



**ДИНАМИЧЕСКОЕ
НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ**

**С БОЛЕЗНЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА
ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ**

ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЙДЗ) – термин, объединяющий состояния и нарушения, вызванные йодным дефицитом (ВОЗ, 2007 г.). ЙДЗ объединяют не только патологию щитовидной железы, развившуюся вследствие дефицита йода, но и патологические состояния, обусловленные дефицитом тиреоидных гормонов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Всем пациентам	– рекомендуется достижение оптимального уровня потребления I населением: 150 мкг/день для взрослых и 200 мкг/день для беременных и кормящих женщин
Пациентам, находящимся в определенных группах риска (беременность, кормление грудью)	– проведение индивидуальной и групповой йодной профилактики

Всеобщее йодирование соли рекомендовано ВОЗ в качестве универсального, высокоэффективного метода массовой йодной профилактики. Всеобщее йодирование соли означает, что практически вся соль для употребления человеком (т.е. продающаяся в магазинах и используемая в пищевой промышленности) должна быть йодирована. Для достижения оптимального потребления I (150 мкг/сут для взрослых) ВОЗ и Международный совет по контролю за ЙДЗ рекомендуют добавление в среднем 20 - 40 мг I на 1 кг соли. В РФ постановлением главного санитарного врача рекомендовано добавление в среднем 40 +/- 15 мг I на кг соли. В качестве йодирующей добавки рекомендовано использовать йодат калия. Применение йодированной соли во многих случаях способно ликвидировать йодный дефицит.

Источник:
Клинические рекомендации «Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода»
Кодирование по МКБ 10: E01 - E02, E04.0 - 2, E04.8 - 9, E07.9
Год утверждения (частота пересмотра): 2020
Возрастная категория: Взрослые, Дети
Год окончания действия: 2022
ID: 620
Разработчик клинической рекомендации:
- Российская ассоциация эндокринологов
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА (СД 1) – это полигенное многофакторное заболевание, в основе которого лежит иммуноопосредованная или идиопатическая деструкция β -клеток поджелудочной железы, приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с СД1 для оценки степени достижения целевых показателей гликемического контроля и стратификации риска развития осложнений	– исследование уровня HbA _{1c} 1 раз в 3 месяца
Пациентам с СД1 для оценки наличия и выраженности осложнений и сопутствующих заболеваний	– исследование биохимического анализа крови (креатинин, мочевины, калий, натрий, общий белок, кальций общий, общий холестерин, ХЛНП, ХЛВП, триглицериды, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, билирубин) не реже 1 раза в год; – дополнительные биохимические исследования назначаются по показаниям. ⁴ – при наличии изменений в результатах анализов частота контрольных исследований и консультации специалистов определяется индивидуально
Пациентам с СД1 для оценки функции почек	– исследование скорости клубочковой фильтрации (СКФ) не реже 1 раза в год; – исследование биохимического анализа утренней порции мочи (альбумин, креатинин, соотношение альбумин/креатинин) не реже 1 раза в год. Исследование проводится при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи или анализе мочи по Нечипоренко
Пациентам с СД1 для оценки состояния глазного дна	– консультация врача-офтальмолога с биомикроскопией глазного дна под мидриазом не реже 1 раза в год
Пациентам с СД1 для оценки периферической чувствительности и состояния периферических артерий	– проведение комплексного обследования стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) не реже 1 раза в год
Пациентам с СД1 для скрининга сердечно-сосудистой патологии	– регистрация ЭКГ в покое не реже 1 раза в год

Источник:

Клинические рекомендации «Сахарный диабет 1 типа у взрослых»

Кодирование по МКБ 10: E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2019

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2021

ID: 286

Разработчик клинической рекомендации:

- Российская ассоциация эндокринологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА (СД 2) – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с СД 2 без осложнений	
для оценки степени достижения целевых показателей гликемического контроля	– исследование уровня HbA _{1c} в крови 1 раз в 3 месяца
для исключения или подтверждения наличия анемии	– общий (клинический) анализ крови (определение уровней гемоглобина и эритроцитов) не реже 1 раза в год
для оценки наличия и выраженности осложнений и сопутствующих заболеваний	– биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, мочевая кислота, калий, натрий, кальций, общий белок, общий холестерин, ХЛНП, ХЛВП, триглицериды, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, билирубин) не реже 1 раза в год; – дополнительные биохимические исследования назначаются по показаниям
для оценки функции почек	– исследование скорости клубочковой фильтрации (СКФ) не реже 1 раза в год; – биохимический анализ утренней порции мочи (альбумин, креатинин, соотношение альбумин/креатинин)
для уточнения наличия инфекции мочевых путей	– общий анализ мочи не реже 1 раза в год
для верификации диабетической ретинопатии	– консультация врача-офтальмолога с проведением биомикроскопии глазного дна под мидриазом не реже 1 раза в год
для оценки периферической чувствительности и состояния периферических артерий	– комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) не реже 1 раза в год
для скрининга сердечно-сосудистой патологии	– проведение ЭКГ в покое не реже 1 раза в год

Источник:

Клинические рекомендации «Сахарный диабет 2 типа у взрослых»

Кодирование по МКБ 10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2019

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2021

ID: 290

Разработчик клинической рекомендации:

- Российская ассоциация эндокринологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ГИПОПАРАТИРЕОЗ – состояние, характеризующееся сниженной продукцией паратиреоидного гормона, паратгормона околощитовидной железы (ПТГ ОЩЖ) или резистентностью тканей к его действию, что сопровождается нарушениями фосфорно-кальциевого обмена.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам перед планируемым хирургическим вмешательством на области шеи с целью профилактики развития послеоперационного транзиторного гипопаратиреоза	– определение уровня 25-ОН витамина D и компенсация его дефицита
В первые сутки после хирургического вмешательства в области шеи для диагностики гипопаратиреоза и определения потребности в назначении препаратов кальция и препаратов витамина D и его производных	определение уровней паратиреоидного гормона, паратгормона (ПТГ) и альбумин-скорректированного и/или ионизированного кальция крови
Пациентам, перенесшим тотальную тиреоидэктомию для профилактики острой гипокальциемии	– рутинное применение пероральных препаратов кальция в течение первых 2 недель после операции
Пациентам, перенесшим тотальную тиреоидэктомию, с повышенным риском развития послеоперационной гипокальциемии после операции на органах шеи для профилактики острой гипокальциемии	– рутинное назначение пероральных препаратов кальция в сочетании с препаратами витамина D и его производными (альфакальцидол, кальцитриол) в течение первых 2 недель
Пациентам в ходе хирургического вмешательства на органах шеи при деваскуляризации ОЩЖ для профилактики послеоперационного гипопаратиреоза	– проведение их аутотрансплантации

Источник:

Клинические рекомендации «Гипопаратиреоз у взрослых»

Кодирование по МКБ 10: [E20.0](#), [E20.8](#), [E20.9](#), [E89.2](#)

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 627

Разработчик клинической рекомендации:

- Российская ассоциация эндокринологов

- Ассоциации эндокринных хирургов

- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ (ПГПТ) – эндокринное заболевание, характеризующееся избыточной секрецией ПТГ при верхне-нормальном или повышенном уровне кальция крови вследствие первичной патологии ОЦЖ. ПГПТ проявляется полиорганными нарушениями различной степени выраженности и, как следствие, может приводить к существенному снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, повышенному риску преждевременной смерти.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с ПГПТ для оценки прироста минеральная плотность кости (МПК)	– проводится контрольная рентгеноденситометрия через год после хирургического лечения и далее 1 раз в год в течение 3-х лет
Пациентам с ПГПТ лечение осложнений заболевания (нефролитиаз/нефрокальциноз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушения ритма и других нарушений) после успешно проведенной паратиреоидэктомии	– при необходимости проводится лечение под наблюдением соответствующих специалистов

Источник:
Клинические рекомендации «Первичный гиперпаратиреоз»
Кодирование по МКБ 10: [E21.0](#), [E21.2](#), [E21.3](#), [E21.4](#), [E21.5](#), [D35.1](#), [C75.0](#)
Год утверждения (частота пересмотра): 2020
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2022
ID: 88
Разработчик клинической рекомендации:
- Российская ассоциация эндокринологов
- Ассоциации эндокринных хирургов
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ВДКН) – это группа аутосомно-рецессивных заболеваний, характеризующихся дефектом одного из ферментов или транспортных белков, принимающих участие в синтезе кортизола в коре надпочечников.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с классическими формами дефицита 21-гидроксилазы для уточнения степени компенсации заболевания	– обследование не реже 1 раза в год
– пациентам с вирильной и сольтеряющей формами ВДКН	– исследование уровней андростендиона, 17-гидроксипрогестерона, тестостерона в крови
– пациентам с сольтеряющей формой	– исследование активности ренина плазмы
<i>У женщин с сохраненным менструальным циклом исследование желательно проводить в раннюю фолликулярную фазу, при приеме комбинированных оральных контрацептивов (КОК) - на 3 - 4 день цикла (до начала новой упаковки КОК для исключения перекрестной реакции), на фоне аменореи - в любой день</i>	
Пациентам с классическими формами дефицита 21-гидроксилазы с осложнениями	– тщательный мониторинг осложнений и последствий как самого заболевания, так и его лечения
– при контроле артериального давления (АД) и массы тела с целью мотивировки поддержания нормального индекса массы тела, во избежание развития метаболического синдрома и связанных с ним осложнений	– профилактические беседы о здоровом образе жизни; – обучение принципам здорового питания и здорового образа жизни
– при анамнестических данных о периодах передозировки глюкокортикостероидов (ГКС) или перенесенных атравматических переломах	– рентгеноденситометрия при первичном обращении, если ранее она не проводилась; – вопрос о частоте мониторинга костной плотности решается в зависимости от полученных результатов (не реже 1 раза в 5 - 7 лет при отсутствии снижения МПК и чаще при выявлении остеопенического синдрома)
– пациентам с целью исключения новообразований пациентам, у которых не удается достичь целевых показателей андрогенов на фоне регулярного приема терапевтических доз ГКС; – пациентам с длительными эпизодами отмены терапии или неудовлетворительной компенсацией заболевания	– инструментальные визуализирующие обследования (УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) или МРТ) надпочечников
– мужчинам с целью выявления образования яичек из остаточной надпочечниковой ткани TART	– УЗИ органов мошонки
– женщинам с целью выявления патологии яичников	– УЗИ органов малого таза; – МРТ органов малого таза при подозрении на OART
Пациентам с гиперторической формой ВДКН для своевременной диагностики и коррекции макрососудистых осложнений АГ	– ежегодное обследование у кардиолога; – по показаниям ЭКГ, эхокардиографию, суточное мониторирование АД и ЭКГ

Источник:

Клинические рекомендации «Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром)»

Кодирование по МКБ 10: [E25.0](#), [E25.8](#), [E25.9](#)

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 82

Разработчик клинической рекомендации:

- Российская ассоциация эндокринологов

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПЕРВИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (1-НН, ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОКОРТИЦИЗМ, БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА) – заболевание

надпочечника различного генеза, характеризующееся неспособностью произвести достаточное количество глюкокортикоидов (ГК), минералокортикоидов (МК) и андрогенов.

1-НН – тяжелое жизнеугрожающее заболевание, характеризующееся неспособностью коры надпочечников произвести достаточное количество ГК, МК и андрогенов. 1-НН впервые описана Томасом Аддисоном и поэтому называется Болезнью Аддисона.

Глюкокортикоиды (ГК) – гормоны, которые синтезируются пучковой зоной коры надпочечников и обеспечивают адаптацию организма к стрессовым факторам окружающей среды. Основным ГК является кортизол.

Минералокортикоиды (МК) – гормоны, которые синтезируются клубочковой зоной коры надпочечников и обеспечивают регуляцию водно-электролитного обмена и системного артериального давления (АД). Основным МК является альдостерон (А)

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с 1-НН	<ul style="list-style-type: none">– рекомендуется иметь идентификационную карточку (медицинский браслет или кулон) с указанием заболевания и необходимости введения ГК (которая может быть зашифрована при помощи QR-кода);– желательно иметь всегда при себе "памятку" с простыми инструкциями по лечению АК;– иметь ГК в инъекционной форме для использования в ургентных ситуациях– наблюдение врачом-эндокринологом не реже 1 раза в год для исключения признаков неадекватной терапии– лабораторное обследование:<ul style="list-style-type: none">• исследование уровней натрия и калия в крови;• определение рениновой активности плазмы крови и исследование уровня Р в крови;• общий (клинический) развернутый анализ крови 1 раз в год;• определение уровня витамина В12 (цианокобаламин) в крови– по показаниям проведение рентгеноденситометрии– ежегодное обследование на предмет наличия другой аутоиммунной патологии: аутоиммунное заболевание щитовидной железы, сахарный диабет, гипогонадизм, целиакия, аутоиммунный гастрит и дефицит витамина В12
Беременным с НН	<ul style="list-style-type: none">– рекомендуется наблюдение у врача-эндокринолога не реже, чем 1 раз в триместр, для исключения клинических симптомов неадекватной терапии

Источник:

Клинические рекомендации «Первичная надпочечниковая недостаточность»

Кодирование по МКБ 10: [E27.1/E27.2/E27.3/E27.4/E35.1/E89.6](#)

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 524

Разработчик клинической рекомендации:

- Российская ассоциация эндокринологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ (ФКУ) – гиперфенилаланинемия (ГФА), обусловленная недостаточностью активности фенилаланингидроксилазы (ФАГ) и приводящая к накоплению в организме ФА и продуктов его метаболизма.

ГИПЕРФЕНИЛАЛАНИНЕМИИ – группа ауtosомно-рецессивных заболеваний, обусловленных нарушением обмена незаменимой аминокислоты фенилаланина (ФА), поступающей в организм человека с белковой пищей. Гиперфенилаланинемии (ГФА) объединяют несколько генетически гетерогенных форм нарушений обмена ФА, сходных по клиническим признакам: фенилкетонурия и нарушения обмена тетрагидробиоптерина.

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ТЕТРАГИДРОБИОПТЕРИНА (ВН₄-ДЕФИЦИТНАЯ ГФА) – гетерогенная группа ГФА-состояний, вызванных дефицитом одного из ферментов, участвующих в цепи биохимических превращений тетрагидробиоптерина (ВН₄).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациентам с классической фенилкетонурией

- анализ крови утром натощак (после ночного голодания) для определения контрольных значений ФА крови не реже 1 раза в 3 месяца;
- клинический анализ крови для оценки основных параметров кроветворения и наличия воспалительных процессов не реже 1 раза в год;
- общий (клинический) анализ мочи с целью выявления кристаллурии не реже 1 раза в год;
- биохимический анализ мочи (фосфор, кальций, креатинин, белок, альбумин) пациентам с ГФА с целью выявления метаболической нефропатии;
- биохимический анализ крови общетерапевтический с целью оценки состояния печени, почек и выявления отклонений важных биохимических показателей и их дальнейшей коррекции не реже 1 раза в год;
- определение соотношения фенилаланина/тирозина методом тандемной масс-спектрометрии, не реже 1 раза в год с целью своевременной диагностики/предупреждения явлений, вызванных дефицитом тирозина/избытком фенилаланина
- консультации врача-генетика с целью оценки нутритивного и психоневрологического статуса не реже 1 раз в год, у беременных - не чаще 1 раза в месяц;
- консультация врача-диетолога (не реже 1 раза в 12 месяцев) для дополнительной коррекции диетотерапии
- консультация врача-терапевта не реже 1 раза в 6 месяцев для оценки общего состояния здоровья и определения тактики дальнейшей терапии;
- по показаниям консультация врача-невролога для своевременного выявления и/или мониторинга неврологических изменений;
- осмотр врачом-офтальмологом не реже 1 раза в 3 года с целью выявления глазной патологии;
- консультация врача-гастроэнтеролога при наличии показаний для своевременного выявления и/или мониторинга гастроэнтерологической патологии;
- консультация врача-психиатра для оценки психиатрического статуса при наличии показаний;
- консультация медицинского психолога при наличии показаний для оценки и коррекции психологического состояния и психолого-педагогического сопровождения семьи не реже 1 раза в год;
- консультация врача-дерматолога с целью диагностики патологии кожных покровов и подбора рационального лечения при наличии показаний;
- консультация врача-эндокринолога с целью уточнения нарушения функции эндокринной системы при наличии показаний;
- консультация врача-физиотерапевта с целью составления плана физиотерапевтических процедур при наличии показаний;
- профилактическая вакцинация с целью формирования иммунной защиты организма от инфекций по графику. При наличии сопутствующих заболеваний разрешение на проведение прививок дается соответствующим специалистом

– женщинам в периоды прегравидарной подготовки, I и II семестров беременности с целью профилактики риск развития у плода синдрома материнской ФКУ	– строго следовать гипофенилаланиновой диете и придерживаться уровня ФА крови в пределах от 120 до 360 мкмоль/л – осуществлять взятие крови утром натощак (после ночного голодания) для определения контрольных значений ФА крови не реже 1 раз в 7 дней в I триместре и не реже 1 раз в 2 недели во 2 - 3 триместрах
– пациентам для профилактики дефицитных состояний и осложнений гипофенилаланиновой диеты	– поддерживать нижний целевой уровень ФА крови не менее 120 мкмоль/л
– при применении ограничительной диеты с целью оценки баланса важнейших нутриентов при диетотерапии, оценки кальциево-фосфорного обмена, оценки состояния почек, печени	– биохимический анализ крови на содержание глюкозы, общего белка, белковых фракций, общего билирубина, холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности, щелочной фосфатазы, креатинина, мочевины, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), кальция общего и ионизированного, натрия, калия, неорганического фосфора, железа, ферритина, уровня основного метаболита витамина D (исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови) и витамина В ₁₂ (цианокобаламин), фолиевой кислоты с периодичностью 1 раз в год
Пациентам с ГФА в связи с высокой вероятностью развития у поражения почек, метаболического синдрома с целью своевременной диагностики и терапии для выявления дисметаболических нефропатий, нефрокальциноза, изменений со стороны печени и поджелудочной железы	– инструментальные обследования почек, печени, поджелудочной железы не реже 1 раза в год: <ul style="list-style-type: none"> • ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (комплексное); • УЗИ почек
Пациентам с ГФА при наличии неврологической симптоматики для выявления эпилептической активности	– электроэнцефалография (ЭЭГ); – ЭЭГ-мониторинг по показаниям, при стабильном течении - 1 раз в год
Пациентам с ГФА при наличии неврологической симптоматики для выявления прогрессирующих изменений белого вещества мозга	– МРТ головного мозга
Пациентам с ГФА для диагностики остеопороза, выявления группы риска по остеопорозу и принятия профилактических мер	– рентгенденситометрия – исследование минеральной плотности костной ткани
Пациентам с ГФА для своевременной диагностики и старта/коррекции терапии по атеросклерозу и ишемической болезни сердца	– электрокардиография (ЭКГ) не реже 1 раза в год, при необходимости – по показаниям
Пациентам с ГФА с нарушением обмена тетрагидробиоптерина, получающим допаминергические препараты, с целью контроля побочных эффектов лечения	– электрокардиографии и/или эхокардиографии не реже 1 раза в год
Женщинам с ГФА во время беременности	– наблюдение у акушера-гинеколога (с периодичностью, предусмотренной соответствующими документами, регламентирующими наблюдение за беременными); – наблюдение у врача-генетика с целью коррекции терапии и контроля ФА крови

Источник:
Клинические рекомендации «Классическая фенилкетонурия и другие виды гиперфенилаланинемии»
Кодирование по МКБ 10 E70.0, E70.1
Год утверждения (частота пересмотра): 2020
Возрастная категория: Взрослые, Дети
Год окончания действия: 2022
ID: 482
Разработчик клинической рекомендации:
- Ассоциация медицинских генетиков
- Автономная некоммерческая организация "Восточно-Европейская группа по изучению сарком"
- Союз педиатров России
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПЯ) – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как генетическими, так и эпигенетическими факторами. В зависимости от периода жизни женщины клиническая картина, диагностика, лечебная тактика заболевания различна. СПЯ имеет комплекс репродуктивных, метаболических и психологических особенностей.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ

Пациенткам с СПЯ в целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний	– пожизненное динамическое наблюдение;
	– соблюдение принципов рационального питания;
	– получение дозированных физических нагрузок

Источник:
Клинические рекомендации «Синдром поликистозных яичников»
Кодирование по МКБ 10: [E28.2](#)
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2023
ID: 258
Разработчик клинической рекомендации:
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Российская ассоциация эндокринологов
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ