

УДК 616.697+618.177  
ББК 56.9+57.12  
Н19

Назаренко, Т.А.

Н19 Эндокринные факторы женского и мужского бесплодия. Принципы гормонального лечения / Т.А. Назаренко. — Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. — 132 с.: ил.

ISBN 978-5-8948-2005-7

Рассмотрена роль эндокринных факторов в формировании различных форм мужского и женского бесплодия. Определены подходы к диагностике эндокринных нарушений репродуктивной системы и способы их коррекции.

Для акушеров-гинекологов, эндокринологов, урологов-андрологов, специалистов ВРТ, обучения студентов медицинских вузов и ординаторов.

**УДК 616.697+618.177**  
**ББК 56.9+57.12**

**ISBN 978-5-8948-2005-7**

© Назаренко Т.А., 2017

© Оформление. ООО «Медицинское  
информационное агентство», 2017

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

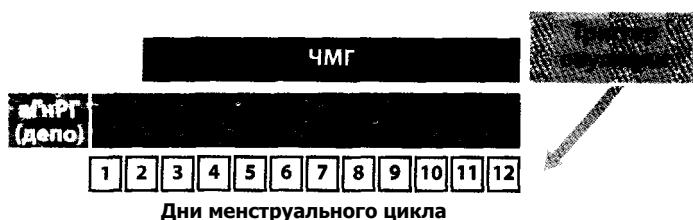
# СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	4
<b>Часть 1. Эндокринные факторы и гормональное лечение бесплодия у женщин (Т.А. Назаренко).....</b>	<b>6</b>
1.1. Введение (определение, частота встречаемости, этиология, патогенез).....	6
1.2. Диагностика и дифференциальная диагностика эндокринного (ановуляторного) бесплодия.....	7
1.3. Классификация эндокринного бесплодия.....	9
1.4. Группа I. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность.....	10
1.5. Группа II. Гипоталамо-гипофизарная дисфункция.....	19
1.6. Группа III. Яичниковая недостаточность.....	42
1.7. Группа IV. Врожденные или приобретенные нарушения генитального тракта.....	47
1.8. Гиперпролактинемия.....	55
1.9. Группа VII. Аменорея с опухолью в гипоталамо-гипофизарной области.....	у. 59
1.10. Эндокринное бесплодие и заболевания щитовидной железы.....	59
1.11. Врожденная дисфункция коры надпочечников.....	62
1.12. Роль ожирения в формировании эндокринного бесплодия.....	65
1.13. Советы врачам, диагностические и лечебные алгоритмы.....	70
Литература.....	79
<b>Часть 2. Мужское бесплодие, обусловленное нарушением гормональной регуляции сперматогенеза (Р.В. Назаренко).....</b>	<b>88</b>
2.1. Введение.....	88
2.2. Физиология и гормональная регуляция сперматогенеза.....	88
2.3. Классификация эндокринопатий, приводящих к нарушению сперматогенеза, патоспермии и бесплодию.....	93
2.4. Подходы к терапии с учетом возможности восстановления фертильности и достижения беременности.....	99
2.5. Гипотиреозидизм, ожирение, сахарный диабет и другие причины нарушения сперматогенеза.....	106
2.6. Вспомогательные репродуктивные технологии как эффективный метод преодоления идиопатического мужского бесплодия.....	111
2.7. Заключение.....	122
Литература.....	123

- Высокий риск развития синдрома гиперстимуляции за счет роста множества фолликулов.
- Неравномерный пул растущих фолликулов.
- Меньшее число полученных ооцитов по сравнению с количеством пунктированных фолликулов.
- Большое число незрелых ооцитов и ооцитов плохого качества.
- Неполноценная трансформация эндометрия.
- Указанные особенности требуют индивидуального подхода к проведению программы ЭКО и модификации ее этапов.

Стимуляция яичников. Используют модифицированные схемы и небольшие дозы индуктора (не более 150 МЕ в день). В качестве индуктора используют, как правило, рФСГ, хотя не противопоказано назначение ЧМГ. Назначают простой, «чистый» протокол, как представлено на *рис. 1.14*. Нужно ли применять аналоги ГнРГ при стимуляции поликистозных яичников? Иначе говоря, бывают ли паразитарные пики ЛГ и преждевременная овуляция у этой категории больных? Скорее всего, нет, поэтому назначение аналогов ГнРГ для общепринятых целей нецелесообразно. Тем не менее существует так называемый сверхдлинный протокол, который рекомендуют для женщин с СПКЯ (см. *рис. 1.14*). Назначают депо-агонисты ГнРГ на 2-3 мес. с целью глубокой десенсилизации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, уменьшения яичников, подавления высокого уровня ЛГ и андрогенов. Действительно, на этом фоне достигают желаемых эффектов.

### Сверхдлинный протокол с аГнРГ (ultra-long)



*аГнРГ депо 3,75 мг каждые 28 дней в течение 2-3 мес., предшествующих лечебному циклу*

**Рис. 1.14.** Сверхдлинный протокол стимуляции яичников при СПКЯ

Однако такая методика не гарантирует лучшие результаты стимуляции, стоимость же протоколов достаточно высокая. Нельзя полностью игнорировать указанный способ, но нельзя и уповать на него как на абсолютное решение проблемы. Врач должен сам определить целесообразность сверхдлинного протокола в каждом конкретном случае.

Существует протокол, когда индуктор и антГнРГ назначают одновременно, со 2-3-го дня цикла и продолжают до введения триггера овуляции (рис. 1.15). Смысл заключается в подавлении антГнРГ собственных выбросов гонадотропинов, что может обеспечить равномерный рост фолликулов и снизить риск гиперстимуляции. Может быть использован (но опять-таки строго индивидуально) в определенных клинических ситуациях.

*Гонадотропины и антГнРГ вводятся одновременно  
со 2-3-го дня лечебного менструального цикла  
до дня введения*

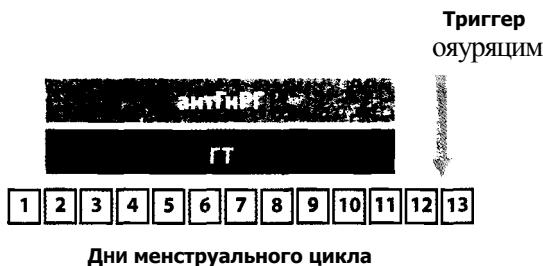


Рис. 1.15. Протокол с антГнРГ при СПКЯ

Некоторые специалисты считают, что стимуляцию следует начать с небольших доз рФСГ, затем, когда 4-6 фолликулов достигнут размеров 15-17 мм, вводить ЛГ-содержащие препараты (ЧМГ) — 150 МЕ в течение 3 дней (рис. 1.16). Смысл заключается в желании за счет эффектов ЛГ атрезировать мелкие фолликулы и дать возможность «дозреть» крупным. Существует другая методика, преследующая те же самые цели: атрезировать мелкие фолликулы и дать возможность развиваться пулу крупных. При этом соотношение гонадотропинов меняется ровно наоборот: сначала ЧМГ, содержащие ЛГ, затем рФСГ.