Аменорея и олигоменорея

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E28.8, N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5 · Российское общество акушеров-гинекологов

Аменорея — отсутствие менструаций в установленные возрастные или временные сроки, а олигоменорея — редкие менструации с циклом более 38 дней или менее 10 менструаций в год. Рекомендация посвящена диагностике причин нарушений, включая гипоталамические, гипофизарные, яичниковые и маточные формы, а также восстановлению менструального цикла и фертильности.

Главное

- Первичная аменорея: нет менструаций к 15 годам при развитых вторичных половых признаках или через 3 года после телархе; либо отсутствуют вторичные половые признаки и менструации к 13 годам. Вторичная аменорея: отсутствие менструаций 6 месяцев при ранее нерегулярном цикле или 3 месяца при ранее регулярном.
- Олигоменорея — цикл более 38 дней или менее 10 менструаций в год; конкретные критерии после менархе в тексте указаны как не более 90 дней в течение 1 года после менархе, не более 45 дней от 1 до 3 лет после менархе и не более 38 дней при продолжительности заболевания более 3 лет после менархе.
- Наиболее частые причины — функциональная гипоталамическая аменорея, гиперпролактинемия, преждевременная недостаточность яичников и синдром поликистозных яичников; возможны также пороки развития матки и влагалища и внутриматочные синехии.
- У всех пациенток сначала исключают беременность, затем оценивают ФСГ, ЛГ, пролактин и ТТГ. Эти лабораторные исследования имеют УУР С, УДД 5.
- ЛГ менее 3,0 МЕ/л при вторичной аменорее указывает на нарушение гипоталамо-гипофизарной системы; ФСГ более 25,0 МЕ/л при двукратном исследовании с интервалом 4–6 недель свидетельствует о снижении или отсутствии овариального резерва и указывает на преждевременную недостаточность яичников.
- При аменорее длительностью более 6 месяцев необходима базовая оценка минеральной плотности костной ткани методом ДЭРА; при гипогонадотропной или гипергонадотропной аменорее исследуют позвоночник на уровне I–IV поясничных позвонков и шейку бедра.

Диагностика

1. Собрать акушерско-гинекологический анамнез, выяснить возраст менархе, развитие вторичных половых признаков, характер цикла, изменения массы тела, питание, физические нагрузки, стресс, переломы, лекарства, психоактивные вещества, хронические заболевания и послеродовое кровотечение. УУР С, УДД 5.
2. Провести осмотр наружных половых органов и молочных желез, измерить рост и массу тела, рассчитать ИМТ; у детей оценить стадию полового созревания по Таннеру. Выполнить бимануальное влагалищное или ректоабдоминальное исследование для оценки анатомии органов малого таза. УУР С, УДД 5.
3. На первом лабораторном этапе исключить беременность по хорионическому гонадотропину в моче или по свободной бета-субъединице хорионического гонадотропина в сыворотке крови. УУР С, УДД 5.
4. Определить ФСГ, ЛГ, пролактин и ТТГ. При нормогонадотропной аменорее с целью диагностики аменореи, обусловленной гиперандрогенией, дополнительно исследовать общий и свободный тестостерон, ГСПГ, ДГЭА-С и 17-гидроксипрогестерон. УУР С, УДД 5.
5. Выполнить комплексное УЗИ органов малого таза — трансвагинальное и трансабдоминальное. УУР С, УДД 5. При неясном пороке матки или придатков дополнить обследование МРТ органов малого таза.
6. МРТ головного мозга показана при подозрении на опухоль гипоталамо-гипофизарной области, особенно при тяжелой или постоянной головной боли, нарушении полей зрения, персистирующей рвоте, жажде или учащенном мочеиспускании, очаговой неврологической симптоматике либо признаках избытка или дефицита гормонов гипофиза. УУР С, УДД 5.
7. После исключения беременности и обычно после УЗИ провести прогестагеновую пробу: микронизированный прогестерон 400 мг/сут или дидрогестерон 20 мг/сут в течение 10 дней. Менструальноподобная реакция позволяет исключить маточную форму и низкую эстрогенную насыщенность; ее отсутствие указывает на выраженную гипоэстрогению или маточную форму.

Лечение

- Тактику выбирают по причине аменореи или олигоменореи. При функциональной гипоталамической аменорее корректируют питание, физическую активность и стресс, направляют пациентку на когнитивно-поведенческую терапию и консультацию специалиста психиатрического профиля, а также к диетологу; после нормализации питания и восстановления массы тела менструации могут возобновиться в течение 6–12 месяцев. УУР С, УДД 5.
- При первичном гипогонадотропном гипогонадизме, синдроме Каллмана и синдроме Шихана применяют циклическую ЗГТ эстрадиолом с гестагеном. Возможные схемы: трансдермальный эстрадиол 1,5 мг/сут или 1,0 мг/сут; пероральный эстрадиола валерат 2 мг/сут; микронизированный прогестерон 200 мг/сут 12 дней или дидрогестерон 10 мг/сут 14 дней во вторую фазу цикла.
- При ФГА циклическую ЗГТ эстрадиолом с гестагеном назначают, если мероприятия по коррекции психопатологических нарушений и питания неэффективны в течение 6 месяцев; трансдермальные формы эстрогенов предпочтительнее. Системные гормональные контрацептивы не следует назначать для профилактики снижения минеральной плотности костной ткани. УУР С, УДД 5.
- При гиперпролактинемии препаратом первой линии является каберголин, начиная с 0,5 мг в неделю с возможным последующим повышением дозы до нормализации пролактина. Также применяют бромокриптин: начальная доза 1,25 мг/сут, терапевтический диапазон 2,5–7,5 мг/сут; снижение дозы или отмену рекомендуют не ранее 2 лет лечения при стойкой нормализации пролактина и уменьшении опухоли либо ее отсутствии по данным МРТ.
- При преждевременной недостаточности яичников циклическую ЗГТ эстрадиолом с гестагеном проводят как минимум до возраста естественной менопаузы — 50–51 года. Возможны трансдермальный эстрадиол 1,5–2,25 мг/сут, максимально 3 мг/сут, либо эстрадиола валерат 2 мг/сут, при необходимости максимально 4 мг/сут; гестаген назначают во вторую фазу цикла.
- При СПЯ у пациенток, не планирующих беременность, первой линией при нарушениях цикла, гирсутизме и акне служат системные гормональные контрацептивы с антиандрогенным эффектом; при инсулинорезистентности применяют метформин, а при избытке массы тела — терапевтическую модификацию образа жизни, включающую физические упражнения и диету. При нормогонадотропной нормопролактинемической олигоаменорее и положительной гестагеновой пробе возможны циклические гестагены: прогестерон 200–400 мг/сут или дидрогестерон 10–20 мг/сут не менее 10–15 дней.
- При синдроме Ашермана выполняют гистероскопическое разрушение внутриматочных синехий с последующей циклической ЗГТ половыми стероидами. При атрезии гимена и изолированной вагинальной агенезии проводят реконструктивные пластические операции; при синдроме Майера–Рокитанского–Кюстера–Хаузера — кольпопоэз или кольпоэлонгацию. Удаление дисгенетичных гонад с последующей ЗГТ показано при синдроме нечувствительности к андрогенам после достижения полового созревания. УУР С, УДД 3 для лечения синдрома Ашермана; УУР В, УДД 3 для реконструктивных операций при атрезии гимена и вагинальной агенезии.
- Для восстановления фертильности при гипогонадотропном гипогонадизме применяют аналоги ГнРГ или гонадотропины; при ФГА стимуляцию гонадотропинами проводят после достижения ИМТ более 18,5 кг/м². При неэффективности стимуляции переходят к программам ВРТ.
- При гиперпролактинемии для наступления беременности проводят терапию ингибиторами пролактина; предпочтение отдают каберголину. После подтверждения беременности ингибиторы пролактина следует отменить.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при нарушении оттока менструальной крови на фоне пороков развития гениталий или анатомических изменений органов малого таза; остальные пациентки наблюдаются и лечатся амбулаторно.
- При ФГА направляют к врачу-диетологу для коррекции рациона и восстановления массы тела, а при расстройствах пищевого поведения или тревожно-депрессивных проявлениях — к специалисту психиатрического профиля. УУР С, УДД 5.
- При сложности в диагностике или выборе тактики ведения пациенток с гиперпролактинемией консультируют эндокринолога; при наличии пролактиномы направляют к нейрохирургу для решения

вопроса об операции. Транссфеноидальное вмешательство проводят при непереносимости высоких доз каберголина и резистентности к другим ингибиторам пролактина.

- После разрушения внутриматочных синехий направляют к врачу-физиотерапевту для определения программы реабилитации. УУР С, УДД 5.
- Все пациентки с аменореей подлежат диспансерному наблюдению; при семейном анамнезе ранней менопаузы или преждевременной недостаточности яичников АМГ исследуют один раз в год в течение 5 лет. УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Когда диагностируют вторичную аменорею?

При отсутствии менструаций 6 месяцев у пациентки с ранее нерегулярным циклом или 3 месяца при ранее регулярном цикле.

Какой анализ нужно сделать первым при аменорее?

Сначала исключают беременность: определяют хорионический гонадотропин в моче или свободную бета-субъединицу хорионического гонадотропина в сыворотке крови.

Как отличить гипоталамическую аменорею от преждевременной недостаточности яичников по гормонам?

ЛГ менее 3,0 МЕ/л при вторичной аменорее указывает на нарушение гипоталамо-гипофизарной системы. ФСГ более 25,0 МЕ/л при двух измерениях с интервалом 4–6 недель указывает на снижение или отсутствие овариального резерва и наличие преждевременной недостаточности яичников.

Как проводят прогестагеновую пробу при аменорее?

После исключения беременности, обычно после УЗИ малого таза, назначают микронизированный прогестерон 400 мг/сут или дидрогестерон 20 мг/сут в течение 10 дней. Менструальноподобная реакция позволяет исключить маточную форму и низкую эстрогенную насыщенность; ее отсутствие указывает на выраженную гипоэстрогению или маточную форму.

Когда при функциональной гипоталамической аменорее назначают заместительную гормональную терапию?

Если коррекция питания и психопатологических нарушений неэффективна в течение 6 месяцев. Используют циклическую ЗГТ эстрадиолом в сочетании с гестагеном; системные гормональные контрацептивы для профилактики потери минеральной плотности костной ткани не назначают.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/644-amenoreya-i-oligomenoreya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/644_2