

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00567&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00567. Безпліддя

Автор: Aila Tiitinen

Редактор оригінального тексту: Heidi Alenius

Дата останнього оновлення: 2017-08-10

Основні положення

- Приблизно 15% всіх пар страждають від безпліддя з різних причин протягом життя.
- Переважно пари мають зменшену фертильність (субфертильність), тобто їм потрібно більше року, щоб зачати дитину. Термін «стерильність» означає повну неспроможність зачати дитину, це трапляється досить рідко.
- 80–85% пар, які живуть статевим життям без використання контрацептивів, зачинають дитину протягом одного року, якщо жінка молодше 38 років. Взагалі, зачаття настане без лікування у половини пар протягом наступного року.
- Приблизно у 25% випадків причиною безпліддя є жіночий фактор, приблизно у 25% — чоловічий. Приблизно у 25% випадків чинник, який спричиняє безпліддя, визначається в обох партнерів. В інших 25% випадків причина безпліддя залишається невідомою.

Причини

- Найпоширенішою причиною безпліддя є овуляторна дисфункція (20–30%), патологія маткових труб (трубне безпліддя; 10–15%), ендометріоз (10–20%) і погана якість сперматозоїдів (20–40%). Рідшими причинами є патологія матки та сексуальна дисфункція. Деякі випадки субфертильності стають очевидними лише після початку лікування.

- Погано контрольовані хронічні захворювання (наприклад, цукровий діабет, епілепсія, запальні захворювання кишківника, целіакія) можуть зменшувати фертильність.
- Надмірна чи недостатня вага зменшує фертильність, особливо у жінок. Одночасно збільшується ризик викидня.
- Надмірне куріння порушує функціонування яєчників і зменшує якість сперматозоїдів.
- Щоденне вживання алкоголю у великій кількості може порушувати вироблення сперматозоїдів і також може зменшувати фертильність жінки.
- Зазвичай важко оцінити роль впливу небезпечних речовин, пов'язаного з професійною діяльністю.
- Щодо причин порушення вироблення сперматозоїдів даних недостатньо.
 - Порушення вироблення сперматозоїдів може бути через інфекцію, хірургічне втручання, травми або перекрут яєчок, або епідидиміт чи порушення процесу опущення яєчок.
 - Ожиріння зменшує якість сперми.
 - Також порушувати вироблення сперматозоїдів можуть деякі лікарські засоби, такі як тестостерон, цитотоксичні препарати, деякі антигіпертензивні засоби (блокатори кальцієвих каналів) і сульфаніламідні препарати тривалої дії.
 - Анаболічні стероїди зменшують вироблення сперматозоїдів в більшості пацієнтів і можуть призвести до повної відсутності сперматозоїдів (азооспермія).

Причини жіночого безпліддя

- Порушений розвиток фолікула в яєчнику
 - Синдром полікістозних яєчників [настанова 00953] [Синдром полікістозних яє...]
 - Гіпогонадотропний гіпогонадизм
 - Гіперпролактинемія
 - Гіпотиреоз [настанова 00514] [Hypothyroidism]
 - Передчасне виснаження яєчників (ПВЯ)
- Ендометриоз [настанова 00545] [Ендометриоз]
- Причини, джерелом яких є патологія фаллопієвих труб

- Запальні процеси в анамнезі (запальні захворювання органів малого таза, ЗЗОМТ) [настанова 00547 | Запальні захворювання жі...]
- Вузлуватий істмічний сальпінгіт
- Позаматкова вагітність в анамнезі [настанова 00556 | Позаматкова вагітність]
- Причини, джерелом яких є патологія матки
 - Вроджена аномалія матки
 - Міоми, особливо субмукозні міоми [настанова 00544 | Доброякісні ураження і п...]
 - Аденоміоз [настанова 00997 | Аденоміоз]
 - Ендометріальні поліпи
 - Внутрішньоматкові спайки (синдром Ашермана)
- Сексуальні проблеми
 - Вагінізм
 - Статеві відносини рідше, ніж раз на тиждень

Причини чоловічого безпліддя

- Неопущення яєчок
- Орхіт в анамнезі
- Варикоцеле
- Гормональні причини
 - Гіпогонадотропний гіпогонадизм
- Генетичні причини
 - Зміни у статевих хромосомах
 - Y-хромосомні делеції
 - Хромосомні транслокації
- Оклюзія придатків яєчок і сім'явиносних проток
- Антиспермальні антитіла
- Структурні аномалії сперматозоїдів
- Сексуальні проблеми
 - Еякуляторна дисфункція
 - Імпотенція

Дослідження

- Діагностичні дослідження починають, якщо після 1 року постійного статевого життя без контрацепції зачаття не відбулось. Також можна почати проводити дослідження раніше, якщо пара має відповідний анамнез (наприклад, аменорея).
- Сімейному лікарю слід зібрати анамнез і провести попередні дослідження, згідно з якими пара може бути скерована для подальших досліджень до спеціалізованої клініки по лікуванню безпліддя. Приватні клініки по лікуванню безпліддя не вимагають направлення.

Перший етап (центр первинної медико-санітарної допомоги, інший заклад первинної ланки медичної допомоги)

- Потрібно одночасно починати дослідження для обох партнерів. Має бути виконаний весь перелік підготовчих досліджень (одна причина не виключає іншої).
 - В медичній картці має бути задокументований загальний стан здоров'я обох партнерів, а також гінекологічний і статевий анамнез.
 - Слід запитати в пари про будь-які потенційно причинні захворювання, лікарські засоби, які вони приймають, і їхню психосоціальну ситуацію.
 - Обсяг і терміновість досліджень залежать від анамнезу і клінічних ознак.
 - Мета досліджень полягає в оцінці, чи відбувається овуляція в жінки, чи здорова матка, чи збережена прохідність фаллопієвих труб і чи достатня якість сперматозоїдів.
- Клінічне обстеження є найбільш важливим дослідженням; зовнішній вигляд і статура пацієнта(-ки) дає велику кількість інформації про гормональний статус.
 - Артеріальний тиск, зріст, вага, ріст волосся на тілі та вторинні статеві ознаки
 - Загальний аналіз крові з тромбоцитами, ТТГ, вільний Т4 та інші базові лабораторні дослідження згідно показань, наприклад, глюкоза крові натще

- Якщо в жінки є симптоми або ознаки інфекції, або інфекції в анамнезі, при проведенні гінекологічного огляду слід зібрати, за показаннями, зразок для мазка Папаніколау і теста на виявлення хламідій.
- Нерегулярний менструальний цикл є показанням для подальших досліджень на основі інших симптомів (наприклад, вимірювання пролактину, ФСГ; вимірювання рівня естрогену не є доцільним).
- Дослідженням першої лінії для чоловіків є спермограма.
- Якщо результати спермограми поза межами норми або чоловік має симптоми, що стосуються статевих органів, рекомендується клінічний огляд.
 - Малий розмір та м'яка консистенція яєчок чітко вказують на їх незворотню патологію.
 - Варикоцеле [доказ 02971|C] зазвичай є лівобічним і видиме над яєчком, як м'яке синюшне розширення судин.
 - При ультразвуковому дослідженні яєчок можна виявити структурні вади або пухлини.

Другий рівень (клініка лікування безпліддя, амбулаторна клініка лікарні)

- Перед початком лікування безпліддя потрібно провести скринінгове дослідження пари на виявлення інфекцій (гепатит В і С, ВІЛ).
- Вагінальне ультразвукове дослідження дає інформацію про структуру і функціональність репродуктивних органів жінки. У незрозумілих випадках можлива інстиляція ізотонічного сольового розчину в порожнину матки для проведення оцінки (ультразвукове дослідження матки, УЗДМ). Для оцінки прохідності маткових труб можливе введення в матку суміші повітря й води (ультразвукове дослідження матки і труб, УЗДМТ).
- Якщо при УЗДМТ виявлено патологію або якщо є підозра на наявність ендометріозу [доказ 03665|B] або пацієнтка має запальне захворювання в анамнезі — показана лапароскопія.
- Якщо є нерегулярність циклу, в початковій фазі циклу перевіряють рівні гонадотропінів. Концентрація АМГ (антимюллерового гормону) показує оваріальний резерв (запас яйцеклітин у яєчниках).
- При підозрі на ендокринні порушення потрібно визначити рівні інших гормонів.

- Моніторинг росту домінантного фолікула дає інформацію про овуляцію. Аналіз рівня прогестерону протягом кінцевої фази циклу використовується, щоб підтвердити овуляцію й достатню активність жовтого тіла.
- Спермограма (якщо це не виконано на первинній ланці або якщо її результати за межами норми)
 - Якщо результати аналізів в межах норми, то подальше дослідження зазвичай не є потрібним.
 - Результат спермограми може суттєво коливатись в залежності від часу збору, а результат, який відхиляється від норми, слід перевірити ще раз через пару місяців.
 - Густота сперми повинна бути ≥ 15 мільйонів сперматозоїдів/мл, загальна кількість сперматозоїдів має бути ≥ 39 мільйонів, а об'єм еякуляту $> 1,5$ мл. Зразок вважається нормальним, якщо більше 25% сперматозоїдів рухається вперед, або більше 32% сперматозоїдів є рухливими, а загальна доля рухливих сперматозоїдів складає $\geq 40\%$.
 - Для оцінки морфології сперматозоїдів використовуються чіткі критерії, але значущість оцінки морфології сперматозоїдів протягом первинних досліджень не є точно визначеною. Також при оцінці спермограми визначаються антиспермальні антитіла (тест ЗАР, змішана антиглобулінова реакція).
- Чоловіку показані подальші дослідження, якщо повторна спермограма також має відхилення від норми (ФСГ, ЛГ, тестостерон, каріотип, мікрделеція Y-хромосоми)
 - У чоловіків безпліддя рідко має гормональну причину.
 - Потрібно визначити концентрацію фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), якщо у спермі відсутні сперматозоїди, або якщо їх кількість помітно знижена. Підвищена концентрація ФСГ вказує на наявність вади яєчка, при цьому є показання до хромосомних досліджень. Може бути виявлений синдром Клайнфельтера або різноманітні транслокації. Y-хромосомні мікрделеції є причиною порушення утворення сперматозоїдів.
 - Нормальна концентрація ФСГ та нормальний стан яєчок свідчать про оклюзію сім'яних каналців. Діагноз може бути підтверджений біопсією яєчка.

Лікування [доказ|C] [доказ|C] [доказ|D] [доказ|D] [доказ|B]

- Лікування планується відповідно до визначеної причини, взявши до уваги побажання пари.
 - Деякі пари можуть відмовитись від лікування, а для інших найкращим рішенням може бути усиновлення.
 - Не можна завчасно починати лікування, якщо залишається висока ймовірність спонтанної вагітності [доказ|B].
 - Першочергово слід звернути увагу на чинники, які негативно впливають на фертильність, найважливіші з яких є проблеми з вагою та куріння.
 - Пара повинна бути повідомлена про реалістичні прогнозовані результати лікування безпліддя.
- У випадках овуляторної дисфункції очікуються добрі результати лікування за умови правильного встановлення діагнозу.
 - Потрібно лікувати першопричинне ендокринне захворювання, наприклад, гіпотиреоз.
 - Якщо причиною овуляторної дисфункції є недостатня вага або надмірна вага, потрібно нормалізувати масу тіла перед тим, як починати медикаментозне лікування.
 - Гіперпролактинемію можна успішно лікувати за допомогою лікарських засобів.

Лікування гормонами [доказ|A] [доказ|C] [доказ|D] [доказ|B] [доказ|C] [доказ|B] [доказ|C]

[доказ|B]

- Лікування, яке спрямоване на індукцію овуляції, повинно здійснюватись лікарем, який має досвід у лікуванні безпліддя.
- Найчастіше використовують для індукції овуляції кломіфен [доказ|B].
 - Його можна використовувати, коли концентрації пролактину і сироваткового гонадотропіну в межах норми.
 - Найчастішою причиною ановуляторного безпліддя є синдром полікістозних яєчників (СПКЯ). Для пацієнтів з надмірною масою тіла та з СПКЯ, як альтернативне лікування, можна використовувати метформін.
- Альтернативою кломіфену є інгібітори ароматази.

Коментар експерта. В інструкціях для медичного застосування лікарських засобів з фармакотерапевтичної групи Інгібітори

ароматази, зареєстрованих в Україні станом на 24.06.2019, а саме: анастрозол, летрозол, екземестан, відсутні показання лікування безпліддя.

- Лікування гонадотропіном [доказ|B] [доказ|C] [доказ|B] використовується, якщо в пацієнта немає терапевтичного ефекту від застосування кломіфену або наявний дефіцит гонадотропіну. Важливо слідкувати за лікуванням, застосовуючи ультразвукове дослідження.
 - Лікування проводиться з використанням найнижчих можливих доз з метою дозрівання фолікула в яєчнику. Продовжувати терапію після 4–6 лікувальних циклів рідко є доцільним.

Хірургічний підхід [доказ|D] [доказ|A] [доказ|B] [доказ|C]

- Лікування безпліддя може також включати хірургічний підхід.
 - Хірургічне лікування можна застосовувати для лікування субфертильності, асоційованої з больовим синдромом при ендометріозі [доказ|B], але хірургічне лікування не слід повторювати без необхідності.
 - Субмукозні та великі (> 6 см) інтрамуральні міоми [доказ|C] слід видаляти.
 - Слід коригувати незначні пошкодження маткових труб, за умови, якщо немає інших причин субфертильності. Якщо пошкодження є важким, результати хірургічного лікування незадовільні. Хірургічне лікування також може бути застосованим, як підготовча процедура перед заплідненням in vitro. Сальпінгектомія, у випадках заповнених рідиною або розширених маткових труб, може підвищити шанси успішного запліднення in vitro [доказ|A].

Інсемінація й запліднення in vitro [доказ|A] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|D] [доказ|C]

[доказ|A] [доказ|D] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|B] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|C] [доказ|B]

- Часто причини низької якості сперматозоїдів невідомі, і, як наслідок, методів лікування чоловічої субфертильності є мало. Якщо якість сперматозоїдів порушена лише частково, використовується інсемінація й запліднення in vitro.

- Протягом внутрішньоматкової інсемінації (ВМІ) сперматозоїди вносять до порожнини матки. Перед інсемінацією сперматозоїди повинні бути відділені (“відмиті”) від сім'яної плазми. Можна проводити індукцію овуляції протягом циклу з метою збільшення шансів на вагітність [доказ 02223 | C].
- Запліднення in vitro [доказ 00806 | C], при якому використовуються або сперматозоїди чоловіка з пари, або донорські сперматозоїди, може використовуватись майже у всіх випадках безпліддя. Протягом останніх кількох років інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда (ІЦІС) в яйцеклітину стала методом вибору в лікуванні чоловічого безпліддя. Результати запліднення in vitro та ІЦІС залежать від віку жінки, причини лікування, попередньої історії фертильності й кількості лікувальних спроб.

Синдром гіперстимуляції яєчників як ускладнення [доказ 05180 | D] [доказ 07524 | A]

- Синдром гіперстимуляції яєчників (СГСЯ) є найсерйознішим ускладненням лікування безпліддя.
 - При СГСЯ реакція яєчників на гормональні препарати є надмірною.
 - СГСЯ найчастіше виникає при заплідненні in vitro, коли аналог гонадотропін-рилізінг гормону (ГнРГ) вживають в комбінації з гонадотропіном.
 - Зазвичай симптоми з'являються через 3–10 днів від початку індукції овуляції (введення хоріонічного гонадотропіну людини, ХГЛ).
 - Симптоми включають біль у животі, набряки й нудоту.
 - Ризик підвищений серед жінок у віці до 35 років та жінок з малою вагою тіла або з полікістозними яєчниками.
 - При підозрі на СГСЯ дослідженням першої лінії є УЗД яєчників [настанова 00551 | Гінекологічне ультразвуку...]; діаметр яєчників зазвичай більший, ніж 8 см, а при тяжкій гіперстимуляції наявна рідина в черевній порожнині.
 - Показане раннє скерування до лікарні або до спеціаліста, який лікує пацієнтку.
 - Тяжкий СГСЯ може супроводжуватись тромбоемболічними ускладненнями, утрудненням дихання або нирковою недостатністю.

Запобігання безпліддя

- Покращити репродуктивне здоров'я можна кількома шляхами: попередженням та оптимальним лікуванням хламідійної інфекції, підтриманням нормальної ваги тіла, розумінням впливу віку на фертильність і утриманням від паління. На додаток до заходів, спрямованих на заохочення до здорового способу життя, необхідно збільшити просвітницьку роботу про статеві стосунки та фертильність у школах і вищих навчальних закладах.
- Жінка, яка планує вагітність, повинна харчуватись збалансовано та повноцінно. Практично здорова жінка зазвичай не потребує якихось певних харчових добавок. Жінкам, що дотримуються виключно вегетаріанської дієти, рекомендується вживати вітамін B12. Всім рекомендується вживання фолієвої кислоти 400 мкг/день і вітаміну D 10 мкг/день. Мультивітаміни не є шкідливими, якщо їх вживати відповідно до інструкції.

Психосоціальні проблеми

- Безпліддя неминуче викличе різні почуття: сором, горе й відчуття нікчемності та приниження. Часто виникають почуття нікчемності, а також обурення, що потрібна зовнішня допомога в найбільш інтимній частині життя пари. Важко впоратись з горем і стражданням, причиненим бездітністю. Обоє партнери повинні бути заохочені, або разом, або поодиноці, шукати нові зацікавлення в житті.
- Майже кожен, хто стикається з вимушеною бездітністю, буде проходити, в якійсь мірі, кризу безпліддя. Втрата надії народити дитину буде пусковим фактором кризи. Людині потрібно дати можливість потужити; горе залишитись бездітним можна порівняти з горем, спричиненим смертю близького родича. Людина, яка є вимушено бездітною, втрачає ненароджених дітей, які жили в її уяві. Немає визначеного моменту, відколи починається криза, і пара може зіткнутися з нею в різний час. Відповідно, кінець кризи є поступовим.
- Лікування безпліддя є вимогливим як фізично, так і психологічно. Незважаючи на лікування, спрямоване на отримання позитивного результату, парі може бути надто тяжко його продовжувати, і це може створювати конфлікт, що тільки ускладнить першопричинну проблему безплідності. Можливо, парі доведеться приймати важкі рішення, які матимуть довгострокові наслідки відносно їхнього

життя й життя дитини, народженої в результаті лікування, наприклад, коли розглядаються донорські сперматозоїди для лікування безпліддя. Однак, сучасні методи лікування все ж дають надію й допомагають більшості пар зачати дитину.

- Найважче завдання, з яким стикається спеціаліст-репродуктолог при лікуванні безпліддя — це припинення лікування. Всі виконані лікувальні процедури й дослідження потрібно ретельно переглянути й пояснити парі. Водночас, потрібно оцінити можливі причини невдачі лікування, а також спрогнозувати вірогідність пізнішої вагітності без подальшого лікування. За бажання пари потрібно їх проінформувати про можливість усиновлення дитини. Після невдалого лікування потрібно оцінити, чи пара потребує психологічної підтримки та консультування.
- Безпліддя є психосоціальною проблемою, і коли лікар стикається з цією проблемою, він не повинен концентруватись лише на медичних аспектах проблеми. Потрібні професіонали для допомоги як з потенційними статевими проблемами, так і з почуттями провини, гніву, горя і втрати.
- Значущу роль можуть грати групи психологічної підтримки, що об'єднують людей зі схожими проблемами. Групи психологічної підтримки запрошують пари, які проходять дослідження та лікування безпліддя, тих, хто або зачав дитину в результаті лікування, або всиновив дитину, а також пари, які розпочали процес усиновлення, і тих, хто вирішив залишитися бездітним.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані|00260] Infertility – Related re...
- Інші огляди доказових даних [пов'язані|00260] Infertility – Related re... [доказ|02224] [A]
[доказ|02682] [D] [доказ|02979] [A] [доказ|06536] [C] [доказ|06615] [D]
- Література [пов'язані|00260] Infertility – Related re...

Настанови

- [Настанова 00953](#). Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ).
- [Настанова 00514](#). Hypothyroidism.
- [Настанова 00545](#). Ендометріоз.
- [Настанова 00547](#). Запальні захворювання жіночих статевих органів.
- [Настанова 00556](#). Позаматкова вагітність.

- [Настанова 00544](#). Доброякісні ураження і пухлини в гінекології.
- [Настанова 00997](#). Аденоміоз.
- [Настанова 00551](#). Гінекологічне ультразвукове дослідження.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05618](#). Pain relief in hysterosalpingography (HSG).
Дата оновлення: 2016-03-12
Рівень доказовості: C
Резюме: Intravenous opioids and topical anaesthetic may be effective for pain relief in hysterosalpingography compared with placebo or no treatment.
- [Доказовий огляд 02971](#). Surgery or embolisation for varicocele in subfertile men.
Дата оновлення: 2013-02-11
Рівень доказовості: C
Резюме: The treatment of varicocele in men from couples with otherwise unexplained subfertility may improve the couple's chance of conception.
- [Доказовий огляд 03665](#). Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis.
Дата оновлення: 2014-08-22
Рівень доказовості: B
Резюме: The use of laparoscopic surgery in the treatment of minimal and mild endometriosis appears to improve pregnancy success rates.
- [Доказовий огляд 05181](#). Tubal flushing for subfertility.
Дата оновлення: 2016-03-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Tubal flushing with oil-soluble contrast media may be effective in increasing the odds of pregnancy and live birth versus no intervention in women with infertility.
- [Доказовий огляд 06813](#). Antioxidants for male subfertility .
Дата оновлення: 2015-11-09
Рівень доказовості: C
Резюме: Antioxidant supplementation in subfertile males may be effective for improving live birth and pregnancy rate for subfertile couples undergoing assisted reproduction cycles.
- [Доказовий огляд 07264](#). Antioxidants for female subfertility.
Дата оновлення: 2018-01-22
Рівень доказовості: D
Резюме: Antioxidants might possibly be effective for improving birth rate in subfertile women compared with placebo or no treatment, but the evidence is limited.
- [Доказовий огляд 07263](#). Heparin for assisted reproduction.
Дата оновлення: 2014-03-08
Рівень доказовості: D
Резюме: Peri-implantation low molecular weight heparin in assisted reproduction treatment cycles might possibly improve the live birth rate in women undergoing assisted reproduction compared to placebo or no treatment.
- [Доказовий огляд 05298](#). Intrauterine insemination with ovarian hyperstimulation vs. expectant management for unexplained subfertility.
Дата оновлення: 2010-04-23

Рівень доказовості: B

Резюме: Expectant management for 6 months appears as effective as intrauterine insemination with controlled ovarian hyperstimulation in couples with unexplained subfertility and an intermediate prognosis.

- [Доказовий огляд 05632](#). Recombinant luteinizing hormone (rLH) for ovarian hyperstimulation.
Дата оновлення: 2007-08-22
Рівень доказовості: A
Резюме: Co-administration of recombinant luteinizing hormone (rLH) to rFSH in GnRH agonist down-regulated women does not result in more live births than controlled ovarian hyperstimulation with rFSH alone.
- [Доказовий огляд 06232](#). hCG as an ovulation trigger in anovulatory women undergoing ovulation induction .
Дата оновлення: 2008-11-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Urinary hCG as an ovulation trigger in anovulatory women treated with clomiphene citrate compared with no treatment may not increase the live birth rate.
- [Доказовий огляд 02682](#). Risk of ovarian cancer associated with ovulation induction.
Дата оновлення: 2017-11-14
Рівень доказовості: D
Резюме: Women who have had ovulation induction for infertility might not have an increased risk for ovarian cancer compared with subfertile women without ovulation induction.
- [Доказовий огляд 04944](#). Clomiphene and anti-oestrogens for ovulation induction in polycystic ovarian syndrome (PCOS).
Дата оновлення: 2017-01-27
Рівень доказовості: B
Резюме: Clomiphene appears to be effective treatment for ovulation induction in women with anovulatory subfertility.
- [Доказовий огляд 06536](#). Metformin treatment before and during IVF or ICSI in women with polycystic ovary syndrome.
Дата оновлення: 2015-11-09
Рівень доказовості: C
Резюме: Metformin treatment before and during assisted reproductive techniques (IVF or ICSI) may not be effective in increasing live birth rate in infertile women with polycystic ovary syndrome, however it may reduce the risk of ovarian hyperstimulation syndrome.
- [Доказовий огляд 05204](#). Gonadotrophin-releasing hormone (GnRH) antagonists for assisted conception.
Дата оновлення: 2012-05-21
Рівень доказовості: B
Резюме: GnRH antagonist protocol appears to be effective for assisted conception, with a large reduction in ovarian hyperstimulation syndrome and no difference in live-birth rates compared to the GnRH agonist long protocol.
- [Доказовий огляд 05219](#). Gonadotrophins for idiopathic male factor subfertility.
Дата оновлення: 2014-04-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Pregnancy rates may increase with the use of gonadotrophins for male infertility.

- [Доказовий огляд 05616](#). Ovarian stimulation protocols for intrauterine insemination in women with subfertility.
Дата оновлення: 2007-08-22
Рівень доказовості: B
Резюме: Gonadotrophins appear to be the most effective drugs when intrauterine insemination (IUI) is combined with ovarian hyperstimulation.
- [Доказовий огляд 06183](#). Techniques for pelvic surgery in subfertility.
Дата оновлення: 2008-09-11
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence for conclusion concerning the relative advantages or disadvantages of the different surgical techniques used for the treatment of tubal infertility.
- [Доказовий огляд 02979](#). Surgical treatment of tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation.
Дата оновлення: 2017-07-10
Рівень доказовості: A
Резюме: Laparoscopic salpingectomy increases the odds of pregnancy in women with hydrosalpinges who are due to undergo IVF (NNT between 7 and 8 to gain one additional live birth).
- [Доказовий огляд 07172](#). Surgical treatment of fibroids for subfertility.
Дата оновлення: 2013-05-29
Рівень доказовості: C
Резюме: Hysteroscopic myomectomy may be effective for increasing the clinical pregnancy rate in women with unexplained subfertility and submucous fibroids compared with expectant management.
- [Доказовий огляд 00559](#). Comparison of intrauterine and intracervical insemination with frozen donor sperm.
Дата оновлення: 2010-01-28
Рівень доказовості: A
Резюме: Intra-uterine insemination increases live birth rates and pregnancy rates compared to cervical insemination in stimulated cycles using cryopreserved sperm for donor insemination.
- [Доказовий огляд 05100](#). Intra-uterine insemination versus timed intercourse for cervical hostility in subfertile couples.
Дата оновлення: 2010-01-19
Рівень доказовості: C
Резюме: Intrauterine insemination is probably not an effective treatment for cervical hostility (poor-quality or insufficient mucus) as compared to timed intercourse or expectant management.
- [Доказовий огляд 04595](#). Intrauterine insemination versus fallopian tube sperm perfusion for non tubal infertility.
Дата оновлення: 2014-05-20
Рівень доказовості: C
Резюме: Fallopian tube sperm perfusion may be as effective as intrauterine insemination for couples with unexplained subfertility.
- [Доказовий огляд 05801](#). Intra-uterine insemination for male subfertility.
Дата оновлення: 2008-01-16
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence on the effectiveness of intra-uterine insemination as compared with timed intercourse for male subfertility.

- [Доказовий огляд 06068](#). Low-dose aspirin for in vitro fertilisation .
Дата оновлення: 2017-01-14
Рівень доказовості: C
Резюме: Low-dose aspirin is probably not effective for increasing live birth rate, or clinical pregnancy rate in women undergoing in vitro fertilisation.
- [Доказовий огляд 06550](#). Number of embryos for transfer following in-vitro fertilisation or intra-cytoplasmic sperm injection.
Дата оновлення: 2014-04-13
Рівень доказовості: A
Резюме: The use of single embryo transfer in a fresh in vitro fertilisation cycle results in lower livebirth rates with much lower rates of multiple pregnancy than double embryo transfer, but subsequent transfer of a frozen embryo appear to provide outcomes that are comparable with one fresh cycle of double embryo transfer.
- [Доказовий огляд 06615](#). Endometrial preparation for women undergoing embryo transfer with frozen embryos or embryos derived from donor oocytes.
Дата оновлення: 2010-03-18
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence to recommend any one particular protocol for endometrial preparation over another with regard to pregnancy rates after embryo transfers.
- [Доказовий огляд 06710](#). Synchronised approach and different timing for intrauterine insemination in subfertile couples.
Дата оновлення: 2017-09-02
Рівень доказовості: C
Резюме: Different techniques of timing may be similarly effective for intrauterine insemination in subfertile couples.
- [Доказовий огляд 06558](#). Single versus double intrauterine insemination (IUI) in stimulated cycles for subfertile couples.
Дата оновлення: 2010-02-10
Рівень доказовості: B
Резюме: Double intrauterine insemination in stimulated cycles appears to result in higher pregnancy rate compared to single intrauterine insemination in the treatment of subfertile couples with husband semen.
- [Доказовий огляд 02223](#). Intra-uterine insemination for unexplained subfertility.
Дата оновлення: 2012-05-15
Рівень доказовості: C
Резюме: Intra-uterine insemination (IUI) with ovarian hyperstimulation (OH) may be more effective than IUI alone for increasing live birth. IUI with OH may be more effective than timed intercourse (TI) with OH intercourse for unexplained subfertility.
- [Доказовий огляд 00806](#). Efficacy of in vitro fertilization and embryo transfer.
Дата оновлення: 2016-03-15
Рівень доказовості: C
Резюме: In vitro fertilisation (IVF) may increase live birth rates for unexplained infertility compared with expectant management or unstimulated intraruterine insemination,.
- [Доказовий огляд 05180](#). Intra-venous fluids for preventing severe ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS).
Дата оновлення: 2016-12-29
Рівень доказовості: D
Резюме: Intra-venous plasma expanders (human albumin, hydroxyethyl starch and

mannitol) might be effective for prevention of moderate and severe ovarian hyperstimulation syndrome in women at high risk. compared to placebo. Hydroxyethyl starch and mannitol might not effect pregnancy rates while human albumin may reduce pregnancy rates. However, there were no data on live birth rates.

- [Доказовий огляд 07524](#). Dopamine agonists for preventing ovarian hyperstimulation syndrome.
Дата оновлення: 2017-01-13
Рівень доказовості: A
Резюме: Dopamine agonists appear to be effective in preventing moderate or severe ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) in assisted reproduction treatment.
- [Доказовий огляд 02224](#). Ovulation suppression for endometriosis.
Дата оновлення: 2015-08-14
Рівень доказовості: A
Резюме: Ovulation suppression is not effective in subfertile women with endometriosis who wish to conceive.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00567 Ключ сортування: 025.055 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-10

Автор(и): Aila Tiitinen Редактор(и): Heidi Alenius Outi Hovatta Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Endocrinology Gynaecology

Ключові слова індексу

mesh: Infertility speciality: Endocrinology speciality: Gynaecology speciality: Internal medicine
Assisted reproductive technologies ART mesh: Reproductive Techniques, Assisted mesh: Infertility, Female
mesh: Infertility, Male mesh: Sperm Injections, Intracytoplasmic Intracytoplasmic sperm injection ICSI In vitro fertilization
IVF Conception problems Lack of pregnancy Pregnancy problems Egg evaluation Oocyte quality
mesh: Fertility Agents mesh: Fertility Agents, Female Ovarian hyperstimulation syndrome OHSS
mesh: Insemination, Artificial mesh: Insemination mesh: Semen Semen analysis Sperm donor Sperm donation
Sperm evaluation Sperm quality Mixed Antiglobulin Reaction test MAR mesh: Gonadotropins FSH LH
Lutropin Follitropin icpc-2: W15 icpc-2: Y10