый всплеск эмоций, потому что ЭКО в семье обсуждалось, но муж был категорически против. Елена настаивала на индивидуальных занятиях со мной. Я же была готова работать с парой. Тем более что не так давно при работе с другой семьей у нас получилось существенно поднять морфологию в спермограмме. Я объяснила, что работа предстоит в первую очередь с мужем, у Елены все в порядке. Недоумение, выражение отчаяния на лице, пауза.

«Нет, он не будет заниматься, никогда не согласится. Он у меня с Кавказа, об этом и речи быть не может», — решительно произнесла Елена. Я ответила, что заниматься только с ней в их ситуации бессмысленно. Предложила еще раз подумать об ЭКО и вернуться ко мне, обсудив ситуацию с мужем. Через несколько дней получила эмоциональное сообщение от Елены: «Вообще я в растерянности... Почему врачи этого не видят? Почему я потратила полтора года, ковыряясь в себе, когда активнее нужно было заниматься мужем? Когда я сегодня опять начала с ним разговор, он сказал, что никогда не забудет последний поход к урологу... и он больше никуда не пойдет... А ведь можно было сразу определить и лечиться».

¹ Морфология по строгим критериям Крюгера — исследование формы сперматозоидов по международным стандартам, принятым Всемирной организацией здравоохранения.

Сочувствуя ситуации всем сердцем, я предложила еще раз взвесить все варианты. Елена вернулась ко мне через два года с общим семейным решением: все-таки идти в протокол ЭКО. Я разработала паре рекомендации по подготовке к процедуре — мы занимались телесными практиками, релаксацией, оптимизировали питание. Через пять месяцев в первом же протоколе наступила беременность. Осенью 2019 года родился крупный красивый мальчишка, 8/9 по шкале Апгар¹. Родители обожают своего первенца и подумывают о втором ребенке.

К сожалению, случаи, когда лечат совершенно здоровую женщину, а мужчина даже не сделал спермограмму, до сих пор встречаются в моей практике. Хотя ситуация существенно изменилась к лучшему за последние пять лет. Часто спрашивают, какие анализы нужно сдать женщине, чтобы понять, готова ли она к беременности. На самом деле анализы при планировании беременности важно сдать не только женщине, но и мужчине. Иначе можно потерять много ценного времени при планировании. Когда мы оцениваем совокупную фертильность пары², мужское репродуктивное здоровье важно ничуть не меньше, чем женское. Тем более что есть причины, по которым мужской фактор в бесплодии становится все более значимым. О мужской фертильности подробно в 13-й главе, а сейчас — о биомаркерах при планировании беременности.

Какие обследования и когда стоит пройти женщине и мужчине на этапе планирования беременности? Рекомендую первый чекап пройти за шесть месяцев до запланированной беременности, а оставшееся время потратить на подготовку. Такой осознанный подход поможет и своевременному зачатию,

¹ Шкала Апгар — это система быстрой оценки состояния новорожденного. Баллы менее 3 означают критическое состояние новорожденного, более 7 считаются нормой, 8 и 9 — очень хорошим состоянием. Идеальные 10 баллов встречаются крайне редко.

² Совокупная фертильность пары — суммарная способность пары к воспроизводству потомства.

и благополучному протеканию беременности, и легким родам, и сохранению здоровья будущей мамы, а также положительно скажется на здоровье малыша.

Основной чекап женского репродуктивного здоровья

Сразу скажу, что вопрос с дополнительными анализами решается индивидуально. Он зависит от анамнеза и возраста конкретной женщины. Не удивляйтесь, что мои рекомендации частично отличаются от перечня анализов участкового гинеколога из районной консультации. Подход к женскому здоровью в интегративной медицине не похож на тот, который принят в конвенциональной гинекологии. В чем эти два подхода единодушны, так это в том, что посещать врача-гинеколога нужно не реже чем в раз в год.

- При первичном посещении врача с целью планирования беременности рекомендован осмотр с помощью зеркала, ультразвуковая диагностика (УЗИ) органов малого таза и два мазка: на флору из влагалища и цитологический, с шейки матки и из цервикального канала. ○

Цитология, ее еще называют пап-тест (*англ.* Papanicolaou test, Pap test или Pap smear), нужна для выявления изменений в клетках шейки матки, которые впоследствии могут привести к онкологическим заболеваниям. Также важно периодически сдавать анализ на ВПЧ (вирус папилломы человека). Помимо риска онкологии, отдельные штаммы этого вируса могут приводить к патологии развития плода во время беременности. Если у женщины нет никаких признаков гормональных расстройств (стабильный красивый цикл, нет ПМС, менструальных болей, лишнего веса, отеков, проблем с кожей), симптомов воспалительных заболеваний и инфекций, то этих анализов может быть вполне достаточно. При наличии симптоматики, которая говорит о гормональных расстройствах, — отсутствие мен-

струаций (аменорея), нестабильная длительность цикла, слишком растянутый или, наоборот, укороченный цикл, обильные или скудные менструации, отсутствие овуляции (ановуляция), ПМС, боли в груди, проблемы с кожей — необходимо сдать анализы на женские половые гормоны, пролактин и гормоны щитовидной железы. Половые гормоны в сыворотке крови сдаются в определенные дни цикла. При 28-дневном цикле:

- 1) лютеинизирующий гормон (ЛГ) и фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) в сыворотке крови сдаются на 2–3-й день цикла;
- 2) эстрадиол в сыворотке крови сдается на 2–3-й или 21–23-й день цикла;
- 3) прогестерон в сыворотке крови сдается на 21–23-й день цикла.

В случае более короткого или длинного цикла дни сдачи этих анализов соответственно сдвигаются, и грамотный гинеколог обязательно это уточнит.

Врачи интегративной медицины не без оснований считают, что анализы половых гормонов в сыворотке крови недостаточно информативны, поэтому целесообразно дополнительно сдать стероидный профиль слюны. (2.2, 2.3, 2.4) Это особенно важно начиная с 35-летнего возраста или при любых признаках гормонального дисбаланса. 35 лет — это тот возраст, когда у многих женщин начинаются первые возрастные гормональные дисбалансы и когда их можно вовремя скорректировать без гормональных препаратов. Чаще всего в этом возрасте развивается дефицит прогестерона, который может привести к относительной гиперэстрогемии (эстрогендоминированию). И, как следствие, к развитию серьезных заболеваний, таких как миома, эндометриоз, аденомиоз, тяжелые формы ПМС, дисменорея, бесплодие и невынашивание беременности.

Стероидные гормоны в слюне показывают как основные половые гормоны (эстрадиол, прогестерон, тестостерон), так и гормоны надпочечников (17-ОН прогестерон, ДГЭА, андростендион, кортизол, кортизон). Такой анализ позволяет оценить, как происходит синтез основных стероидных гормонов,

метаболизм которых тесно взаимосвязан, и не только узнать, есть ли гормональный дисбаланс, но и понять, в чем его причины, т.е. на каком именно этапе происходит сбой.

Пролактин. Этот гормон тоже участвует в регуляции женской репродуктивной системы. Его повышение вызывает гиперпролактинемию и может приводить к аменорее, ановуляции и бесплодию.

Так как синтез половых гормонов связан и с гормонами щитовидной железы, то важно проверить их уровень. Заболевания щитовидной железы появляются иногда в очень юном возрасте. Это самый «молодой» гормональный дисбаланс, и он тоже может приводить к бесплодию. Первое обследование щитовидной железы целесообразно провести не позднее 25 лет, а при наличии симптомов или факторов риска, таких как наследственность или проживание в йододефицитном регионе, и в более раннем возрасте. В основной чекап щитовидной железы входят УЗИ и анализы на гормоны — тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4 свободный), а также антитела к тиреопероксидазе (АТ ТПО). Антитела сдаются для выявления такого заболевания, как аутоиммунный тиреоидит, по-другому называемое болезнь Хашимото. Это довольно распространенное у женщин аутоиммунное заболевание, которое может протекать в скрытой (субклинической) форме и являться причиной сниженной фертильности. (2.6) В отдельных случаях эндокринолог может попросить сдать свободный трийодтиронин (Т3 свободный) и реверсивный (rT3).

Для того чтобы увидеть причины гормональных дисбалансов, вместе с анализами на гормоны рекомендуется проследить и за следующими биомаркерами.

1. Общий анализ крови, показывающий отсутствие или наличие анемии, воспалений и других отклонений, которые могут быть причиной гормональных и других расстройств.
2. Биохимия крови. С точки зрения гормонального баланса в этом анализе нас прежде всего интересуют уровень общего белка, альбумин, показатели работы печени, холестерин, глю-

коза, инсулин, сывороточное железо, ферритин и гомоцистеин. Эти показатели нужны для оценки синтеза гормонов и установления возможных причин дисбаланса.

3. Так как все стероидные гормоны — это производные холестерина и для их метаболизма важно достаточное поступление правильных жиров в организм, рекомендуется сдать омега-3 индекс.

4. Витамин D, а именно D(25-OH), который участвует в синтезе стероидных гормонов.

5. При наличии железодефицитного состояния, которое тоже непосредственно связано с синтезом стероидных гормонов, кроме ферритина, белка, железа и гомоцистеина, присутствующих в биохимии, важно посмотреть уровень витаминов B₁₂, B₉ (фолиевая кислота) и C-реактивный белок. Иначе мы не увидим полную картину, а также можем неверно интерпретировать значение ферритина.

Все остальные обследования назначаются индивидуально с учетом личного и семейного анамнеза, возраста и текущего состояния здоровья. В сложных случаях может быть назначена и проведена диагностическая лапароскопия — малоинвазивная хирургическая процедура под общим наркозом. В ходе диагностической лапароскопии врач через несколько маленьких надрезов при помощи лапароскопа (длинной тонкой видеокамеры) и хирургических инструментов осматривает органы малого таза. Женщинам старше 40 лет может потребоваться анализ на антимюллеров гормон, отражающий овариальный резерв, т.е. количество яйцеклеток, которые остались в яичниках. Этот показатель оценивается в совокупности с другим биомаркером — количеством антральных фолликулов на 2–3-й день менструального цикла. АМГ меньше 1,0 считается признаком приближающейся менопаузы.

Обратите внимание на такой фактор, как вероятность ошибки при однократном исследовании уровня АМГ. В своей практике я несколько раз встречалась с ситуацией, когда при повторной сдаче АМГ оказывался выше, чем при первом анализе. Одно-

кратное исследование не является однозначным подтверждением овариального резерва. Когда есть несоответствие факторов, определяющих резерв яичников, рекомендуется пересдать анализ. Если же вывод сделан на основании нескольких результатов и подтверждается результатами УЗИ, то целесообразно не затягивать с планированием беременности и рассмотреть самые разные варианты.

Стоит помнить, что многим женщинам важно двигаться с планированием ребенка в своем темпе. Излишнее давление создает дополнительный стресс, поэтому позвольте себе идти к цели в комфортном для вас темпе.

Истории из практики йогатерапевта

Валя пришла ко мне на консультацию весной 2017 года. Очень женственная, обаятельная, с роскошными волосами. В папке тоненькая стопочка анализов. В новых счастливых отношениях с мужчиной. От первого брака дочь-подросток. У мужа детей никогда не было, очень хотели совместного ребенка. За три года совместной жизни не получилось, пошли обследоваться. Врачебный прогноз возможности естественного зачатия оказался неблагоприятный. У Вали низкий АМГ (антимюллеров гормон), у мужа отклонения в спермограмме. ЭКО пара не рассматривала. Я посоветовала сдать АМГ еще раз, сделать фолликулометрию, и пара приступила к занятиям по программе. Повторный результат анализа на АМГ оказался выше первого — 1,8 вместо 1,2. Тем не менее уровень все равно был низкий. По УЗИ оказалось, что созревают 4–5 и 6–7 антральных фолликулов в правом и левом яичнике соответственно, т.е. запас невелик. Также Вале поставили гипоплазию эндометрия, что значит его толщина в овуляторный период ниже нормы. Мы добавили травяные сборы, улучшающие работу яичников и положительно влияющие на эндометрий. На пятый месяц гормональной коррекции (третий по счету сбор) и седьмой от начала программы Валя забеременела. В августе 2018 года родился здоровый мальчик.

Список анализов для женщины при планировании беременности и наличии симптомов гормонального дисбаланса:

1. мазок на флору влагалища;
2. цитологический мазок, пап-тест;
3. УЗИ органов малого таза;
4. общий анализ крови;
5. биохимия крови;
6. профиль слюны на стероидные гормоны (эстрадиол, прогестерон, тестостерон, 17-ОН прогестерон, ДГЭА, андростендион, кортизол, кортизон);
7. ЛГ, ФСГ в сыворотке крови;
8. эстрадиол, прогестерон в сыворотке крови;
9. пролактин в сыворотке крови;
10. УЗИ щитовидной железы;
11. ТТГ, Т4 свободный, АТ ТПО;
12. ферритин;
13. В₁₂;
14. В₉;
15. омега-3 индекс;
16. витамин D₃;
17. гомоцистеин;
18. С-реактивный белок;
19. скрининг на ВПЧ;
20. анализ на TORCH-инфекции (герпес, краснуха, цитомегаловирус, токсоплазмоз).

Результаты этих анализов лучше всего интерпретировать совокупно, чтобы составить полную картину репродуктивного здоровья. Иногда по результатам этих анализов могут потребоваться дополнительные обследования, например генетические.

Мужчинам на первом этапе достаточно следующих обследований:

1. общий анализ крови;
2. биохимия крови;
3. спермограмма;
4. осмотр уролога-андролога;

5. анализ на гормоны — тестостерон, ФСГ, ЛГ, пролактин;
6. соскоб из уретры на наличие половых инфекций;
7. анализ на TORCH-инфекции (герпес, краснуха, цитомегаловирус, токсоплазмоз).

В отдельных случаях могут потребоваться дополнительные виды обследований, например анализ на резус-фактор, УЗИ предстательной железы, генетические анализы и другие.

Также важно отметить, что в репродуктологии время от времени появляется «мода» на те или иные обследования. Наука не стоит на месте, появляются новые гипотезы причин бесплодия и перечень рекомендуемых анализов меняется. Иногда некоторые анализы избыточны. Был период, когда тромбофилию рассматривали как частую причину ненаступления беременности. При тромбофилии наблюдается склонность к повышенному формированию тромбов в сосудистой системе организма. Ее значимость для конкретной женщины в плане ненаступления и невынашивания беременности во многом связана с индивидуальными особенностями реологии (текучести) крови. При субклиническом течении этой патологии она может не иметь выраженной симптоматики. Чаще всего причина наследственная и вызвана наличием аномалий в генах и гораздо реже — приобретенная в результате других заболеваний. Эта патология приводит к невозможности зачать ребенка, так как эндометрий не готов к имплантации эмбриона. Также это одна из причин замершей беременности.

В случае нарушения реологии крови может развиваться дисфункция яичников, яйцеклетки не созревают и остаются неполноценными. В этом случае целесообразно взять дополнительную консультацию у врача-гематолога, который назначит соответствующие анализы (общий анализ крови, коагулограмму, D-димер, фибриноген, гомоцистеин и др.). Частота заболевания в репродуктивном возрасте оценивается в 12% от всего населения. (2.5) В какой-то момент анализы на тромбофилию назначались буквально всем планирующим, в то время как они необходимы только для каждой десятой женщины.

ГЛАВА 2. РАССЧИТАЙТЕ СВОЮ ФЕРТИЛЬНОСТЬ

Сдав анализы, определите с вашим врачом последовательность и тактику лечения. И подключайте практики из этой книги. В каких-то случаях фитотерапия окажется лучшей альтернативой, чем фармпрепараты, а в каких-то будет только дополнительным лечением. Подключая телесные упражнения, убедитесь в отсутствии противопоказаний. Детоксикационные практики и техники релаксации станут отличным дополнением к любой терапии. Подробнее об этом в 10-й главе. Помните, что многие биомаркеры отлично поддаются коррекции естественными методами.

С точки зрения психологических аспектов бесплодия не лишним будет пройти тест на качество жизни для планирующих пар. Его целесообразно пройти как женщине, так и мужчине. В случае низких оценок могут быть рекомендованы дополнительные тесты для оценки уровня стресса и тревожности и др. Подробнее о психологических тестах в 5-й главе.

Независимо от результатов анализов, сохраняйте оптимизм. Современной науке и естественным методам под силу решение практически любых проблем, связанных с фертильностью. При этом очень многое зависит от вашего эмоционального состояния, поэтому настраивайтесь на хороший результат. При необходимости покажите ваши анализы не одному, а нескольким специалистам. Выбирайте на пути к малышу тех врачей и экспертов, которые искренне хотят вам помочь и которым вы доверяете. Доверие к специалисту в лечение бесплодия — вопрос немаловажный.