Синдром поликистозных яичников

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E28.2 · Российская ассоциация эндокринологов, Российское общество акушеров-гинекологов

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) — полигенное эндокринное расстройство с репродуктивными, метаболическими и психологическими проявлениями. Рекомендация описывает диагностику у подростков и взрослых, исключение сходных состояний, коррекцию метаболических рисков, нарушений цикла, гиперандрогении и бесплодия.

Главное

- У взрослых диагноз СПЯ устанавливают при наличии любых 2 из 3 признаков: олиго-/ановуляции, клинической или биохимической гиперандрогении, поликистозной морфологии яичников по УЗИ.
- У подростков СПЯ диагностируют при сочетании клинической и/или биохимической гиперандрогении с олиго-аменореей после менархе; ультразвуковые критерии практически не используют.
- СПЯ связано с риском бесплодия, гирсутизма и акне, нарушений углеводного обмена, дислипидемии, сердечно-сосудистой патологии, гиперпластических процессов эндометрия и нарушений психологического статуса, включая депрессию и тревожные расстройства.
- У женщин с СПЯ окружность талии и ИМТ измеряют при каждом визите, а артериальное давление — ежегодно.
- Гликемический статус оценивают у всех пациенток с СПЯ независимо от ИМТ и других факторов риска: предпочтителен 2-часовой ПГТТ с 75 г декстрозы, альтернативой служит гликированный гемоглобин; повторная оценка — каждые 1–3 года с учетом факторов риска.
- Модификация образа жизни показана всем пациенткам: физическая активность и сбалансированное питание. У женщин с избыточной массой тела целевой ориентир — снижение веса на 5–10% за 6 месяцев.

Диагностика

1. Уточнить жалобы и анамнез: задержки менструации, признаки андрогенизации, бесплодие, избыточную массу тела или ожирение, набор веса; выяснить семейный анамнез СПЯ или его клинических проявлений, а также наличие гиперплазии эндометрия в анамнезе, сахарного диабета, артериальной гипертензии и обструктивного апноэ сна.
2. Оценить регулярность цикла. У взрослых нерегулярным считают цикл более 35 или менее 21 дня либо менее 8 менструаций в год. У подростков учитывают сроки после менархе: цикл более 90 дней в первый год, менее 21 или более 45 дней через 1–3 года, а также первичную аменорею к 15 годам или через 3 года после телархе.
3. Провести физикальное обследование: оценить гирсутизм по модифицированной шкале Ферримана—Галлвея, у подростков — стадию полового развития по Таннеру, наличие черного акантоза, измерить рост, массу тела, ИМТ и окружность талии. Подсчет гирсутного числа, оценка стадии Таннером и поиск черного акантоза имеют УУР С, УДД 5; измерение ИМТ и окружности талии — УУР А, УДД 2.
4. Исследовать общий тестостерон и ГСПГ с расчетом индекса свободных андрогенов: ИСА = общий тестостерон/ГСПГ × 100. При нормальных общем и свободном тестостероне дополнительно определяют ДГЭА-С и андростендион.
5. Оценить метаболические нарушения: выполнить ПГТТ с 75 г декстрозы или определить HbA1c, исследовать липидный спектр. Рутинное определение инсулина и индексов инсулинорезистентности не проводят.
6. Исключить заболевания щитовидной железы, гиперпролактинемию и нВДКН: определить ТТГ, Т4, пролактин и 17-гидроксипрогестерон. 17-гидроксипрогестерон исследуют утром в раннюю фолликулярную фазу; при пограничных значениях дополнительно исследуют патогенные варианты CYP21A2.
7. У взрослых выполнить комплексное УЗИ органов малого таза. Поликистозная морфология: при трансвагинальном датчике ≥8 МГц — не менее 20 фолликулов диаметром 2–9 мм в любом яичнике и/или объем любого яичника ≥10 см³; при менее разрешающем или трансабдоминальном исследовании — объем любого яичника ≥10 см³.

Лечение

- Базовая тактика — индивидуальная модификация образа жизни: рациональное питание и физическая активность. Для взрослых 18–64 лет ориентир — не менее 150 минут умеренной или 75 минут высокой активности в неделю плюс силовые упражнения 2 дня в неделю.
- При нарушениях цикла и клинической гиперандрогении у пациенток, не планирующих беременность, КГК — терапия первой линии (УУР В, УДД 1). Используют минимально эффективную дозу этинилэстрадиола 20–30 мкг или натуральные эстрогены с учетом критериев приемлемости контрацепции.
- Если КГК не дали значимого эффекта на гирсутизм за 6 месяцев, добавляют нестероидный антиандроген. Антиандроген в монотерапии применяют только при противопоказаниях или непереносимости КГК; при этом нужна надежная контрацепция.
- Возможные режимы антиандрогенной терапии: спиронолактон 50–100 в сутки; финастерид 2,5–5 мг/сут или флутамид 250–500 мг/сут в течение 6–12 месяцев. Финастерид и флутамид обладают гепатотоксичностью; ципротерон ≥10 мг/сут для лечения гирсутизма у пациенток 18 лет и старше не рекомендуется из-за высоких рисков, включая менингиому.
- При отказе от КГК или противопоказаниях к ним назначают гестагены циклически для регуляции цикла и профилактики гиперплазии и рака эндометрия. Метформин — 2-я линия при нерегулярных менструациях, если КГК противопоказаны или не переносятся; стартовая доза 500 мг/сут с постепенным повышением на 500 мг, максимум 2,5 г/сут у взрослых и 2 г/сут у подростков.
- Метформин добавляют к изменению образа жизни при ИМТ ≥25 кг/м² для контроля веса и улучшения метаболических исходов; при ИМТ >30 кг/м² и высоком риске нарушений углеводного обмена возможно сочетание КГК и метформина, если КГК и изменение образа жизни недостаточны.
- При ановуляторном бесплодии кломифен применяют как терапию первой линии: 5 дней, начиная со 2–5-го дня цикла, обычно 50 мг/сут, максимум 150 мг/сут, не более 6 циклов. Летрозол — альтернативная схема: 2,5 мг/сут с 3–7-го или 5–9-го дня цикла, при отсутствии овуляции дозу можно повысить до 5 мг/сут, максимум 7,5 мг/сут.
- При неэффективности кломифена или невозможности его применения используют гонадотропины или лапароскопический дриллинг как 2-ю линию. Длительность стимуляции гонадотропинами — не более 6 циклов с мониторингом овариального ответа.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана для оперативного лечения СПЯ; критерий выписки — клиническое выздоровление.
- При СПЯ и бесплодии направляют на лапароскопический дриллинг при резистентности к кломифену, высоком ЛГ, невозможности мониторинга гонадотропинов или наличии других показаний к лапароскопии.
- ВРТ применяют при неэффективности стимуляции овуляции и лапароскопии, при трубно-перитонеальном, мужском факторе бесплодия, эндометриозе или необходимости преимплантационной диагностики.
- Женщинам с избыточной массой тела или ожирением показаны консультации диетолога и медицинского психолога для коррекции питания и выявления нарушений пищевого поведения и тревожно-депрессивных расстройств.
- Во время беременности необходимо обязательное наблюдение из-за повышенного риска гестационного диабета, гипертензивных осложнений и преэклампсии; прегравидарная подготовка включает отказ от курения, изменение образа жизни и прием фолиевой кислоты.

Частые вопросы

Какие критерии позволяют поставить диагноз СПЯ у взрослых?

У взрослых нужны любые 2 из 3 признаков: олиго-/ановуляция, клиническая или биохимическая гиперандрогения, поликистозная морфология яичников по УЗИ.

Какие лабораторные исследования проводят при подозрении на СПЯ?

Определяют общий тестостерон и ГСПГ с расчетом индекса свободных андрогенов; при нормальном общем и свободном тестостероне — ДГЭА-С и андростендион. Также оценивают гликемический статус и липидный профиль.

Можно ли оценивать андрогены на фоне КГК?

Нет, оценка может дать ложные результаты. Если исследование необходимо, гормональные препараты отменяют на 3 месяца; женщинам, не планирующим беременность, на этот период предлагают негормональную контрацепцию.

Что назначать при СПЯ и нерегулярных менструациях?

Если беременность не планируется и нет противопоказаний, КГК являются терапией первой линии при нарушениях цикла и гиперандрогении. При противопоказаниях или непереносимости КГК используют циклические гестагены, а метформин — как 2-ю линию; его начинают с 500 мг/сут и постепенно повышают.

Как лечить ановуляторное бесплодие при СПЯ?

Сначала корректируют образ жизни и исключают другие причины бесплодия в паре. Кломифен применяют как первую линию, летрозол — как альтернативу; при неэффективности или невозможности этих подходов используют гонадотропины либо лапароскопический дриллинг.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/910-sindrom-polikistoznyh-yaichnikov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/910_1