

БЕСПЛОДИЕ/СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Введение

Бесплодие определяется как отсутствие беременности в течение 12 месяцев при незащищенных половых актах. Бесплодие может быть вызвано овуляторной дисфункцией, заблокированными фаллопиевыми трубами, мужским фактором бесплодия или необъяснимыми причинами. Овуляторная дисфункция может быть вызвана причинами, связанными с гипоталамусом, эндокринопатиями (гиперпролактинемией, дисфункцией щитовидной железы) или причинами, связанными с яичниками (синдром поликистозных яичников, угасанием функции яичников). В этом документе будут рассмотрены только те причины бесплодия, которые требуют разрешения на терапевтическое использование.

Овуляторная дисфункция: Синдром поликистозных яичников (СПКЯ)

1. Диагноз

А. Анамнез

- Отсутствие или нерегулярные менструальные циклы;
- Клинические признаки избытка андрогенов (гирсутизм, акне).

В. Диагностические критерии

1. Гиперандрогенизм: Гирсутизм и/или гиперандрогенемия и
2. Дисфункция яичников: Олигоановуляция и/или поликистозные яичники и
3. Исключение другого избытка андрогена или связанных с этим нарушений.

С. Значимая медицинская информация

У некоторых женщин с СПКЯ может иметься связанная с ним резистентность к инсулину, которая может проявляться как нарушение толерантности глюкозы или явный диабет.

2. Лечение в соответствии с лучшими медицинскими практиками

Запрещенная субстанция

- а. Кломифена цитрат Летрозол
- б. Спиринолактон

А. Название запрещенной субстанций

Терапией первой линии является **кломифена цитрат**, слабый антиэстрогенный препарат, и **летрозол**, ингибитор ароматазы.

В некоторых географических регионах мира в качестве вторичного лечения гирсутизма, вызванного СПКЯ, может быть использован **спинолактон**.

В. Введение

Перорально

С. Частота

- a. 5 дней в месяц
- b. Ежедневно

Д. Рекомендуемая продолжительность лечения

- c. 9-12 месяцев
- d. длительное применение при необходимости

3. Другие не запрещенные альтернативные варианты лечения

a. Подкожный экзогенный фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) может быть использован в качестве альтернативы.

Метформин не продемонстрировал такую же эффективность, как кломифен или летрозол в качестве терапии первой линии. Между тем, у женщин, которые не реагируют на кломифен или летрозол, или которые демонстрируют невосприимчивость инсулина, может быть добавлен сенсбилизатор инсулина, такой как метформин.

В дополнение к терапии первой линии могут потребоваться **hCG** и **прогестерон**

Diane 35 (3 мг ципротерона ацетата) и Yaz (3 мг. дросперинона) - два оральных контрацептива, обладающих антиандрогенным действием, которые используются в качестве терапии первой линии при лечении гирсутизма, вызванного СПКЯ. Любой оральный контрацептив или кольцо Nuva-ring (11,7 мг. этоногестрела) повысит уровень глобулина, связывающего половые гормоны в результате повышения уровня эстрогена. Это снизит уровень свободных, несвязанных циркулирующих андрогенов, приводя к снижению гирсутизма.

В более сложных или продолжительных случаях могут потребоваться более высокие дозы ципротерон ацетата (25-50 мг).

В некоторых географических зонах перональный флутамид (нестероидный противоандрогенный препарат) используется для лечения гирсутизма. Гормональная терапия может сочетаться с техниками физического удаления волос, такими как лазер или электролиз. Разрешение на ТИ на спиронолактон может быть выдано, если спортсмен докажет, что имеется необходимость [например, присутствие гирсутизма в клинической картине СПКЯ] и один или более из следующих критериев:

- Противопоказания к незапрещенному методу
- Непереносимость незапрещенного метод
- Отсутствие ответа на незапрещенный метод
- Невозможность эффективного использования физических методов удаления волос из-за слишком высоких цен.

4. Последствия, если в лечении будет отказано

Существенно снижает качество жизни если бесплодие не удается излечить

Существенное снижение качества жизни для женщин с гирсутизмом, являющимся следствием СПКЯ

5. Мониторинг лечения

- a. Эстроген крови и лютеинизирующий гормон, ультразвуковое обследование яичников для мониторинга роста фолликул.
- b. Рекомендован мониторинг гинекологом, эндокринологом или дерматологом на ежегодной основе.

6.Срок действия разрешения на ТИ и рекомендованный процесс пересмотра

- a. 2 года
- b. Для этой субстанции может быть выдано ТИ на 10 лет с ежегодным пересмотром специалистом, т.к. СПКЯ является хроническим состоянием.

Необъяснимое бесплодие

1. Диагноз

А. Анамнез

Нет беременности, несмотря на регулярные овуляторные циклы, открытые трубы, регулярные половые акты и нормальный анализ спермы.

В. Значимая медицинская информация

Нет

2. Лечение в соответствии с лучшими медицинскими практиками

Может использоваться терапия кломифена цитратом (см. СПКЯ), ФСГ/ЛГ (Разрешение ТИ не требуется).

Литература

1. CFAS (Canadian Fertility & Andrology Society). Consensus Document for the Investigation of Infertility By First Line Physicians. 2003.
<http://cfas.cfwebtools.com/index.cfm?objectid=62E48386-9027-F64A-799957D994FC5F65>
2. Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome. Fertil. Steril. 2008; 89(3):505-522.
3. Handelsman DJ. The Rationale For Banning Human Chorionic Gonadotrophin and Estrogen Blockers in Sport J. Clin. Endocrinol. Metab. 2006;19:1646-1653.
4. Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, Sanborn CF, Sudgot-Borgen J, Warren MP, American College of Sports Medicine. The Female Athlete Triad. Med. Sci. Sports. Exerc. 2007; 39(10):1867-1881.
5. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale F, Futterweit W, Janssen OE, Legro RS, Norman RJ, Taylor AE, Witchel SF. (Task Force on the Phenotype of the Polycystic Ovary Syndrome Of the Androgen Excess and PCOS Society). The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. Fertil. Steril. 2009;91:456-88.
6. Balen AH, Morley LC, Misso M, Franks S, Legro RS, Wijeyaratne CN, Stener-Victorin E, Fauser BC, Norman RJ, Teede H. The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance. Hum. Reprod. Update 2016;22(6):687-708.