Женское бесплодие

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N97, N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.8, N97.9 · Российское общество акушеров-гинекологов, ООО "Российская ассоциация репродукции человека (РАРЧ)"

Женское бесплодие — невозможность достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции из-за нарушения репродуктивной функции пары. Рекомендация описывает обследование обоих партнеров, лечение выявленных причин и переход к ВРТ или ВМИ при соответствующих показаниях.

Главное

- Диагноз бесплодия устанавливают при отсутствии беременности в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции; у женщин 35 лет и старше обследование и лечение причин можно начинать уже через 6 месяцев.
- Фертильность заметно снижается после 35 лет; способность к зачатию после 30 лет почти вдвое ниже, чем в 20 лет.
- Обследование пары начинают одновременно: женщину направляют к акушеру-гинекологу, мужчину — к урологу; длительность обследования, включая лечебно-диагностическую лапароскопию, не должна превышать 6 месяцев.
- И избыточная масса тела (ИМТ ≥25 кг/м²), и недостаточная масса тела (ИМТ ≤18,5 кг/м²) связаны с бесплодием; пациентке нужна коррекция массы тела, при ожирении — консультация эндокринолога (УУР B, УДД 2).
- Причины оценивают у обоих партнеров: женщине проводят обследование репродуктивной системы и гормонального профиля, партнеру — спермограмму и консультацию уролога (УУР C, УДД 2).
- После неэффективного консервативного или хирургического лечения переходят к ВРТ; особенно часто ВРТ показаны при мужском факторе, позднем репродуктивном возрасте, низком овариальном резерве и эндометриозе III–IV стадии с нарушением проходимости труб (УУР C, УДД 5).
- Для профилактики многоплодия переносят не более двух эмбрионов; селективный перенос одного эмбриона особенно показан пациенткам 40 лет и младше при переносе бластоцисты, при переносе эуплоидного эмбриона по результатам ПГТ-А или донорского эмбриона, а также при патологии матки или отягощенном акушерском анамнезе (УУР C, УДД 4).

Диагностика

1. Сначала уточняют длительность бесплодия и возраст: 12 месяцев безуспешных попыток при возрасте до 35 лет или 6 месяцев при возрасте 35 лет и старше.
2. Собирают анамнез: менструальный цикл, половую жизнь, контрацепцию, беременности и их исходы, гинекологические и соматические заболевания, операции на малом тазу, вредные привычки, лекарства, профессиональные вредности, а также возраст и здоровье партнера (УУР C, УДД 5).
3. Проводят общий осмотр, рассчитывают ИМТ, осматривают и пальпируют молочные железы, выполняют гинекологический осмотр. При узловом образовании молочной железы пациентку направляют к онкологу; ИМТ ≥25 кг/м² или ≤18,5 кг/м² рассматривают как связанные с бесплодием показатели (общий осмотр и гинекологический осмотр — УУР C, УДД 5; расчет ИМТ — УУР B, УДД 2).
4. Исключают инфекционно-воспалительные причины: назначают микроскопию влагалищного мазка и определение pH отделяемого влагалища (УУР A, УДД 2), а также молекулярное исследование на Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis и Mycoplasma genitalium (УУР B, УДД 2).
5. Оценивают эндокринные причины: ТТГ и АТ-ТПО (УУР A, УДД 2), пролактин на 2–5-й день цикла или в любой день при аменорее (УУР C, УДД 5). При нарушении цикла определяют ФСГ и ЛГ на 2–5-й день, при аменорее — общий эстрадиол; при нормогонадотропной аменорее или гиперандрогении — общий тестостерон, 17-гидроксипрогестерон и глобулин, связывающий половые гормоны (УУР B, УДД 2).

6. Наличие овуляции проверяют по прогестерону через 5–7 дней после предполагаемой овуляции или за 5–7 дней до менструации; альтернативно используют тест на овуляцию за 1–2 дня до предполагаемой овуляции (УУР В, УДД 2). Партнеру назначают спермограмму (УУР С, УДД 2).
7. Выполняют комплексное УЗИ органов малого таза в раннюю фолликулярную фазу с подсчетом антральных фолликулов (УУР В, УДД 1), затем оценивают проходимость труб с помощью ГСГ или контрастной эхогистеросальпингоскопии (УУР В, УДД 2). Гистероскопия нужна при подозрении на внутриматочную патологию по УЗИ, лапароскопия — при гинекологических заболеваниях, требующих хирургического лечения.

Лечение

- При избыточной или недостаточной массе тела добиваются ее нормализации для повышения вероятности беременности (УУР В, УДД 2).
- При эндометриозе не назначают гестагены или аналоги ГнРГ только для повышения вероятности беременности (УУР А, УДД 1); при миоме матки не используют гестагены или аналоги ГнРГ с этой целью (УУР С, УДД 5).
- При ановуляции и нормальных уровнях эстрадиола и пролактина проводят индукцию овуляции кломифеном, летрозолом или гонадотропинами (УУР С, УДД 5). Для летрозола указана схема 2,5 мг/сут с 3–7-го или 5–9-го дня цикла; при отсутствии овуляции дозу в следующем цикле можно увеличить до 5 мг/сут, максимум — 7,5 мг/сут.
- При гиперпролактинемии, требующей лекарственной терапии, назначают агонисты дофаминовых рецепторов — бромокриптин или каберголин — для снижения пролактина и восстановления овуляции (УУР С, УДД 5).
- Внутриматочную патологию лечат гистероскопией и/или гистерорезектоскопией (УУР А, УДД 1); при эндометриозе удаляют очаги хирургически (УУР С, УДД 4), при субмукозной миоме выполняют гистероскопическое лечение (УУР С, УДД 5). Эмболизация маточных артерий при миоме для повышения вероятности беременности не рекомендована.
- В программах ВРТ протокол стимуляции подбирают индивидуально с учетом возраста, овариального резерва, риска СГЯ и результатов предыдущих циклов; применяют аГнРГ или антГнРГ (УУР А, УДД 1) и рекомбинантные либо менопаузальные гонадотропины (УУР А, УДД 1). При низком овариальном резерве дозу гонадотропинов не увеличивают более 300 МЕ (УУР В, УДД 1).
- Триггер финального созревания ооцитов назначают ХГ, хориогонадотропином альфа или аГнРГ; ориентир — несколько ведущих фолликулов диаметром 16–22 мм (УУР В, УДД 2). Трансвагинальную пункцию выполняют через 34–38 часов после триггера, оптимально через 35–36 часов (УУР А, УДД 1).
- Эмбрион переносят через 48–144 часа после оплодотворения, оптимально на 5–6-е сутки на стадии бластоцисты (УУР А, УДД 1). При переносе назначают прогестерон или дидрогестерон в день пункции либо в первые 3 суток после нее; при наступлении беременности поддержку продолжают не менее 12 недель, а длительность назначения определяет врач с учетом инструкции, особенностей беременности и анамнеза (УУР А, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Пациенток направляют в женские консультации 3-го уровня; ВРТ и ВМИ проводят в специализированных центрах. Если лечение неэффективно 12 месяцев при возрасте до 35 лет или 6 месяцев при возрасте 35 лет и старше, показан переход к ВРТ; ожидание ВРТ после направления не должно превышать 3 месяцев.
- Партнера направляют к урологу одновременно с обследованием женщины. При выявлении факторов риска хромосомной или генной патологии показана консультация генетика; при бесплодии неясного генеза или двух и более неудачных переносах без беременности консультация генетика может быть показана.
- При выявленном нарушении функции щитовидной железы или гиперпролактинемии пациентку направляют к эндокринологу; при ВИЧ-инфекции у пациентки или партнера для проведения ВРТ/ВМИ требуется заключение Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
- Госпитализация при стимуляции или ВРТ нужна при СГЯ средней или тяжелой степени, влагалищном или внутрибрюшном кровотечении, осложнениях анестезии, травме тазовых органов, острой аллергической реакции, гнойно-воспалительных осложнениях после пункции, тромбоэмболии или перекруте яичника.

Частые вопросы

Когда ставят диагноз женского бесплодия?

При отсутствии беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции. Если женщине 35 лет и больше, обследование и лечение причин можно начинать через 6 месяцев.

Какие анализы нужны при нарушении цикла и когда их сдавать?

ФСГ и ЛГ определяют на 2–5-й день цикла или в любой день при аменорее. Пролактин также исследуют на 2–5-й день цикла, а прогестерон — через 5–7 дней после предполагаемой овуляции или за 5–7 дней до менструации.

Как проводят индукцию овуляции летрозолом?

Начальная схема — 2,5 мг/сут с 3–7-го или 5–9-го дня цикла. При отсутствии овуляции дозу в следующем цикле можно увеличить до 5 мг/сут; максимальная доза в протоколе — 7,5 мг/сут.

Когда выбирать ВМИ, а когда ВРТ?

ВМИ проводят в периовуляторный период при отсутствии трубного и мужского факторов; у женщин 35 лет и младше она может быть первым этапом. При неэффективности ВМИ в течение 3–4 циклов рекомендуются ВРТ, а эффективность ВМИ при неуточненном бесплодии не доказана.

Как снизить риск синдрома гиперстимуляции яичников?

При чрезмерном овариальном резерве используют протокол с антГнРГ и низкие стартовые дозы гонадотропинов; для триггера применяют аГнРГ. При чрезмерном ответе после пункции проводят сегментацию цикла с криоконсервацией эмбрионов, а перенос в этом цикле отменяют.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/641-zhenskoe-besplodie. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/641_2