Обновление ACOG по преждевременной недостаточности яичников (октябрь 2026)

6.11.26

ОРИГИНАЛ

ACOG POI Update (Oct 2026)

В обновлении ACOG за октябрь 2026 года порог ФСГ для подтверждения преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) снижен с 30–40 до **>25**, а обязательное повторное измерение отменено. Изменения основаны на экспертном консенсусе, а не новых испытаниях, и согласованы с рекомендациями Европейского общества репродукции человека и эмбриологии 2024 года.

Диагностические критерии

ПНЯ предполагают у женщин **моложе 40 лет** с нарушениями менструального цикла продолжительностью не менее четырёх месяцев. Аменорея необязательна: возможны нерегулярные или скудные менструации. Термин «преждевременная недостаточность яичников» заменяет прежнее название «первичная недостаточность яичников».

Биохимическая диагностика изменилась следующим образом:

- **ФСГ >25** служит основным подтверждающим показателем. Анализ не требуется привязывать к фазе цикла.
- Повторное измерение ФСГ необходимо только при диагностической неопределённости; прежнее обязательное подтверждение через месяц отменено.
- Низкий эстрадиол поддерживает диагноз, но его определение больше не обязательно.
- Антимюллеров гормон не входит в первичную диагностику; его допускают использовать в отдельных неясных случаях.

Обследование и поиск причины

При отсутствии менструаций сначала исключают беременность. Дифференциальная диагностика по-прежнему включает определение ТТГ и пролактина.

Поиск причины охватывает хромосомные нарушения, включая синдром Тёрнера и его мозаичные варианты, премутацию, связанную с синдромом ломкой Х-хромосомы, и аутоиммунные заболевания. В анамнезе уточняют химиотерапию, облучение таза, операции на яичниках и вмешательства, способные нарушить их кровоснабжение.

Несмотря на обследование, **70–90% случаев неятрогенной ПНЯ остаются идиопатическими**.

Гормональная терапия и сопутствующие нарушения

Основу лечения составляет заместительная терапия эстрадиолом. При сохранённой матке необходим прогестоген для защиты эндометрия. Варианты включают микронизированный прогестерон и внутриматочную систему с левоноргестрелом 52 мг.

Даже при ПНЯ возможны эпизоды активности яичников. Если беременность нежелательна, требуется контрацепция; комбинированные оральные контрацептивы остаются одним из вариантов.

Помимо симптомов гипоэстрогении, учитывают костно-мышечное и кардиометаболическое здоровье, а также сексуальную функцию. При вагинальной сухости возможно местное применение эстрогенов. При ятрогенной ПНЯ и гипоактивном расстройстве полового влечения допускается низкодозовая терапия тестостероном; данных о её долгосрочной безопасности недостаточно.

📌 Основные выводы для практикующих врачей

1. **Порог ФСГ снижен до >25.** Клинический контекст включает возраст моложе 40 лет и нарушения цикла не менее четырёх месяцев; аменорея необязательна.
2. **Повторный ФСГ требуется не всегда.** Повторное исследование сохраняется для случаев диагностической неопределённости.
3. **Эстрадиол имеет вспомогательное значение.** Его определение необязательно; антимюллеров гормон не входит в первичную диагностику.
4. **Причина часто остаётся неизвестной.** После обследования 70–90% неятрогенных случаев относят к идиопатическим.
5. **Основу лечения составляет эстрадиол.** При сохранённой матке необходима защита эндометрия прогестогеном.
6. **ПНЯ не исключает потребности в контрацепции.** Эпизодическая активность яичников возможна; при нежелательной беременности применимы комбинированные оральные контрацептивы.
7. **Долгосрочная безопасность тестостерона не установлена.** Низкие дозы допускаются при ятрогенной ПНЯ и гипоактивном расстройстве полового влечения.