

Халилов Магомед Адиль оглы,
Аспирант, Врач Акушер гинеколог,
Центр здоровья Говсан

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Аннотация. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из основных причин женского бесплодия, связанного с нарушением овуляции. Фенотипическое разнообразие синдрома, сопутствующие метаболические нарушения и наличие других факторов бесплодия обуславливают необходимость индивидуализации диагностики и лечения. Цель статьи – представить оптимизированную модель алгоритма диагностики и лечения бесплодия у женщин с СПКЯ на основе современных клинических рекомендаций. Предлагаемый подход предусматривает правильное подтверждение диагноза СПКЯ, параллельную оценку пары, коррекцию преконцепционных рисков и поэтапное проведение лечения.

Ключевые слова: Синдром поликистозных яичников, ановуляция, бесплодие, летрозол, индукция овуляции, экстракорпоральное оплодотворение.

Введение

СПКЯ представляет собой гетерогенный эндокринный синдром, объединяющий репродуктивные, метаболические и психологические особенности. Основным патогенетическим механизмом бесплодия является остановка развития фолликулов и хроническая олигоановуляция. Вместе с тем наличие диагноза СПКЯ не дает оснований автоматически объяснять бесплодие исключительно ановуляцией. Мужской фактор, патология маточных труб, эндометриоз и изменения полости матки должны рассматриваться параллельно. Согласно критериям ASRM, у пар без известной репродуктивной патологии обследование начинают после 12 месяцев регулярных незащищенных половых контактов, если женщина моложе 35 лет, и после 6 месяцев, если женщина в возрасте 35 лет и старше. Однако при олигоменорее, аменорее или таких состояниях, как СПКЯ, которые, как известно, могут быть причиной бесплодия, целесообразно начинать обследование, не дожидаясь истечения этого срока [2, 3].

Оптимизация диагностического алгоритма

У взрослых женщин диагноз СПКЯ основывается на наличии как минимум двух из трех признаков после исключения альтернативных этиологий: клинического или биохимического гиперандрогенизма, овуляторной дисфункции и морфологии поликистозных яичников при ультразвуковом исследовании. Согласно международному руководству 2023 года, у взрослых женщин антимюллеров гормон (АМГ) может использоваться в качестве альтернативы ультразвуковому исследованию; однако АМГ не является самостоятельным диагностическим тестом, а его применение совместно с ультразвуковым исследованием может повысить риск гипердиагностики. При одновременном наличии нарушений менструального цикла и гиперандрогенизма ультразвуковое исследование или определение АМГ для постановки диагноза не являются обязательными [1].

Дифференциальная диагностика должна включать исключение беременности, оценку уровня тиреотропного гормона, пролактина и 17-гидроксипрогестерона. Быстро прогрессирующая вирилизация или значительное повышение уровня андрогенов требуют срочного обследования на наличие андроген-секретирующих опухолей, синдрома Кушинга и других редких патологий.



В усовершенствованном алгоритме обследование женщины и мужчины-партнера должно проводиться не последовательно, а параллельно. На начальном этапе необходимо получить как минимум одну спермограмму, а также оценить состояние яичников и матки посредством трансвагинального ультразвукового исследования. Проходимость маточных труб может быть проверена с помощью гистеросальпингографии или гистеросальпингоконтрастной сонографии. Только у женщин с высокой вероятностью ановуляции, нормальной спермограммой партнера и низким риском патологии маточных труб сроки проведения данного исследования могут быть индивидуализированы с учетом анамнеза, возраста, сложности лечения и предпочтений пациентки [1, 2].

Первичная оценка также должна включать определение индекса массы тела, окружности талии, артериального давления, липидного профиля и исследование метаболизма глюкозы. При СПКЯ пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы, независимо от массы тела, считается наиболее точным методом выявления нарушений углеводного обмена. На преконцепционном этапе также необходимо оценивать курение и употребление алкоголя, питание, физическую активность, прием фолатов, артериальную гипертензию, диабет, нарушения сна, депрессию и тревожность.

Заключение

Усовершенствованная модель ведения бесплодия, связанного с СПКЯ, должна основываться на последовательности «диагностика – коррекция рисков – индукция овуляции – своевременная эскалация». Основными преимуществами алгоритма являются параллельное обследование пары, сокращение количества ненужных исследований, приоритизация летрозоло и создание заранее определенных точек принятия решений для каждого этапа лечения. Систематическая регистрация показателей овуляции, монофолликулярного ответа, клинической беременности, живорождения, многоплодной беременности и гиперстимуляции позволяет осуществлять непрерывную оценку клинических результатов. Лечение должно быть индивидуализировано с учетом возраста женщины, продолжительности бесплодия, сопутствующих метаболических заболеваний, предыдущего ответа на лечение, финансовых возможностей и репродуктивных предпочтений.

Список литературы:

1. Teede HJ, Tay CT, Laven J, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, et al. Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *Fertil Steril*. 2023;120(4):767–793.
2. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2021;116(5):1255–1265.
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definition of infertility: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2023;120(6):1170.
4. Legro RS, Brzyski RG, Diamond MP, Coutifaris C, Schlaff WD, Casson P, et al. Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med*. 2014;371(2):119–129.
5. Franik S, Le QK, Kremer JAM, Kiesel L, Farquhar C. Aromatase inhibitors (letrozole) for ovulation induction in infertile women with polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;9(9).
6. Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Use of exogenous gonadotropins for ovulation induction in anovulatory women: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2020;113(1):66–70.

