# Стратегии поддержки лютеиновой фазы в циклах стимуляции яичников и внутриматочной инсеминации: систематический обзор и сетевой метаанализ рандомизированных контролируемых исследований

5 ноября 2026 • Yan X., Xu M., Su C., et al.

ОРИГИНАЛ

**Luteal phase support strategies in ovarian stimulation–intrauterine insemination cycles: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials**

После стимуляции яичников с внутриматочной инсеминацией (ВМИ) вагинальный прогестерон повышал частоту клинической беременности и живорождения по сравнению с отсутствием поддержки лютеиновой фазы (ПЛФ) или плацебо. **Достоверность обоих результатов умеренная**; оптимальная стратегия ПЛФ остается неопределенной.

## Доказательная база

Систематический обзор и сетевой метаанализ Yan и соавт., опубликованный в Frontiers in Endocrinology 5 ноября 2026 года, объединил **22 РКИ с участием 4994 женщин**. Поиск охватывал исследования по 7 августа 2026 года. Циклы ВМИ без стимуляции и программы ЭКО не включали.

Сравнивали прогестерон с разными путями введения, пероральные прогестагены, хорионический гонадотропин человека, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), комбинированную поддержку и отсутствие ПЛФ/плацебо. Первичным исходом была клиническая беременность. Исходы анализировали в расчете на женщину, выкидыши — на клиническую беременность.

## Репродуктивные исходы

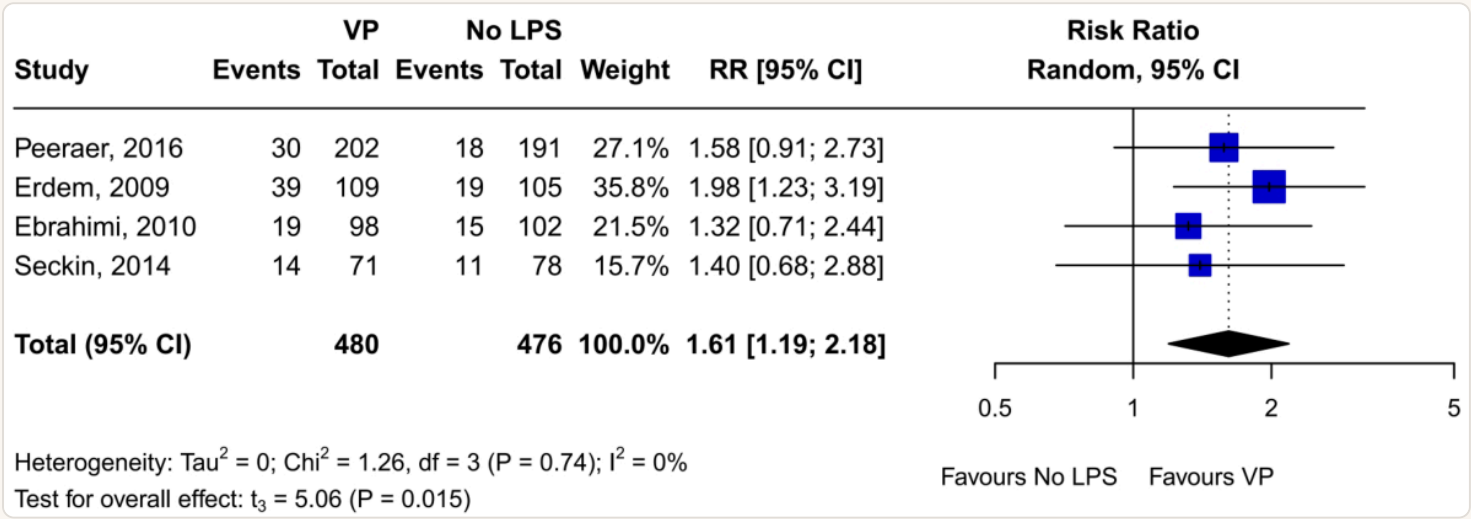
- **Клиническая беременность:** вагинальный прогестерон превосходил отсутствие ПЛФ/плацебо: относительный риск (ОР) 1,27; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,09–1,50. Сеть включала 21 РКИ, 4547 женщин и восемь стратегий; достоверность доказательств умеренная.
- **Живорождение:** ОР для вагинального прогестерона против отсутствия ПЛФ/плацебо составил 1,61; 95% ДИ 1,19–2,18. Данные получены в четырех РКИ с 956 участницами;

достоверность умеренная. Все исследования оценивали только это сравнение, поэтому выполнили парный, а не сетевой метаанализ.

- **Многоплодная беременность:** сочетание вагинального прогестерона с агонистом ГнРГ сопровождалось меньшей частотой исхода, чем один вагинальный прогестерон: ОР 0,29; 95% ДИ 0,10–0,85. Достоверность доказательств очень низкая.

На различие по многоплодной беременности существенно повлияло одно РКИ. Развитие нескольких фолликулов, протокол стимуляции и критерии отмены цикла также могли влиять на риск. **Данных недостаточно, чтобы установить профилактический эффект добавления агониста ГнРГ.**

Статистически значимых различий между стратегиями по частоте прогрессирующей беременности, биохимической беременности и выкидыша не выявлено.




- **Лесовидная диаграмма для живорождения.** Оценки эффектов представлены в виде относительных рисков (RR, ОР) с 95% доверительными интервалами (CI, ДИ). VP — вагинальный прогестерон; No LPS — отсутствие поддержки лютеиновой фазы (ПЛФ). Столбцы: исследование; число событий и общее число участниц в группе VP; число событий и общее число участниц в группе без ПЛФ; вес; ОР [95% ДИ]. На диаграмме — относительный риск, модель со случайными эффектами, 95% ДИ. Total (95% CI) — всего (95% ДИ). Heterogeneity — неоднородность: $\tau^2 = 0$; $\chi^2 = 1{,}26$; df (число степеней свободы) = 3 (p = 0,74); $I^2 = 0\%$. Проверка общего эффекта: $t_3 = 5{,}06$ (p = 0,015). Слева — в пользу отсутствия ПЛФ; справа — в пользу VP.

## Применимость и ограничения

В 18 из 22 исследований использовали гонадотропины или содержащие их схемы. Только три исследования оценивали исключительно пероральную индукцию овуляции. Поэтому применимость результатов к циклам только с кломифеном или летрозолом остается неопределенной.

Прямых сравнений активных стратегий мало; часть сетевых оценок опиралась преимущественно на косвенные доказательства. Ранжирование вмешательств по SUCRA требует осторожной интерпретации. В 20 РКИ отмечены опасения относительно риска

систематической ошибки, главным образом из-за описания рандомизации и выбора представленных результатов.

Оптимальные дозы, сроки начала и продолжительность ПЛФ не установлены. Данных о нежелательных явлениях, синдроме гиперстимуляции яичников, переносимости и перинатальной безопасности недостаточно.

## 📌 Основные выводы для практикующих врачей

1. **Вагинальный прогестерон улучшал два ключевых исхода.** Частота клинической беременности и живорождения была выше, чем без ПЛФ/при плацебо; достоверность доказательств умеренная.
2. **Сравнение по живорождению ограничено.** Данные четырех РКИ не позволяют сопоставить вагинальный прогестерон с другими активными стратегиями.
3. **Польза добавления агониста ГнРГ не установлена.** Снижение частоты многоплодной беременности основано на доказательствах очень низкой достоверности.
4. **По другим исходам значимых различий не выявлено.** Это относится к прогрессирующей и биохимической беременности, а также выкидышу.
5. **Доказательства преимущественно относятся к гонадотропинам.** Эффекты при стимуляции только кломифеном или летрозолом остаются неопределенными.
6. **Оптимальная схема ПЛФ неизвестна.** Не установлены предпочтительные дозы, начало и длительность лечения; сравнительных данных по безопасности недостаточно.