Синдром гиперстимуляции яичников

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N98.1 · Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов, ООО "Российская ассоциация репродукции человека (РАРЧ)"

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) — системный ответ на стимуляцию яичников, связанный с повышенной сосудистой проницаемостью, выходом жидкости в ткани и риском асцита, гидроторакса, почечных, дыхательных и тромботических осложнений. Рекомендация предназначена для ведения пациенток после овариальной стимуляции: от раннего выявления и оценки тяжести до амбулаторного наблюдения, стационарного лечения и профилактики СГЯ в программах ВРТ.

Главное

- Ранний СГЯ развивается в течение первых 7 дней после трансвагинальной пункции яичников (первых 9 дней после введения ХГ в качестве триггера финального созревания ооцитов), а поздний — через 8 и более дней после пункции (10 и более дней после введения ХГ) и связан с наступившей беременностью.
- При определении тяжести учитывают не только размер яичников, но и осложнения: олигурию <300 мл/сут или <30 мл/ч, гематокрит >45%, креатинин >1,6 мг/дл, натрий <135 ммоль/л, калий >5 ммоль/л и другие нарушения; признаки тяжелой или критической степени определяют категорию независимо от размера яичников.
- СГЯ устанавливают при асците и/или гидротораксе и увеличении яичников более 6 см³ на фоне овариальной стимуляции.
- Легкий СГЯ ведут амбулаторно с динамическим наблюдением; при средней, тяжелой и критической степени требуется стационарное лечение, предпочтительно в профильном отделении с междисциплинарной помощью.
- Для профилактики в программах ВРТ оценивают возраст <35 лет, СПЯ, уровень антимюллерова гормона >3,4 нг/мл, количество антральных фолликулов >24 в обоих яичниках, СГЯ в предыдущих циклах и ИМТ <18 кг/м²; УУР А, УДД 1.
- СГЯ сопровождается высоким риском ТЭО; настораживают гематокрит >55%, лейкоцитоз >25×10⁹/л, тромбоцитоз >350×10³/мкл, головная боль, нарушения зрения, шум в ушах и отеки шеи или верхних конечностей.

Диагностика

1. У пациентки после стимуляции и введения триггера уточняют слабость, головокружение, прибавку массы, вздутие или боль в животе, тошноту, рвоту, нарушения стула, одышку, уменьшение диуреза и отеки; УУР С, УДД 5.
2. Проводят осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию, оценивают пульс, частоту дыхания и артериальное давление; измеряют массу тела, рост, ИМТ и температуру. Бимануальное влагалищное исследование не выполняют из-за низкой информативности и риска травмы увеличенных яичников; УУР С, УДД 5.
3. Назначают общий анализ крови, биохимию с белком, альбумином, билирубином, глюкозой, АЛТ, АСТ, мочевиной, креатинином, натрием и калием, коагулограмму, однократный анализ свободной β-субъединицы ХГ, общий анализ мочи и С-реактивный белок. При тяжелом и критическом СГЯ дополнительно исследуют прокальцитонин и осмолярность крови; УУР С, УДД 5.
4. Периодичность контроля зависит от тяжести: общий анализ крови при легком и среднетяжелом СГЯ выполняют раз в 7 дней, при тяжелом и критическом — ежедневно до нормализации гематокрита <40%; биохимию повторяют раз в 5 дней, коагулограмму — раз в 5–7 дней, натрий и калий при электролитных нарушениях, а мочевину и креатинин при олигурии или анурии — ежедневно до нормализации показателей.
5. Выполняют комплексное УЗИ малого таза трансвагинальным и трансабдоминальным доступами, УЗИ брюшной полости и почек; при одышке или сухом кашле оценивают плевральные полости. При тяжелом и критическом СГЯ оценивают внутрибрюшное давление непрямым методом; УУР С, УДД 4.
6. Для дифференциальной диагностики привлекают терапевта и хирурга; при подозрении на ТЭО — сердечно-сосудистого хирурга, при выраженном гидротораксе — торакального хирурга. При среднетяжелом, тяжелом

и критическом СГЯ необходима консультация анестезиолога-реаниматолога; при тяжелом и критическом — суточное наблюдение.

Лечение

- При легком СГЯ в амбулаторных условиях контролируют ежедневно массу тела, выпитую жидкость и диурез, ограничивают физическую активность, обеспечивают потребление жидкости не менее 1 л/сут и белковую пищу; применяют эластическую компрессию нижних конечностей. УУР С, УДД 5.
- При СГЯ, требующем госпитализации, вводят внутривенно 0,9% раствор натрия хлорида; при натрии <135 ммоль/л он предпочтителен. Объем инфузии определяют по гиповолемии и потерям, а после стабилизации гемодинамики, восстановления диуреза и коррекции нарушений переходят к энтеральному приему жидкости и нутритивной поддержке; УУР С, УДД 5.
- При гематокрите >45%, альбумине <25 г/л или выраженном асците с повышенным внутрибрюшным давлением вводят 20% раствор альбумина человека 2–4 мл/кг. Рутинно назначать альбумин только для коррекции гипоальбуминемии не следует; УУР С, УДД 5.
- Для профилактики ТЭО при высоком риске СГЯ или уже развившемся СГЯ назначают в профилактических дозах гепарин натрия, эноксапарин натрия, надропарин кальция или далтепарин натрия; продолжительность зависит от коагулограммы, факторов риска и наступления беременности; УУР В, УДД 3.
- Боль купируют парацетамолом, тошноту и рвоту — метоклопрамидом; другие анальгетики и антипиретики не рекомендуются из-за противопоказаний при беременности. Сильная боль требует исключения перекрута или разрыва яичника, внематочной беременности, аппендицита и инфекции малого таза; УУР С, УДД 5.
- При нарастании асцита или гидроторакса, олигурии на фоне этих состояний несмотря на адекватную инфузию выполняют УЗ-контролируемое удаление жидкости из брюшной и/или плевральной полости. Показания к лапароцентезу также включают напряженный асцит, дыхательную недостаточность и повышенное внутрибрюшное давление; одномоментно удаляют не более 3 л; УУР С, УДД 4.
- При риске вторичной инфекции, нестабильной гемодинамике или повторной температуре ≥38 °C назначают антибиотики; стартовая схема включает цефалоспорин III или IV поколения в сочетании с метронидазолом. При спонтанном бактериальном перитоните лечение начинают сразу, препарат первой линии — цефотаксим 2 г внутривенно каждые 12 часов; возможны цефтриаксон или цефтазидим.
- При критическом СГЯ прерывание беременности выполняют для спасения жизни пациентки; острую хирургическую патологию — перекрут придатков, разрыв или кровотечение из кисты, внематочную беременность — лечат хирургически.

Когда направить и как наблюдать

- Легкий СГЯ можно вести амбулаторно, но уменьшение диуреза <1000 мл/сут, увеличение массы и живота, усиление боли, одышка, тахикардия или гипотензия требуют повторной оценки и решения о госпитализации.
- При средней, тяжелой и критической степени пациентку госпитализируют; лечение проводят в профильном стационаре, имеющем опыт ведения СГЯ и возможность междисциплинарной помощи.
- При тяжелом и критическом СГЯ требуется осмотр анестезиолога-реаниматолога и суточное наблюдение; при выраженном гидротораксе направляют к торакальному хирургу для решения вопроса о торакоцентезе.
- При тяжелой и критической степени СГЯ рекомендовано суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом.

Частые вопросы

Какие критерии указывают на тяжелый СГЯ?

К тяжелой степени относят клинический асцит или гидроторакс, одышку, тошноту и рвоту, олигурию <300 мл/сут или <30 мл/ч, яичники >12 см, гематокрит >45%, лейкоцитоз >25×10⁹/л, альбумин <35 г/л, креатинин >1,6 мг/дл и ряд электролитных нарушений. При критической степени добавляются, в частности, гипотензия, напряженный асцит, быстрое увеличение массы ≥1 кг за 24 часа, ОПП, ТЭО, аритмия, ОРДС или отек легких.

Когда пациентку с легким СГЯ нужно госпитализировать?

Поводом служат диурез <1000 мл/сут, нарастание массы тела и объема живота, усиление боли, одышка, тахикардия или гипотензия.

Какие исследования обязательны при подозрении на СГЯ?

Рекомендуются общий анализ крови, биохимический анализ с оценкой белка, альбумина, функции почек, печени и электролитов, коагулограмма, свободная β-субъединица ХГ, общий анализ мочи и С-реактивный белок. При тяжелом и критическом СГЯ дополнительно исследуют осмолярность крови и прокальцитонин; УУР С, УДД 5.

Когда при СГЯ выполняют лапароцентез или торакоцентез?

Лапароцентез показан при прогрессирующем напряженном асците, дыхательной недостаточности или повышенном внутрибрюшном давлении на фоне асцита, а также при сохраняющейся олигурии несмотря на восполнение жидкости. Торакоцентез выполняют при дыхательной недостаточности, сохраняющейся после удаления асцита, при гематокрите 40%.

Как предупреждать СГЯ у пациентки с чрезмерным ответом на стимуляцию?

При избыточном овариальном резерве используют протокол с антагонистами ГнРГ и низкие стартовые дозы гонадотропинов; при чрезмерном ответе — аналог ГнРГ в качестве триггера и отменяют перенос эмбрионов с криоконсервацией. Чрезмерный ответ — более 18 фолликулов размером ≥11 мм в день триггера и/или более 18 полученных ооцитов; УУР В, УДД 2 для выбора аналога ГнРГ в качестве триггера.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/665-sindrom-giperstimulyacii-yaichnikov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/665_2