

## Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»				
Вид документа		Клинический протокол		
ГБУ РД «ГКБ»		Версия	№ 1	
		Запись в Едином реестре документации	№ ___	
		Экземпляр	№ ___	
Конфиденциально		Срок действия		3 года
Название документа		<p><b><i>Гиперплазия эндометрия</i></b>  <i>Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N85.0, N85.1</i>  <i>Год утверждения (частота пересмотра): 2021</i>  <i>Возрастная категория: Взрослые</i>  <i>Год окончания действия: 2023</i>  <i>ID: 646</i>  <i>Разработчик клинической рекомендации</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Российское общество акушеров-гинекологов</i></b></li> </ul> <p><i>Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ</i></p> <p><i>Возрастная группа - взрослые</i></p>		
	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Зав.отделением хирургической инфекции	Мусаева Д.О		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		

	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмаджидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудова Ф.Б.		
	Заведующая организационнометодическим отделом	Тагирбекова О.М.		
2021 г.				

## **I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

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

Одной из ведущих причин развития ГЭ является абсолютная или относительная гиперэстрогения. К патогенетическим механизмам формирования ГЭ относят также подавление процессов апоптоза, о чем свидетельствует нарушение баланса активности подавляющей апоптоз системы генов *Bcl-2* и проапоптотической системы генов *Fas/FasL*. ГЭ может возникать на фоне мутаций гена супрессора опухолей *PTEN* (phosphatase/tensin homolog).

Факторы риска ГЭ можно разделить на три группы (1) раннее менархе или поздняя менопауза, бесплодие, ановуляция, обусловленная фазой менопаузального перехода и/или синдромом поликистозных яичников (СПЯ), (2) ятрогенные факторы (монотерапия эстрогенами или тамоксифеном); и (3) сопутствующие заболевания (ожирение, сахарный диабет (СД) 2го типа, артериальная гипертензия и синдром Линча, а также эстроген-секретирующие опухоли яичников, например, гранулезно-клеточные опухоли).

ГЭ без атипии характеризуется поликлональными и диффузными изменениями, атипическая ГЭ (АГЭ) - моноклональными поражениями, которые могут прогрессировать до эндометриоидной аденокарциномы (ЭА), являющейся основным гистологическим подтипом рака эндометрия (РЭ). Риск прогрессирования ГЭ без атипии в РЭ в течение 20 лет достигает 5%, при АГЭ риск возрастает до 27,5%.

**Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).**

N85.0 Железистая гиперплазия эндометрия

## N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия

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». ЭИН предполагает наличие латентных генетически трансформированных клеток (недоступных световой микроскопии), которые могут привести к возникновению мутантных клонов, проявляющихся фенотипически структурными и цитологическими перестройками. 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» инкорпорирован в классификационную систему ВОЗ, которая рекомендует его использование наравне с термином «АГЭ», с единым гистологическим кодом (8380/2).

## **II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Диагноз ГЭ устанавливается на основании жалоб на АМК, анамнестических данных, физикального обследования, заключения УЗИ органов малого таза. Окончательный диагноз ГЭ подтверждается патолого-анатомическим исследованием эндометрия.

## **Жалобы и анамнез**

- 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)**

#### **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).**

#### **Лабораторные диагностические исследования**

- 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).**

#### **Инструментальные диагностические исследования**

- Рекомендуется всем пациенткам с ГЭ проведение УЗИ органов малого таза (по возможности трансвагинального) для оценки состояния эндо- и миометрия.

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

**III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.**

Терапия ГЭ включает консервативное (гормональное) и оперативное лечение. Выбор тактики ведения ГЭ зависит от морфологического патолого-анатомического 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.

## **Тактика ведения пациенток с ГЭ без атипии**

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

### **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).**

- Рекомендуется после морфологической верификации диагноза ГЭ в случае противопоказаний к ЛНГ-ВМС или отказа от ее введения терапия прогестагенами (по анатомо-терапевтическо-химической классификации лекарственных средств (АТХ) - Прогестагены) в непрерывном или пролонгированном циклическом режимах.

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

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

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

- Рекомендуется при морфологически верифицированной ГЭ проводить терапию #левоноргестрелом в форме внутриматочной терапевтической системы (по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) или прогестагенами в течение 6 месяцев с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала эндометрия (при наличии внутриматочной терапевтической системы – без ее удаления) для определения дальнейшей тактики ведения.

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

- 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).

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

- Не рекомендуется проводить аблацию эндометрия для лечения ГЭ.

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

### **Тактика ведения женщин с АГЭ**

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

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

- 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-терапевтической-химической классификации лекарственных средств (АТХ) - Прогестагены) в непрерывном режиме с обязательным патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала эндометрия каждые 3 месяца.

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

### **IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.**

Специфической реабилитации нет. Консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации.

### **V. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: *Порядок информирования не требуется.***

### **VI. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.**

- Рекомендуется динамическое наблюдение с проведением ультразвукового исследования органов малого таза и ежегодным проведением биопсии эндометрия пациенткам из группы высокого риска рецидива ГЭ и развития РЭ.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –**

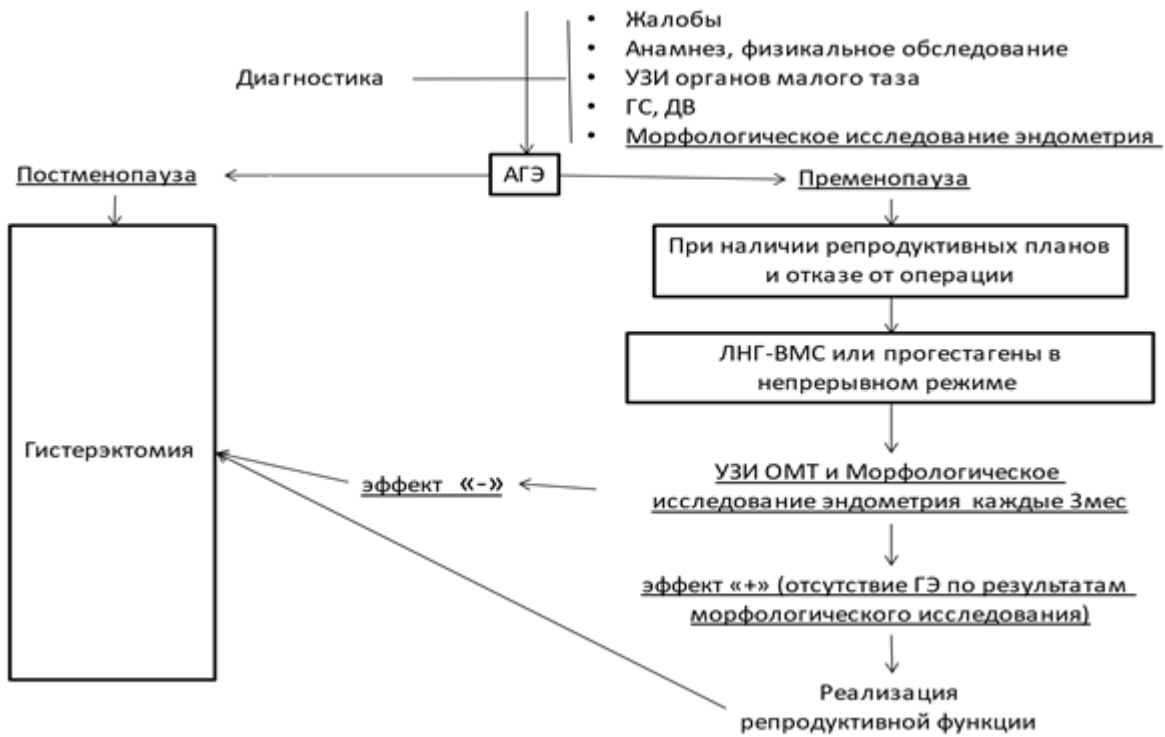
**– 3).**

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Выполнена патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза)	Да/нет
2	Выполнено УЗИ органов малого таза	Да/нет
3	Назначено гормональное лечение при ГЭ без атипии	Да/нет
4	Выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала эндометрия для оценки излеченности гиперплазии эндометрия	Да/нет
5	Пациентка информирована о необходимости устранения модифицируемых факторов риска	Да/нет

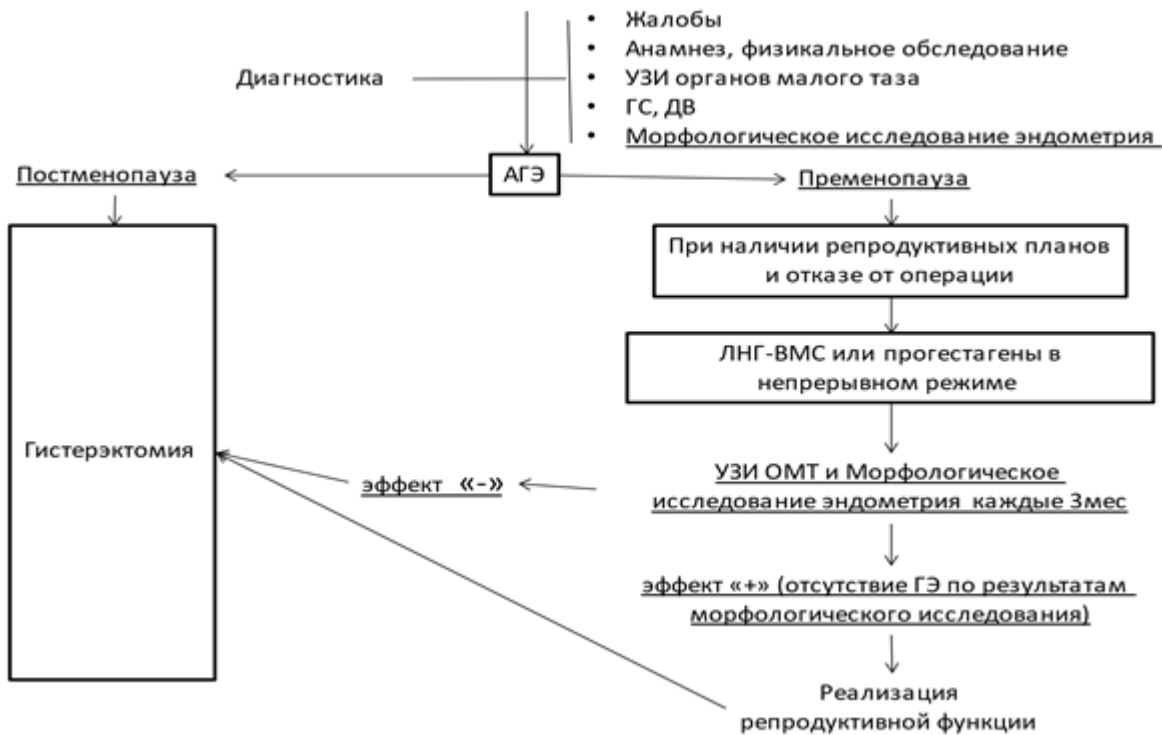
### IX . Алгоритмы действий врача.

#### Гиперплазия эндометрия без атипии.



**Гиперплазия эндометрия с атипией.**





## Х. Информация для пациента (кратко о заболевании):

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, СПЯ 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 РМЖ

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 патолого-анатомического 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).