

Клинические рекомендации «ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ»

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ 10): N85.0/N85.1.

Год утверждения 2026 г.

Частота пересмотра: пересмотр каждые 5 лет

Возрастная группа: Взрослые

Список сокращений	2
Термины и определения	3
Краткая информация.	3
1.1 Определение.....	3
1.2 Этиология и патогенез	3
1.3 Эпидемиология.....	4
1.4 Кодирование по МКБ 10.....	4
1.5 Классификация	4
1.6 Клиническая картина	5
2. Диагностика.....	5
2.1 Жалобы и анамнез	5
2.2 Физикальное обследование	5
2.3 Лабораторная диагностика	6
2.4 Инструментальная диагностика.....	6
2.5 Иная диагностика	8
3. Лечение	8
3.1 Консервативное лечение.....	8
3.2 Хирургическое лечение.....	10
3.3 Иное лечение.....	11
4. Реабилитация	11
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	11
6. Организация медицинской помощи.....	12
Список литературы	12
ПРИЛОЖЕНИЕ А1.Состав Рабочей группы	14
ПРИЛОЖЕНИЕ А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата.....	15
Приложение В. Информация для пациента	19

Список сокращений

АМК - аномальное маточное кровотечение

АГЭ - атипическая гиперплазия эндометрия

АТХ - анатомо-терапевтическо-химическая классификация лекарственных препаратов.

аГн-РГ - агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГЭ – гиперплазия эндометрия

ГС - гистероскопия

ИМТ - индекс массы тела

ЛНГ-ВМС-левоноргестрел–высвобождающая внутриматочная система
(левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы)

МРТ - магнитно-резонансная томография

РЭ – рак эндометрия

СПКЯ - синдром поликистозных яичников

СД – сахарный диабет

УЗИ - ультразвуковое исследование

ЭА - эндометриоидная аденокарцинома

ЭИН - эндометриальная интраэпителиальная неоплазия

Термины и определения

Гиперплазия эндометрия – это патологический процесс слизистой оболочки матки, характеризующийся пролиферацией желез и увеличением железисто-стромального соотношения.

Краткая информация.

1.1 Определение

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) – это патологический процесс слизистой оболочки матки, характеризующийся пролиферацией желез и увеличением железисто-стромального соотношения [1].

1.2 Этиология и патогенез

Одной из ведущих причин развития ГЭ является абсолютная или относительная гиперэстрогения. К патогенетическим механизмам формирования ГЭ относят также подавление процессов апоптоза [1,2–4].

Факторы риска ГЭ можно разделить на три группы [1,36–45];

- раннее менархе или поздняя менопауза, бесплодие, ановуляция, обусловленная фазой менопаузального перехода и/или синдромом поликистозных яичников (СПЯ);
- ятрогенные факторы (монотерапия эстрогенами или тамоксифеном);

- сопутствующие заболевания (ожирение, сахарный диабет (СД) 2-го типа, артериальная гипертензия и синдром Линча, а также эстроген-секретирующие опухоли яичников, например, гранулезноклеточные опухоли).

ГЭ без атипии - пролиферация желез эндометрия различной формы и величины без цитологической атипии.

АГЭ – пролиферация желез эндометрия с преобладанием железистого компонента над стромой и атипическими изменениями железистого эпителия на ограниченном участке эндометрия, отличном от окружающей слизистой тела матки.

Риск прогрессирования ГЭ без атипии в РЭ в течение 20 лет достигает 5%, при АГЭ риск возрастает до 27,5% [1,36–45].

1.3 Эпидемиология

По результатам популяционного исследования повозрастной частоты различных типов ГЭ обобщенная частота ГЭ составляет - 133 случая на 100 000 женщин-лет, при этом максимум (386 на 100 000 женщин-лет) приходится на возраст 50-54 года, минимум (6 на 100 000 женщин-лет) - на возраст до 30 лет. Частота простой ГЭ составляет 58 случаев на 100 000 женщин-лет, сложной ГЭ 63 на 100 000 и АГЭ - 17 на 100 000. [1,5–7].

1.4 Кодирование по МКБ 10

N85.0- Железистая гиперплазия эндометрия.

N85.1- Аденоматозная гиперплазия эндометрия.

1.5 Классификация

В настоящее время в клинической практике используется бинарная классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2014 года (оставленная без изменений в редакции 2020 года). Согласно этой классификации, выделяют две формы:

- гиперплазия эндометрия без атипии;
- гиперплазия эндометрия с атипией.

Ранее в международной клинической практике использовалась классификация ВОЗ 2003 года, включающая 4 категории ГЭ: простая и сложная ГЭ без атипии, простая и сложная АГЭ, но в связи с низкой воспроизводимостью диагнозов она была упрощена до бинарной классификации.

Существует также альтернативная система – классификация ЭИН (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия), где вместо термина «атипическая гиперплазия эндометрия» используется термин «эндометриальная интраэпителиальная неоплазия».

Под ЭИН понимают поражение эндометрия, которое характеризуется: 1) архитектурной перестройкой (площадь железистого компонента превалирует над

стромальным); 2) цитологическими изменениями (в области пораженного эндометрия характеристики эпителиальных клеток желез отличаются от таковых в окружающей неизменной слизистой тела матки), 3) размером поражения большим, чем 1 мм, 4) исключением «маскирующих» поражений (полипов, репаративных изменений, кистозной атрофии, менструального распада, артифициальных изменений и др.), 5) исключением злокачественных поражений. В классификации ЭИН также есть категория доброкачественной ГЭ. Американская коллегия акушеров и гинекологов (2015), рекомендует клиническое применение классификации ЭИН, как более объективной, основанной на морфометрических параметрах. С 2014 г. термин «ЭИН» был внесен в классификационную систему ВОЗ, которая рекомендует его использование наравне с термином «АГЭ», с единым гистологическим кодом (8380/2).

1.6 Клиническая картина

ГЭ проявляется аномальными маточными кровотечениями (АМК) в виде обильных или межменструальных маточных кровотечений при регулярном менструальном цикле или олигоменорее. Характер АМК не позволяет предположить тип ГЭ. ГЭ формируется, как правило, на фоне прогестерон-дефицитного состояния и может быть причиной ановуляторного бесплодия. Для женщин с избыточной массой тела, ожирением, имеющих длительные ановуляторные менструальные циклы и увеличение конверсии андрогенов в эстрогены в жировой ткани, характерно повышение риска развития ГЭ и РЭ[1,19–35].

2. Диагностика

Диагноз ГЭ устанавливается на основании жалоб на АМК, анамнестических данных, физикального обследования, заключения УЗИ органов малого таза (трансвагинального и трансабдоминального). Окончательный диагноз ГЭ подтверждается патологоанатомическим исследованием эндометрия[1,8–12].

2.1 Жалобы и анамнез

См. пункт 1.6 «Клиническая картина».

2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется** всем пациенткам с ГЭ проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, а также проведение осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 5)

Комментарии: *Всем пациенткам с ГЭ необходимо вычислять ИМТ для диагностики избыточной массы тела или ожирения. ИМТ вычисляется по формуле: $ИМТ (кг/М^2) = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (М^2)$. Ожирение является доказанным фактором риска ГЭ и РЭ, влияет на восстановление репродуктивной функции и исходы беременностей, увеличивает*

риск сердечно-сосудистых заболеваний. При ожирении снижается эффективность терапии и вероятность последующей ремиссии ГЭ[1,36–45].

2.3 Лабораторная диагностика

- **Рекомендуется** проведение контроля лабораторных данных с целью выявления сопутствующих заболеваний, предоперационного обследования и определения тактики ведения всем пациенткам с подозрением на ГЭ.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: В комплекс лабораторных обследований целесообразно включить общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови общетерапевтический с оценкой печеночных ферментов и с определением уровня ферритина, коагулограмму (ориентировочное исследование системы гемостаза), оценку гормонов сыворотки крови для диагностики и выявления причин ановуляции и олигоменореи (исследование уровня фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, антимюллерова гормона, тестостерона, глобулина, связывающего половые стероиды, пролактина, тиреотропного гормонов сыворотке крови), исследование уровня хорионического гонадотропина(свободная бета-субъединица) в сыворотке крови[1].

- **Рекомендуется** при подозрении на инфекции проведение молекулярно-биологического исследования, отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекции, передаваемые половым путем(*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*) в целях своевременного выявления и выбора тактики лечения [17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с подозрением на ГЭ для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза [13,15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки у пациенток с подозрением на ГЭ с целью выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4 Инструментальная диагностика

- **Рекомендуется** всем пациенткам с ГЭ проведение УЗИ органов малого таза (по возможности трансвагинального) для оценки состояния эндо- и миометрия[1,8–12].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: УЗИ органов малого таза, проводимое при возможности в 1-ую фазу цикла или на фоне АМК, рассматривается как скрининговая процедура для оценки эндо- и миометрия. В репродуктивном возрасте увеличение м-эхо более 7-8 мм на 5-7-й дни цикла при неоднородной структуре с эхогенными включениями позволяет заподозрить ГЭ. Четких эхографических признаков ГЭ в репродуктивном возрасте нет, в связи с чем диагностическая значимость УЗИ для выявления ГЭ у женщин данной возрастной группы ограничена. В постменопаузе при толщине эндометрия 3-4 мм вероятность РЭ составляет менее 1%. В постменопаузе у женщин с АМК при толщине эндометрия 3-4 мм риск развития РЭ составляет менее 1 % [1,8–12].

- **Не рекомендуется** рутинно использовать магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза в качестве метода диагностики ГЭ. Однако этот метод рассматривается как перспективный в дифференциальной диагностике АГЭ и РЭ. Поскольку МРТ с использованием диффузно взвешенных последовательностей позволяет выявить начальные признаки инвазии ткани эндометрия в миометрий, характерные для ранней стадии РЭ.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

- **Рекомендуется** при подозрении на ГЭ по данным УЗИ органов малого таза проведение гистологического исследования, биопсийного(операционного) материала матки (эндометрия), полученного путем биопсии тканей матки (эндометрия) или диагностического выскабливания полости матки по возможности под контролем гистероскопии [1,8–12].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

Комментарии: Гистероскопия (ГС) обеспечивает проведение биопсии или диагностического выскабливания полости матки с удалением очаговых поражений, включая полипы эндометрия или субмукозные миоматозные узлы под визуальным контролем [1,13–18].

- **Рекомендовано** при подозрении на ГЭ по данным УЗИ органов малого таза проведение биопсии тканей матки (эндометрия) у пациенток репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом [1,8–12].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Рекомендуется** окончательный диагноз ГЭ у пациенток с рецидивирующей ГЭ, наличием факторов риска развития РЭ в перименопаузе и постменопаузе ставить на основании результатов патологоанатомического исследования эндометрия, полученного

при диагностическом выскабливании полости матки (при отсутствии условий выполнения гистероскопии).[1,13–18]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

2.5 Иная диагностика

Не применимо.

3. Лечение

Терапия ГЭ включает консервативное (гормональное) и оперативное лечение. Выбор тактики ведения ГЭ зависит от морфологического патологоанатомического заключения, возраста пациентки, ее репродуктивных планов, наличия факторов риска ГЭ и сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. Цель терапии ГЭ состоит в купировании АМК, профилактике рецидивов ГЭ и развитии РЭ[1,19–35].

3.1 Консервативное лечение.

Тактика ведения пациенток с ГЭ без атипии

- **Рекомендуется** после патологоанатомической верификации диагноза ГЭ в качестве медикаментозной терапии локальное воздействие левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы 52 мг (по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств– 2).

Комментарии: Эффективность левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС) 52мг при ГЭ без атипии достигает 72-100% при минимальном системном воздействии и побочных эффектах[1,19–35].

- **Рекомендуется** после патологоанатомической верификации диагноза ГЭ терапия прогестагенами (по анатомо-терапевтическо-химической классификации лекарственных средств (АТХ) - гестагены) в непрерывном или пролонгированном циклическом режимах в качестве альтернативы ЛНГ-ВМС[1,19–35].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: гестагены в циклическом режиме менее эффективны для регрессии ГЭ без атипии в сравнении с непрерывным режимом приема и ЛНГ-ВМС. По результатам обзора 2020 года, включающего 11 рандомизированных клинических исследований, эффективность ЛНГ-ВМС составила до 92%, оральных прогестагенов – до 72%[1,19–35].

- **Рекомендуется** применение агонистов гонадотропин-рилизинг – гормона ХаГн-РГ) (по АТХ-Аналоги гонадотропин - рилизинг-гормона) при сочетании ГЭ с миомой матки и эндометриозом.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: Применение аГн – РГ целесообразно при сочетании ГЭ с миомой матки или эндометриозом. При выраженных симптомах эстроген-дефицита и необходимости проведения терапии более 6 месяцев целесообразно назначение возвратной терапии препаратами для непрерывного режима менопаузальной гормонотерапии.

- **Рекомендуется** при морфологически верифицированной ГЭ проводить терапию левоноргестрелом в форме внутриматочной терапевтической системы 52 мг (по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) или прогестагенами в течение 6 месяцев с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала эндометрия (при наличии внутриматочной терапевтической системы – без ее удаления) для определения дальнейшей тактики ведения [1,13–18].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: для контроля эффективности лечения ГЭ без атипии забор ткани эндометрия для патологоанатомического исследования может быть произведено как при биопсии, так и при ГС и ДВ слизистой полости матки. Проведение 6-месячного курса терапии ЛНГ-ВМС (в сравнении с 3-х месячным) увеличивает эффективность регресса ГЭ с 84 до 100%, пероральных гестагенов с 50 до 72%. Если отсутствуют побочные эффекты, и пациентка не заинтересована в беременности, целесообразно продлить терапию ЛНГ-ВМС до 5 лет, для снижения риска рецидивов ГЭ, проводя ежегодный УЗИ мониторинг за состоянием эндометрия, при необходимости, биопсию эндометрия [1,8–12].

- **Рекомендуется информировать** пациентку о возможности рецидива ГЭ после завершения курса терапии.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: ЛНГ-ВМС и пероральные гестагены (в пролонгированном циклическом или непрерывном режимах) эффективны в достижении регресса ГЭ без атипии. Несмотря на более высокую эффективность ЛНГ-ВМС в сравнении с пероральными гестагенами после отмены 6-месячного курса терапии частота рецидивов в обеих группах через 2 года достигала 40%. Рецидивы значительно чаще возникают у пациенток с ИМТ ≥ 35 кг/м² [1,5–7].

- **Рекомендуется** при отсутствии эффекта от консервативного лечения и прогрессировании ГЭ рассмотреть вопрос о хирургическом лечении (гистерэктомия, по

возможности, лапароскопическим доступом или резекция эндометрия под гистероскопическим контролем (гистерорезектоскопия)).[1,13–18]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5).

Комментарии: *Вопрос о гистерэктомии решается при незаинтересованности пациентки в реализации репродуктивной функции, при прогрессировании ГЭ в АГЭ, при рецидиве ГЭ после 12-месячного курса лечения, при отказе пациентки от консервативного лечения.*

- **Не рекомендуется** проводить абляцию эндометрия для лечения ГЭ.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5).

3.2 Хирургическое лечение.

Тактика ведения женщин с атипической гиперплазией эндометрия (АГЭ)

- **Рекомендуется** при АГЭ проведение гистерэктомии, по возможности, лапароскопическим доступом.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *необходимо проведение гистерэктомии ввиду высокой вероятности сопутствующего РЭ (по некоторым данным диагностируется в 30-40% случаев).*

Окончательный объем - гистерэктомия с маточными трубами, а в ряде случаев – гистерэктомия с придатками, решается в зависимости от сопутствующей патологии и факторов риска[1,36–45].

- **Рекомендуется** при выявлении АГЭ у пациенток репродуктивного возраста с настойчивым желанием сохранить детородную функцию и отказе от гистерэктомии, проведение врачебной комиссии для определения возможности консервативного лечения путем локального введения левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы (по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) или прогестагенами (по анатомо-терапевтическо-химической классификации лекарственных средств (АТХ) - Прогестагены) в непрерывном режиме с обязательным патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала эндометрия каждые 3 месяца с уточнением дальнейшей тактики ведения[1,13–18].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2).

Комментарии: *О возможности проведения консервативной терапии свидетельствуют литературные данные о частоте регрессии заболевания в 74% случаев,*

в то время как рецидив возможен в 26% случаев. При оценке результатов применения ЛНГ-ВМС и оральных прогестагенов выявлено, что регрессия ГЭ, индуцированная ЛНГ-ВМС, происходит достоверно чаще (90% по сравнению с 69%). При АГЭ вероятность сопутствующего РЭ диагностируется в 30-40% случаев, что свидетельствует о целесообразности гистерэктомии при АГЭ[1,19–35].

3.3 Иное лечение

Не рассматривается

4. Реабилитация

Специфической реабилитации нет.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

- **Рекомендуется** динамическое наблюдение с проведением ультразвукового исследования органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) и, по показаниям, проведение биопсии эндометрия пациенткам из группы высокого риска рецидива ГЭ и развития РЭ[1,13–18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: График наблюдения может меняться в зависимости от клинической ситуации. Оптимальная частота и кратность обследований четко не определена из-за малого количества опубликованных данных. В течение первого года рекомендована биопсия эндометрия каждые 6 месяцев, со снятием с учета при отсутствии ГЭ по данным 2 последовательных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия)[1,5–7].

Факторами риска рецидива ГЭ и развития РЭ являются: избыточная масса тела и ожирение, СПЯ и другие [1,36–45].

При ожирении снижается эффективность терапии и вероятность последующей ремиссии ГЭ. Необходима модификация факторов риска, лечение ожирения, СД, артериальной гипертензии, СПЯ и нормализации массы тела. Комплекс мер должен включать физические нагрузки и рациональное сбалансированное питание, снижение калорийности пищи на 30% для достижения и поддержания нормальной массы тела. Физическая активность должна составлять минимум 150 минут в неделю, включая упражнения на укрепление мышц в течение 2 дней в неделю. График и интенсивность тренировок подбирается индивидуально [1,19–35].

Показано, что длительный прием прогестагенов снижает риск ГЭ, прием комбинированных оральных контрацептивов (АТХ Гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) приводит к снижению риска развития РЭ, хотя нет доказательной базы об эффективности КОК для профилактики рецидивов ГЭ[1,19–35].

6. Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- Проведение оперативного лечения;
- Аномальные маточные кровотечения.

Показания к выписке из медицинской организации:

- Купирование АМК.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) (при установлении диагноза)	2	В
2.	Проведено УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное)	2	В
3.	Назначено гормональное лечение при ГЭ без атипии	4	С
4.	Выполнено гистологическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) для оценки излеченности гиперплазии эндометрия	2	В

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Гиперплазия эндометрия. Российское общество акушеров-гинекологов, 2024; с.1–36.
2. Creel A et al. WHO Classification of Female Genital Tumours. 2020; с.25–54.
3. Hutt S. et al. Biomarkers in endometrial hyperplasia. 2019; с.30–64.
4. Russo M. et al. Mutational profile of endometrial hyperplasia. 2020; с.74–82.

5. Lacey J.V. et al. Risk of endometrial carcinoma. 2010; c.44–47.
6. Reed S.D. et al. Incidence of hyperplasia. 2009; c. 101–108.
7. Wise M.R. et al. Obesity and hyperplasia. 2016; c. 215–223.
8. Smith-Bindman R. et al. Ultrasound endometrium. 2018; c. 45–52.
9. Timmerman D. et al. Sonographic assessment. 2020; c. 233–241.
10. Epstein E. et al. Diagnostic ultrasound. 2017; c. 120–127.
11. Dueholm M. et al. Imaging endometrium. 2021; c. 310–318.
12. NICE guideline NG88. 2020.
13. Vitale S.G. et al. Endometrial biopsy guideline. 2023; c. 14–20.
14. Clark T.J. et al. Hysteroscopy review. 2018; c. 88–96.
15. Bosteels J. et al. Cochrane hysteroscopy. 2018; c. 1–9.
16. Hwang W.Y. et al. Biopsy vs curettage. 2021; c. 55–63.
17. Lee N. et al. Risk of atypia. 2020; c. 77–84.
18. Wanderley M.D. et al. Diagnostic accuracy. 2016; c. 143–150.
19. Gallos I.D. et al. LNG-IUS meta-analysis. 2018; c. 201–210.
20. Abu Hashim H. et al. LNG-IUS vs progestins. 2015; c. 66–73.
21. Orbo A. et al. Treatment outcomes. 2016; c. 92–99.
22. Gunderson C.C. et al. Medical management. 2021; c. 180–188.
23. Raffone A. et al. Conservative treatment. 2022; c. 11–19.
24. Koskas M. et al. Fertility-sparing therapy. 2020; c. 150–158.
25. Zhang Y. et al. Hormonal therapy review. 2021; c. 205–213.
26. Varma R. et al. Progestin therapy. 2020; c. 120–128.
27. Trimble C.L. et al. EIN management. 2018; c. 33–41.
28. Doherty M.T. et al. Cancer risk meta-analysis. 2020; c. 400–409.
29. Vetter M.H. et al. Predictors cancer. 2020; c. 98–106.
30. Gallos I.D. et al. Long-term outcomes. 2020; c. 250–259.
31. Ørbo A. et al. Relapse risk. 2016; c. 70–78.
32. Sletten E.T. et al. Progesterone receptors. 2019; c. 111–118.
33. Marra C. et al. Progesterone therapy. 2014; c. 60–67.
34. Dolapcioglu K. et al. Comparative study. 2013; c. 40–48.
35. Mittermeier T. et al. Cochrane LNG-IUS. 2020; c. 300–309.

36. Felix A.S. et al. Cancer progression risk. 2019; c. 85–92.
37. Setiawan V.W. et al. Risk factors study. 2020; c. 130–139.
38. Yang H.P. et al. Diabetes risk. 2018; c. 200–208.
39. Trabert B. et al. Hormonal factors. 2017; c. 140–147.
40. Jordan S.J. et al. Endometrial cancer link. 2019; c. 170–178.
41. Rosen M.W. et al. Risk factors young women. 2019; c. 90–98.
42. Renaud M.C. et al. Epidemiology. 2013; c. 50–58.
43. Zapardiel I. et al. ART outcomes. 2016; c. 160–168.
44. Antonsen S.L. et al. Oncology management. 2012; c. 25–33.
45. Garzon S. et al. Fertility-sparing review. 2021; c. 145–153.

ПРИЛОЖЕНИЕ А1.

Состав Рабочей группы

Председатель:

Кендегелян Елена Михайловна – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГУ «БЦМиР», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Члены группы:

Чолак Оксана Николаевна – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии, заведующая гинекологическим отделением ГУ «РЦМиР», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Тостановская Светлана Валерьевна – заведующая наблюдением родильным отделением ГУ «РЦМиР», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Баранова Наталья Юрьевна - заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГУ «ТКЦАПП», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Ткачук Леонид Александрович - врач акушер – гинеколог гинекологического отделения ГУ «РЦМиР», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Чебан Оксана Сергеевна – заведующая Центром Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи, врач акушер – гинеколог ГУ «РЦМиР», кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедры ПЛиГ МИ им. Н.В. Склифосовского ПГУ им. Т.Г. Шевченко, член общества акушеров – гинекологов ПМР.

Конфликт интересов:

Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ПРИЛОЖЕНИЕ А2.

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств).

УДД	Расшифровка
	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа

2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств).

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств) .

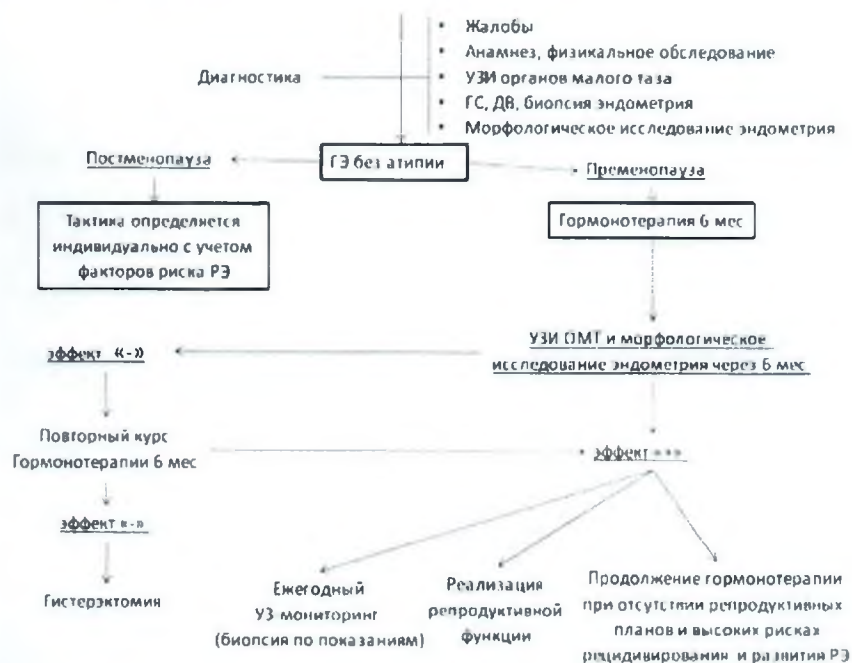
УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

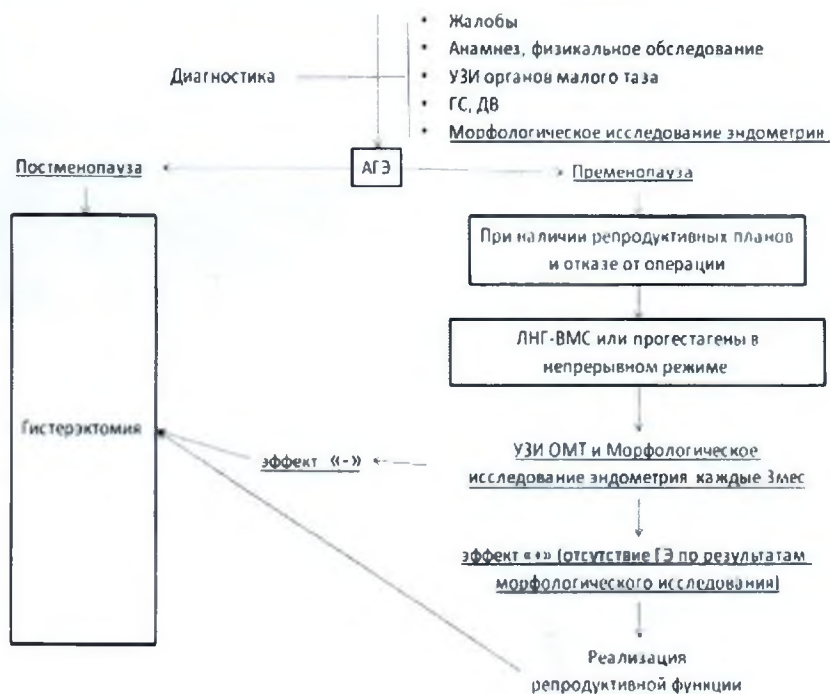
Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритмы действий врача

Гиперплазия эндометрия без атипии



Гиперплазия эндометрия с атипией



Информация для пациента

Гиперплазия эндометрия – это патологический процесс, при котором происходит избыточное разрастание слизистой оболочки матки, чаще возникающее на фоне задержек менструаций. В большинстве случаев этот процесс не является злокачественным, но при определенных обстоятельствах может привести к раку эндометрия.

Эндометрий циклически изменяется на протяжении каждого менструального цикла в ответ на воздействие гормонов, вырабатываемых в яичниках. Во время первой фазы менструального цикла (фолликулярной фазы) яичники активно вырабатывают женские половые гормоны (эстрогены), это способствует росту эндометрия (пролиферации). Примерно в середине менструального цикла в одном из яичников происходит овуляция, после которой формируется желтое тело (временная эндокринная железа, необходимая для наступления и поддержания беременности), секретирующее гормон-прогестерон. Он необходим для подготовки эндометрия к имплантации эмбриона и его дальнейшего развития. Если беременность не наступает, уровни эстрогена и прогестерона уменьшаются, происходит отторжение слизистой оболочки матки (менструация). Этот процесс имеет циклический характер и повторяется каждый менструальный цикл.

Почему развивается гиперплазия эндометрия?

В большинстве случаев гиперплазия эндометрия возникает при отсутствии овуляции, на фоне избыточной продукции эстрогена и снижения прогестерона. В этих случаях происходит задержка менструации, эндометрий продолжает расти в ответ на действие эстрогенов. Весь этот процесс может приводить к нарушению клеточной дифференцировки, и является фактором риска развития онкологического процесса.

Гиперплазия эндометрия может проявиться в любом возрастном периоде, но чаще возникает на фоне ожирения, синдроме поликистозных яичников или бесплодия, в период менопаузального перехода, когда овуляция становится редкой, а также в период менопаузы.

Помимо указанных состояний возможно развитие гиперплазии эндометрия:

- при приеме эстрогенных препаратов и тамоксифена, применяемого при раке молочной железы.

Факторы риска возникновения гиперплазии эндометрия:

- возраст старше 35 лет;
- отсутствие беременностей и родов в течение жизни;

- позднее наступление менопаузы;
- раннее начало менструаций;
- отягощенный соматический анамнез: сахарный диабет, артериальная гипертензия;
- ожирение;
- курение;
- семейный анамнез рака яичников, толстой кишки или матки;

Диагноз гиперплазия эндометрия окончательно ставится на основании результатов патологоанатомического исследования ткани эндометрия.

Выделяют два типа гиперплазии эндометрия:

- доброкачественная гиперплазия эндометрия (гиперплазия эндометрия без атипии);
- предраковые изменения эндометрия (гиперплазия эндометрия с атипией).

Наиболее частый симптом гиперплазии эндометрия - аномальное маточное кровотечение.

При возникновении хотя бы одного из нижеперечисленных симптомов, вам следует обратиться к акушеру-гинекологу:

- обильное кровотечение со сгустками во время менструации;
- менструация более 8 дней (обычно после задержки менструации);
- менструальные циклы короче 21 дня (считая с первого дня менструального цикла до первого дня следующего);
- межменструальные кровотечения;
- любое кровотечение на фоне постменопаузы.

При наличии кровотечения необходимо проведение ультразвукового исследования органов малого таза с измерением толщины эндометрия (при утолщении эндометрия можно заподозрить гиперплазию эндометрия).

Для окончательного установления диагноза и остановки кровотечения проводится биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии с последующей оценкой эндометрия под микроскопом. Гиперплазию эндометрия можно лечить препаратами прогестерона, как путем введения гормональной спирали, так и путем перорального или вагинального. Длительность терапии определяется индивидуально и зависит от возраста и типа гиперплазии.

При выявлении предраковой формы гиперплазии эндометрия возможно удаление матки (гистерэктомия).

Персональный состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи

- а) Председатель экспертной группы: Дяченко Анжела Григорьевна - начальник Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;
- б) заместители председателя экспертной группы:
 - 1) Окушко Ростислав Владимирович - кандидат медицинских наук, доцент, директор государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича», главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;
 - 2) Малиёв Вячеслав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи г. Бендеры»;
- в) члены экспертной группы:
 - 1) Кравцова Алина Геннадьевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии Медицинского института имени Н.В. Склифосовского государственного образовательного учреждения «Приднестровского государственного университета имени Т. Г. Шевченко»;
 - 2) Гарбузняк Анастасия Андреевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат биологических наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с циклом инфекционных заболеваний Медицинского института имени Н.В. Склифосовского государственного образовательного учреждения «Приднестровского государственного университета имени Т.Г. Шевченко, врач-инфекционист;
 - 3) Коваленко Татьяна Николаевна — главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-невролог (кабинета электромиографии) государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;
 - 4) Монул Светлана Георгиевна — главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-хирург государственного учреждения «Республиканская клиническая больница».