

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Гиперплазия эндометрия**

Кодирование по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здopoвьeм:N85.0, N85.1

Год утверждения (частота пересмотра):2021

Возрастная категория:Взрослые

Пересмотр не позднее:2023

ГО:646

Разработчик клинической рекомендации **• Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Список сокращений Термины и определения

1. Краткая информация по заболеванию или еоетоянию (группы заболеваний или еоетояний)
   1. Определение заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   2. Этиология и патогенез заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   3. Эпидемиология заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   4. Оеобенноети кодирования заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) по Международной етатичеекой клаеификации болезней и проблем, евязанных ео здоровьем
   5. Клаееификация заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
   6. Клиничеекая картина заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
2. Диагноетика заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) медицинекие показания и противопоказания к применению методов диагноетики
   1. Жалобы и анамнез
   2. Физикальное обеледование
   3. Лабораторные диагноетичеекие иееледования
   4. Инетрументальные диагноетичеекие иееледования
   5. Иные диагноетичеекие иееледования
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинекие показания и противопоказания к применению методов лечения
4. Медицинекая реабилитация и еанаторно-курортное лечение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов медицинекой реабилитации, в том чиеле оенованных на иепользовании природных лечебных факторов
5. Профилактика и диепанеерное наблюдение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов профилактики
6. Организация оказания медицинекой помощи
7. Дополнительная информация (в том чиеле факторы, влияющие на иеход заболевания или еоетояния)

Критерии оценки качеетва медицинекой помощи Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы по разработке и переемотру клиничееких рекомендаций

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая еоответетвие показаний к применению и противопоказаний, епоеобов применения и доз лекаретвенных препаратов, инетрукции по применению лекаретвенного препарата Приложение Б. Алгоритмы дейетвий врача Приложение В. Информация для пациента

Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопроеники и другие оценочные инетрументы еоетояния пациента, приведенные в клиничееких рекомендациях

Список сокращений

ГЭ - гиперплазия эндометрия РЭ - рак эндометрия ЭА - эндометриоидная аденокарцинома АГЭ - атипичеекая гиперплазия эндометрия АМК - аномальное маточное кровотечение УЗИ - ультразвуковое иееледование МРТ - магнитно-резонаненая томография

ЛИГ-ВМС - левоноргеетрел-выевобождающая внутриматочная еиетема ГС - гиетероекопия

ВОЗ - Веемирная организация здравоохранения

СПЯ - еиндром поликиетозных яичников

аГн-РГ - агониеты гонадотропин-рилизинг-гормона

КОК - комбинированные оральные контрацептивы

Термины и определения

Гиперплазия эндометрия - это патологичеекий процеее елизиетой оболочки матки, характеризующийея пролиферацией желез и увеличением железието-етромального еоотношения.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) - это патологичеекий процеее елизиетой оболочки матки, характеризующийея пролиферацией желез и увеличением железието-етромального еоотношения [1].

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 Вс1-2 и проапоптотической системы генов Fas/FasL [2], [3]. ГЭ может возникать на фоне мутаций гена супрессора опухолей PTEN (phosphatase/tensin homolog) [4].

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) [5], [6].

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) [7]. Риск прогрессирования ГЭ без атипии в РЭ в течение 20 лет достигает 5%, при АГЭ риск возрастает до 27,5% [8].

По результатам популяционного исследования повозрастной частоты различных типов ГЭ (тестировано 63688 образцов эндометрия), 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 [9].

* 1. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической класификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N85.0 Железистая гиперплазия эндометрия

N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия

В настоящее время в клиничеекой практике иепользуетея бинарная клаееификация Веемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2014 года (оетавленная без изменений в редакции 2020 года). Соглаено этой клаееификации выделяют две формы [1], [10].

- гиперплазия эндометрия без атипии - гиперплазия эндометрия е атипиеи.

Ранее в международной клиничеекой практике иепользовалаеь клаееификация ВОЗ 2003 года, включающая 4 категории ГЭ: проетая и еложная ГЭ без атипии, проетая и еложная АГЭ, но в евязи е низкой воепроизводимоетью диагнозов она была упрощена до бинарной клаееификации [11], [12], [13].

Сущеетвует также альтернативная еиетема - клаееификация ЭИН (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия), где вмеето термина «атипичеекая гиперплазия эндометрия» иепользуетея термин “эндометриальная интраэпителиальная неоплазия” [14]. ЭИН предполагает наличие латентных генетичееки транеформированных клеток (недоетупных еветовой микроекопии), которые могут привеети к возникновению мутантных клонов, проявляющихея фенотипичееки етруктурными и цитологичеекими переетройками. В клаееификации ЭИН также ееть категория доброкачеетвенной ГЭ. Американекая коллегия акушеров и гинекологов (2015), рекомендует клиничеекое применение клаееификации ЭИН, как более объективной, оенованной на морфометричееких параметрах [15]. С 2014 г. термин «ЭИН» инкорпорирован в клаееификационную еиетему ВОЗ, которая рекомендует его иепользование наравне е термином «АГЭ», е единым гиетологичееким кодом (8380/2) [1], [10].

ГЭ проявляется аномальными маточными кровотечениями (АМК) в виде обильных или межменструальных маточных кровотечений при регулярном менструальном цикле или олигоменореи [16]. Характер АМК не позволяет предположить тип ГЭ. ГЭ формируется, как правило, на фоне прогестерон-дефицитного состояния и может быть причиной ановуляторного бесплодия [5], [6], [17], [18]. 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 [19], [20].

1. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или еостояний) 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 [21], [22], [23].

Окончательный диагноз ГЭ подтверждается патолого-анатомическим исследованием эндометрия [1], [7], [10], [24], [25], [26], [27].

1. Жалобы и анамнез

См. пункт 1.6 «Клиническая картина».

1. Физикальное обследование

• Рекомендуется всем пациенткам с ГЭ проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, а также проведение осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалиш,ного исследования [21], [22], [28].

**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/м2) = масса тела (кг)/рост2 (м2). Ожирение является доказанным фактором риска ГЭ и РЭ, влияет на восстановление репродуктивной функции и исходы беременностей, увеличивает риск сердечно­сосудистых заболеваний. При ожирении снижается эффективность терапии и вероятность последуюш,ей ремиссии ГЭ.

1. 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 [21], [22].

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

Комментарии: В комплекс лабораторных обследований целесообразно включить общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический с оценкой печеночных ферментов (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза) и с определением уровня ферритина, коагулограмму (ориентировочное исследование системы гемостаза), оценку гормонов сыворотки крови для диагностики и выявления причин ановуляции и олигоменореи (исследование уровня фолликул о стимулирующего гормона в сыворотке крови, исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови, исследование уровня прогестерона в крови, исследование уровня свободного тестостерона, андростендиона, дегидроэпиандростерона сульфата в крови, исследование уровня пролактина в крови, тиреоидные гормоны - исследование уровня тиреотропного гормона в крови, свободного тироксина сыворотки крови), проведение скрининга на ИППП (Chlamydia trachomatis. Neisseria gonorrhoeae. Trichomonas vaginalis. Mycoplasma genitalium) методом ПЦР (при подозрении на инфекции), исследование уровня хорионического гонадотропина в крови [21], [22].

* Рекомендуется проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с подозрением на ГЭ для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза [21], [22].

**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 [21], [22], [29].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

1. Инструментальные диагностичеекие

исследования

* Рекомендуется всем пациенткам с ГЭ проведение УЗИ органов малого таза (по возможности трансвагинального) для оценки состояния эндо- и миометрия [23], [25], [26], [27], [30], [31].

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

Комментарии: УЗИ органов малого таза, проводимое при возможности в 1ую 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 5-7й 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% [23]. В постменопаузе у женщин с АМК при толщине эндометрия менее 5 мм, риск развития РЭ составляет примерно 0,07% и 7,3% при эндометрии более 5 мм [30], [32]. 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 [33].

* Рекомендуется при подозрении на ГЭ по данным УЗИ органов малого таза проведение патологото-анатомического исследования биопсийоного(операционного) материала эндометрия, полученного путем биопсии эндометрия или диагностического выскабливания полости матки по возможности под контролем гистероскопии [34], [35], [36], [37], [31].

**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 [34], [35], [36], [37], [31].

* Рекомендовано при подозрении на ГЭ по данным УЗИ органов малого таза проведение биопсии эндометрия у пациенток репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом [34], [35], [36], [37], [31].

**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 патолого-анатомического исследования эндометрия, полученного при диагностическом выскабливании полости матки (при отсутствии условий выполнения гистероскопии) [1], [7], [25], [26], [27], [31].

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

1. Иные диагностические исследования
2. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Терапия ГЭ включает конеервативное (гормональное) и оперативное лечение. Выбор тактики ведения ГЭ завиеит от морфологичеекого патолого-анатомичеекого заключения, возраета пациентки, ее репродуктивных планов, наличия факторов риека ГЭ и еопутетвующей гинекологичеекой и экетрагенитальной патологии [25], [26], [27]. Цель терапии ГЭ еоетоит в купировании АМК, профилактике рецидивов ГЭ и развитии РЭ.

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

* Рекомендуетея поеле морфологичеекой верификации диагноза ГЭ в качеетве

медикаментозной терапии локальное воздейетвие #левоноргеетрела в форме внутриматочной терапевтичеекой еиетемы (по АТХ - Плаетиковые опирали е геетагенами) [38], [39], [40],

1. .

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1)**

Комментарии: Эффективность левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС) при ГЭ без атипии достигает 100% при минимальном системном воздействии и побочных эффектов [6], [7], [38], [39], [40], [41]. По результатам обзора 2020 года, включающего 11 рандомизированных клинических исследований, частота регресса ГЭ на фоне ЛНГ-ВМС в 3 раза выше в сравнении с пероральными формами прогестагенов [41].

* 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 [38], [39], [40],

1. , [43].

**Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств — 2)**

Комментарии: В случае противопоказаний к ЛНГ-ВМС или отказа от ее введения при ГЭ без атипии возможно назначение в непрерывном или пролонгированном циклическом режимах прогестагенов. Прогестагены в циклическом режиме менее эффективны для регрессии ГЭ без атипии в сравнении с непрерывным режимом приема и ЛНГ-ВМС [6], [7], [38], [39], [40], [42],

1. .

* Рекомендуется применение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГн-РГ) (по АТХ - Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона) при сочетании ГЭ с миомой матки и эндометриозом [44], [45], [46], [47].

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

Комментарии: Применение аГн-РГ целееообразно при еочетании ГЭ е миомой матки или эндометриозом [44], [45], [46], [47]. При выраженных еимптомах эетроген-дефицита и необходимоети проведении терапии более 6 мееяцев целееообразно назначение возвратной терапии препаратами для непрерывного режима менопаузальной гормонотерапии [47].

* Рекомендуетея при морфологичееки верифицированной ГЭ проводить терапию #левоноргеетрелом в форме внутриматочной терапевтичеекой еиетемы (по АТХ - Плаетиковые опирали е геетагенами) или прогеетагенами в течение 6 мееяцев е поеледующим патолого-анатомичееким иееледованием биопеийоного (операционного) материала эндометрия (при наличии внутриматочной терапевтичеекой еиетемы - без ее удаления) для определения дальнейшей тактики ведения [39], [41], [42], [43], [48], [49], [50].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 3)**

Комментарии: Для контроля эффективности лечения ГЭ без атипии забор ткани эндометрия для патолого-анатомического исследования 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 прогестагенов с 50% до 64% [48]. Если нет побочных эффектов и пациентка не заинтересована в беременности, целесообразно продлить терапию ЛНГ-ВМС на срок до 5 лет, для снижения риска рецидивов ГЭ, проводя ежегодный УЗИ-мониторинг за состоянием эндометрия и биопсию эндометрия [49], [50].

* Рекомендуется информировать пациентку о возможности рецидива ГЭ после завершения курса терапии [42], [49], [50].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 3)**

Комментарии: Несмотря на значительно более высокую эффективность ЛНГ-ВМС в сравнении с непрерывным или циклическим режимами прогестагенов, после отмены 6- месячного курса терапии частота рецидивов через 2 года может достигать примерно 40% [50]. Рецидивы значительно чаще возникают у пациенток с ИМТ>35 кг/м .

* 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)) [27], [54], [55], [56].

**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 [27].

* Не рекомендуется проводить аблацию эндометрия для лечения ГЭ [27].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

* Рекомендуется у пациенток с ГЭ и бесплодием лечение проводить в соответствии с клиническими рекомендациями «Женское бесплодие» [18], [57], [58].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)**

**3.2 Тактика ведения женщин с АГЭ**

* Рекомендуется при АГЭ проведение гистерэктомии, по возможности, лапароскопическим доступом [55], [56], [59], [60], [61].

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

Комментарии: Необходимо проведение гистерэктомии ввиду высокой вероятности

сопутствующего РЭ (по некоторым данным диагностируется в 40-60% случаев) [59], [60], [61].

Окончательный объем - гистерэктомия с маточными трубами, а в ряде случаев - гистерэктомия с придатками, регпается в зависимости от сопутствующей патологии и факторов риска [61].

* 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 лекарственньгх средств (АТХ) - Прогестагены) в непрерывном режиме с обязательным патолого-анатомическим исследованием биопсийоного (операционного) материала эндометрия каждые 3 месяца [51], [53], [57], [58], [59], [60], [61], [62], [63], [64], [65], [66], [67], [68], [69], [70].

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

Комментарии: О возможности проведения консервативной терапии свидетельствуют

литературные данные о частоте регрессии заболевания в 85,6% случаев, в то время как рецидив возможен в 26% случаев [65]. При оценке результатов применения ЛНГ-ВМС и оральных прогестагенов выявлено, что регрессия ГЭ, индуцированная ЛНГ-ВМС, происходит достоверно чаще (90% по сравнению с 69%) [39]. При АГЭ вероятность сопутствующего РЭ диагностируется в 40-60% случаев, что свидетельствует о целесообразности гистерэктомии при АГЭ [59], [60].

1. Медицинская реабилитация и санаторно- курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных

лечебных факторов

Специфической реабилитации нет.

Консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации.

1. 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 [51], [52], [53].

**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 биопсийоного (операционного) материала эндометрия [25], [26], [27].

Факторами риска рецидива ГЭ и развития РЭ являются: избыточная масса тела и ожирение, СПЯидр. [17], [19], [20], [51], [52], [53].

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 каллоража 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 [19], [20], [53].

Показано, что длительный прием прогестагенов снижает риск ГЭ, прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) приводит к снижению риска развития РЭ [71], хотя нет доказательной базы об эффективности КОК для профилактики рецидивов ГЭ.

1. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

* Проведение оперативного лечения
* Аномальные маточные кровотечения Показания к выпиеке из медицинекой организации:

- купирование АМК

1. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или

состояния)

Не требуется.

Критерии оценки качества медицинской помощи

**№**

**Критерии качества**

**Оценка выполнения (да/нет)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Выполнена патолого-анатомическое исследование биопсийоного (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 биопсийоного (операционного) материала эндометрия для оценки излеченности гиперплазии эндометрия | Да/нет |
| 5 | Пациентка информирована о необходимости устранения модифицируемых факторов риска | Да/нет |

Список литературы

1. Сгее IA, White VA, Indave BI, Lokuhetty D. Revising the WHO elassifieation: female genital traet tumours. Histopathology. 2020 Jan;76(l):151-156. doi: 10.1111/his. 13977.
2. Hutt S, Tailor A, Ellis P, Miehael A, Butler-Manuel S, Chatterjee J. The role of biomarkers in endometrial eaneer and hyperplasia: a literature review. Aeta Oneok 2019 Mar;58(3):342-352. doi: 10.1080/0284186X.2018.1540886.
3. Allison KH, Tenpenny E, Reed SD, Swisher EM, Gariea RE. Immunohistoehemieal markers in endometrial hyperplasia: is there a panel with promise? A review. Appl Immunohistoehem Mol Morphol 2008;16:329-43.
4. Russo M, Newell JM, Budurlean E, Houser KR, Sheldon K, Kesterson J et al. Mutational profile of endometrial hyperplasia and risk of progression to endometrioid adenoeareinoma. Caneer. 2020 Jun 15;126(12):2775-2783. doi: 10.1002/ener.32822.
5. Еабидуллина Р.И., Смирнова E.A., Нухбала Ф.Р и др. Еиперплаетичеекие процеееы эндометрия: еовременная тактика ведения пациенток. Еинекология. 2019; 21 (6): 53-58. DOE 10.26442/20795696.2019.6.190472.
6. Chandra V, Kim JJ, Benbrook DM, et al. Therapeutie options for management of endometrial hyperplasia. J Gyneeol Oneol 2016;27:e8.
7. Sanderson PA, Critehley HO, Williams AR, Arends MJ, Saunders PT. New eoneepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. Hum Reprod Update. 2017 Mar l;23(2):232-254. doi: 10.1093/humupd/dmw042.
8. Eaeey JV Jr, Sherman ME, Rush BB, Ronnett BM, Ioffe OB, Duggan MA et al. Absolute risk of endometrial eareinoma during 20-year follow-up among women with endometrial hyperplasia. J Clin Oneol. 2010 Feb 10;28(5):788-92. doi: 10.1200/JC0.2009.24.1315.
9. Reed SD, Newton KM, Clinton WE, et al. Ineidenee of endometrial hyperplasia. Am J Obstet Gyneeol 2009;200. 678.el—6.
10. Kurman R, Careangiu M, Herrington C, Young R. World Health Organisation Classifieation of Tumors of Female Reproduetive Organs, 4th edn Eyon Franee: International Ageney for Researeh on Caneer (lARC) Press, 2014.
11. Tavassoli F, Devilee P (eds.). World Health Organization Classifieation of Tumours. Pathology and Geneties. Tumours of the Breast and Female Genital Organs. lARC Press, Eyon 2003; 217-228.
12. Pennant ME, Mehta R, Moody P, et al. Premenopausal abnormal uterine bleeding and risk of endometrial eaneer. BJOG 2017;124:404-11.
13. Rafifone A, Travaglino A, Saeeone G, Insabato E, Mollo A, De Plaeido G et al. Endometrial hyperplasia and progression to eaneer: whieh elassifieation system stratifies the risk better? A systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2019.
14. Mutter GL. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): will it bring order to chaos? The

Endometrial Collaborative Group. Gynecol Oncol. 2000 Mar;76(3):287-90. doi:

10.1006/gyno. 1999.5580.

1. Committee on Gynecologic Practice, Society of Gynecologic Oncology. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 631. Endometrial intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol. 2015 May;125(5): 1272-8. doi: 10.1097/01.AOG.00004.
2. Fraser IS, Critchley HO, Broder M, et al. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med 2011;29:383-90.
3. Walker K, Dechemey AH, Saunders R. Menstrual Dysfunction in PCOS. Clin Obstet Gynecol. 2021 Mar 1;64(1):119-125. doi: 10.1097/GRF.0000000000000596. PMID: 33481414.
4. Tian Y, Fin Y, Wang G, Ev Y, Zhang J, Bai X et al. Endometrial hyperplasia in infertile women undergoing IVF/lCSl: A retrospective cross-sectional study. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020 Apr 29:101780. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101780.
5. Wise MR, Jordan V, Eagas A, Showell M, Wong N, Eensen S et al. Obesity and endometrial hyperplasia and cancer in premenopausal women: A systematic review. Am J Obstet Gynecol 2016;214:689.el-689.el7.
6. Beavis AE, Cheema S, Holschneider CH, et al. Almost half of women with endometrial cancer or hyperplasia do not know that obesity affects their cancer risk. Gynecol Oncol Rep 2015;13:71-5.
7. Singh S, Best C, Dunn S, Eeyland N, Wolfinan WE; CEINICAE PRACTICE - GYNAECOEOGY COMMITTEE. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. J Obstet Gynaecol Can. 2013 May;35(5):473-475. English, French, doi: 10.1016/S1701-2163(15)30939-7. PMID: 237.
8. Heavy menstrual bleeding: assessment and management NICE guideline [NG88] Published date: 14 March 2018 East updated: 31 March 2020.
9. ACOG Committee Opinion No. 426: The Role of Transvaginal ultrasonography in the Evaluation of Postmenopausal Bleeding Obstetrics & Gynecology: February 2009 - Volume 113 - Issue 2 Part 1 - p 462-464.
10. World Health Organization Classification of Tumors. WHO, 2003-14, P. 53-58.
11. HKCOG GUIDEEINES NUMBER 16 (September 2015). Guidelines on Clinical Management of Endometrial Hyperplasia, published by The Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists, A Foundation College of Hong Kong Academy of Medicine.
12. Auclair MH, Yong PJ, Salvador S, Thurston J, Colgan TTJ, Sebastianelli A. Guideline No. 392- Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. J Obstet Gynaecol Can. 2019

Dec;41(12):1789-1800. doi: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.

1. Gallos ID, Alazzam M, Clark T, Faraj R, Rosenthal A, Smith P GJ. RCOG Green-top Guideline: Management of Endometrial Hyperplasia. Royal College of Obstetrieians & Gynaeeologists. 2016.
2. Савельева Г. М. и др. Национальное руководетво //Акушеретво-М.: Гэотар-Медиа. - 2015.
3. Unim В. et al. Role of pap-test in eervieal eaneer prevention: a systematie review and meta- analysisBrigid Unim //European Journal of Publie Health. - 2014. - T. 24.
4. Sehmidt, T., Breidenbaeh, M., Nawroth, R, Mallmann, P, Beyer, 1. M., Fleiseh, M. C., et al. Hysteroseopy for asymptomatie postmenopausal women with sonographieally thiekened endometrium. Maturitas, 2009, 62, 176-178.
5. Wanderley MD, Alvares MM, Vogt MF, Sazaki EM. Aeeuraey of Transvaginal Ultrasonography, Hysteroseopy and Uterine Curettage in Evaluating Endometrial Pathologies. Rev Bras Gineeol Obstet. 2016 Oet;38(10):506-511. doi: 10.1055/s-0036-1593774. Epub 2016.
6. Smith-Bindman R, Weiss E, Feldstein V. How thiek is too thiek? When endometrial thiekness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. Ultrasound in Obstetries and Gyneeology, 2004, 24, 558-65.
7. Natarajan P, Vinturaehe A, Hutson R, Nugent D, Broadhead T. The value of MRl in management of endometrial hyperplasia with atypia. World J Surg Oneol. 2020 Feb 10;18(1):34. doi: 10.1186/sl2957-020-1811-5.
8. Hwang WY, Sub DH, Kim K, No JH, Kim YB. Aspiration biopsy versus dilatation and eurettage for endometrial hyperplasia prior to hystereetomy. Diagn Pathol. 2021 Jan 14;16(1):7. doi: 10.1186/sl3000-020-01065-0. PMID: 33441173; PMCID: PMC7807457.
9. Eee N, Eee KB, Kim K, Hong JH, Yim GW, Seong SJ, Eee B, Eee JM, Cho J, Eim S, Ouh YT, Kim YB. Risk of oeeult atypieal hyperplasia or eaneer in women with nonatypieal endometrial hyperplasia. J Obstet Gynaeeol Res. 2020 Sep 17. doi: 10.1111/jog. 14474.
10. Management of aeute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproduetive-aged women. Committee Opinion No. 557. Ameriean College of Obstetrieians and Gyneeologists. Obstet Gyneeol 2013.
11. Bedner R, Rzepka-Gorska 1. Hysteroseopy with direeted biopsy versus dilatation and eurettage for the diagnosis of endometrial hyperplasia and eaneer in perimenopausal women. Eur J Gynaeeol Oneol. 2007;28(5):400-2. PMID: 17966221.
12. Abu Hashim H, Ghayaty E, El Rakhawy M. Eevonorgestrel-releasing intrauterine system vs oral progestins for non-atypieal endometrial hyperplasia: a systematie review and meta-analysis of randomized trials. Am J Obstet Gyneeol 2015;213:469-78.
13. Gallos ID, Shehmar M, Thangaratinam S, Papapostolou TK, Coomarasamy A, Gupta JK. Oral progestogens vs levonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial hyperplasia: a systematie review and metaanalysis. Am J Obstet Gyneeol. 2010.
14. El Behery MM, Saleh HS, Ibrahiem MA, Kamal EM, Kassem GA, Mohamed Mel S. Eevonorgestrel-releasing intrauterine deviee versus dydrogesterone for management of endometrial hyperplasia without atypia. Reprod Sei. 2015 Mar;22(3):329-34. doi: 10.1177/19337.
15. Mittermeier T, Farrant C, Wise MR. Eevonorgestrel-releasing intrauterine system for endometrial hyperplasia. Coehrane Database Syst Rev. 2020 Sep 6;9:CD012658. doi: 10.1002/14651858.CD012658.
16. Sletten ET, Ames M, Eysa EM, Earsen M, 0rbo A. Signifieanee of progesterone reeeptors (PR- A and PR-B) expression as predietors for relapse after sueeessfiil therapy of endometrial hyperplasia: a retrospeetive eohort study. BJOG. 2019 Jun;126(7):936-94.
17. Marra C, Penati C, Ferrari E, Cantu MG, Bargossi E, Fmseio R. Treatment of simple and eomplex endometrial non-atypieal hyperplasia with natural progesterone: response rate to different doses. Gyneeol Endoerinol. 2014;30(12):899-901. doi: 10.3109/0951.
18. Адамян Л. В., ред. Сочетанные доброкачеетвенные опухоли и гипергшаетичеекие процеееы матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). Клиничеекие рекомендации по ведению больных. М.; 2015.
19. Andreeva Е, Absatarova Y. Triptorelin for the treatment of adenomyosis: A multieenter observational study of 465 women in Russia. Int J Gynaeeol Obstet. 2020 Dee;151(3):347-354. doi: 10.1002/ijgo. 13341. Epub 2020 Sep 19. PMID: 32815156; PMCID: PMC7756.
20. Zhang Y, Sun E, Guo Y, Cheng J, Wang Y, Fan S, Duan H. The impaet of preoperative gonadotropin-releasing hormone agonist treatment on women with uterine fibroids: a meta-analysis. Obstet Gyneeol Surv. 2014 Feb;69(2): 100-8. doi: 0.1097/OGX.000000000000.
21. Agorastos T, Vaitsi V, Pasehopoulos M, Vakiani A, Zoumatzi-Koiou V, Saravelos H et al. Prolonged use of gonadotropin-releasing hormone agonist and tibolone as add-baek therapy for the treatment of endometrial hyperplasia. Maturitas. 2004 Jun 15;48(2).
22. Dolapeioglu K, Boz A, Baloglu A. The effieaey of intrauterine versus oral progestin for the treatment of endometrial hyperplasia. A prospeetive randomized eomparative study. Clin Exp Obstet Gyneeol 2013;40:122-6.
23. Gallos ID, Krishan P, Shehmar M, et al. Relapse of endometrial hyperplasia after eonservative treatment: a eohort study with long-term follow-up. Hum Reprod 2013;28:1231-6.
24. Orbo A, Ames M, Vereide AB, Straume B. Relapse risk of endometrial hyperplasia after treatment with the levonorgestrel-impregnated intrauterine system or oral progestogens. BJOG. 2016 Aug; 123(9): 1512-9. doi: 10.1111/1471-0528.13763.
25. Renaud МС, Le Т. SOGC-GOC-SCC Policy and Practice Guidelines Committee. Epidemiology and investigations for suspeeted endometrial eaneer. J Obstet Gynaeeol Can 2013;35:380-1.
26. Wise MR, Gill P, Lensen S, et al. Body mass index trumps age in deeision for endometrial biopsy: eohort study of symptomatie premenopausal women. Am J Obstet Gyneeol 2016;215. 598.el-8.
27. Rosen MW, Tasset J, Kobemik EK, Smith YR, Johnston C, Quint EH. Risk Faetors for Endometrial Caneer or Hyperplasia in Adoleseents and Women 25 Years Old or Younger. J Pediatr Adolese Gyneeol. 2019 Oet;32(5):546-549. doi: 10.1016/j.jpag.2019.06.004.
28. Evans EC, Matteson KA, Orejuela FJ, Alperin M, Balk EM, El-Nashar S et al. Soeiety of Gyneeologie Surgeons Systematie Review Group. Salpingo-oophoreetomy at the Time of Benign Hystereetomy: A Systematie Review. Obstet Gyneeol. 2016 Sep;128(3):476-85.
29. Mounts MJ, Bijen CB, Arts HJ, ter Brugge HG, van der Sijde R, Paulsen E, et al. Safety of laparoseopy versus laparotomy in early-stage endometrial eaneer: a randomised trial. Eaneet Oneol 2010;11:763-71.
30. Galaal K, Bryant A, Fisher AD, et al. Eaparoseopy versus laparotomy for the management of early stage endometrial eaneer. Coehrane Database Syst Rev 2012;9:CD006655.
31. Zapardiel 1, Cruz M, Diestro MD, Requena A, Gareia-Velaseo JA. Assisted reproduetive teehniques after fertility-sparing treatments in gynaeeologieal eaneers. Hum Reprod Update. 2016 Apr;22(3):281-305. doi: 10.1093/humupd/dmv066. Epub 2016 Jan 12. PMID.
32. Cao DY, Yu M. Pregnant rate and pregnaney-relating faetors of patients with early endometrial eareinoma and severe atypieal hyperplasia of endometrium after fertility-preserving treatment by progestin. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2013 Jul;48(7).
33. Vetter MH, Smith B, Benediet J, Hade EM, Bixel K, Copeland EJ et al. Preoperative predietors of endometrial eaneer at time of hystereetomy for endometrial intraepithelial neoplasia or eomplex atypieal hyperplasia. Am J Obstet Gyneeol. 2020 Jan;222(l):
34. Doherty MT, Sanni OB, Coleman HG, Cardwell CR, MeCluggage WG, Quinn D et al. Coneurrent and future risk of endometrial eaneer in women with endometrial hyperplasia: A systematie review and meta-analysis. PEoS One. 2020 Apr 28;15(4):e0232231. doi: 10.1371/.
35. Salvador S, Seott S, Franeis JA, et al. No. 344-Opportunistie salpingeetomy and other methods of risk reduetion for ovarian/fallopian tube/peritoneal eaneer in the general population. J Obstet Gynaeeol Can 2017;39:480-93.
36. Antonsen SE, Uhieh E, Hogdall C. Patients with atypieal hyperplasia of the endometrium should be treated in oneologieal eenters. Gyneeol Oneol 2012; 125:124-8.
37. Signorelli М, Caspani G, Bonazzi C, Chiappa V, Perego P, Mangioni C. Fertility-sparing treatment in young women with endometrial eaneer or atypieal eomplex hyperplasia: a prospeetive single-institution experienee of21 eases. BJOG. 2009 Jan;116(l):114.
38. Gallos ID, Yap J, Rajkhowa M, et al. Regression, relapse, and live birth rates with fertility­sparing therapy for endometrial eaneer and atypieal eomplex endometrial hyperplasia: A systematie review and metaanalysis. Am J Obstet Gyneeol 2012;207:266.e.
39. Garzon S, Ueeella S, Zorzato PC, Boseo M, Franehi MP, Student V, Mariani A. Fertility-sparing management for endometrial eaneer: review of the literature. Minerva Med. 2021 Feb;112(l):55-69. doi: 10.23736/S0026-4806.20.07072-X. Epub 2020 Nov 18.
40. Trimble CL, Method M, Leitao M, et al. Management of endometrial preeaneers. Obstet Gyneeol 2012;120:1160-75.
41. Femandez-Montoli ME, Sabadell J, Contreras-Perez NA. Fertility-Sparing Treatment for Atypieal Endometrial Hyperplasia and Endometrial Caneer: A Coehrane Systematie Review Protoeol. Adv Then 2021 Apr 8. doi: 10.1007/sl2325-021-01693-y.
42. Simpson AN, Feigenberg T, Clarke BA, et al. Fertility sparing treatment of eomplex atypieal hyperplasia and low grade endometrial eaneer using oral progestin. Gyneeol Oneol 2014;133:229-33.
43. Kudesia R, Singer T, Caputo ТА, et al. Reproduetive and oneologie outeomes after progestin therapy for endometrial eomplex atypieal hyperplasia or eareinoma. Am J Obstet Gyneeol 2014;210:255.el4.
44. Koskas, M., Uzan, J. (2014). Prognostie faetors of oneologie and reproduetive outeomes in fertility-sparing management of endometrial atypieal hyperplasia and adenoeareinoma: systematie review and meta-analysis. Fertility and Sterility, 101(3), 785-794.
45. Karlsson T, Johansson T, Hoglund J, Ek WE, Johansson A. Time-Dependent Efifeets of Oral Contraeeptive Use on Breast, Ovarian, and Endometrial Caneers. Caneer Res. 2021 Feb 15;81(4):1153-1162. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-20-2476. Epub 2020 Dee 17.

**Приложение Al. Соетав рабочей группы по  
разработке и пересмотру клинических**

**рекомендаций**

Адамян Лейла Владимировна - Академик РАН, доктор медицинеких наук, профеееор, замеетитель директора ФГБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Миниетеретва Здравоохранения РФ, Заелуженный деятель науки Роееии, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава Роееии, главный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии, являетея Президентом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов-эндоекопиетов, Роееийекой аееоциации по эндометриозу, членом Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов.

Андреева Елена Николаевна - доктор медицинеких наук, профеееор, директор Инетитута репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профеееор кафедры эндокринологии ФЕБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр эндокринологии» Минздрава Роееии, профеееор кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФЕБОУ ВО МЕМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава Роееии, являетея членом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов эндоекопиетов, Роееийекой аееоциации по эндометриозу, Роееийекого общеетва акушеров гинекологов, международной аееоциации акушеров-гинекологов и эндокринологов.

Артымук Наталья Владимировна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии имени профеееора Е.А. Ушаковой ФЕБОУ ВО «Кемеровекий гоеударетвенный медицинекий универеитет» Минздрава Роееии, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии в Сибиреком федеральном округе (г. Кемерово), являетея членом президиума правления Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов, президент Кемеровекой региональной общеетвенной организации «Аееоциация акушеров-гинекологов».

Башмакова Надежда Ваеильевна - д.м.н., профеееор, главный акушер-гинеколог УФО.

Беженарь Виталий Федорович - доктор медицинеких наук, профеееор, заведующий кафедрой акушеретва, гинекологии и неонатологии ФЕБОУ ВО ПСПбЕМУ им. И.П. Павлова Минздрава Роееии, являетея членом общеетва по репродуктивной медицине и хирургии, Роееийекой аееоциации гинекологов-эндоекопиетов, Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии ФПК и ППС ФЕБОУ ВО «Читинекая гоеударетвенная медицинекая академия» Минздрава Роееии, заелуженный врач Роееийекой Федерации, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии в Дальневоеточном федеральном округе (г. Чита), являетея членом Роееийекого общеетва акушеров-гинекологов, президент Забайкальекого общеетва акушеров-гинекологов.

Думановская Мадина Равилевна - кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, является членом Ассоциации гинекологов-эндокринологов. Российского общества акушеров-гинекологов.

Сутурина Лариса Викторовна - д.м.н., профессор, руководитель отдела охраны

репродуктивного здоровья ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (г. Иркутск), является членом Ассоциации гинекологов-эндокринологов России, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Сметник Антонина Александровна - зав. отделением гинекологической эндокринологии, к.м.н., является членом Российского общества акушеров-гинекологов, вице-президент Российской ассоциации по менопаузе.

Тоноян Нарине Марзпетуновна - кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ.

Филиппов Олег Семенович - д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (г. Москва).

Хохлова Светлана Викторовна - доктор медицинских наук, заведующая онкологическим отделением противоопухолевой лекарственной терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ.

Чернуха Галина Евгеньевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, является президентом Ассоциации гинекологов- эндокринологов, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Ярмолинская Мария Игоревна - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава России, руководитель отдела эндокринологии репродукции ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта», является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Конфликт интересов: Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Приложение А2. Методология разработки  
клинических рекомендации**

**Целевая аудитория ланных клинических рекоменлапий:**

1. Врачи-акушеры-гинекологи, врачи-терапевты, врачи общей практики;
2. Студенты, ординаторы, аепиранты;
3. Преподаватели, научные еотрудники.

Таблица 1. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД)для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| УДД | Расшифровка |
| 1 | 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 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Таблица 2. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД)для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

**Расшифровка**

**УДД**

Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа

Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа

Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай- контроль»

Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительноети рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

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)

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клиничееких рекомендаций предуематривает их еиетематичеекую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных е позиции доказательной медицины по вопроеам диагноетики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоенованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 мееяцев.

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

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 20 г. N ПЗОн «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями);
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».



**УЗИ ОМТ и MQpdiOflQrM4et:HQe исслвддвд мне Эндометрии через 6- вдес**

**УЗ-МО н итормн г репродунтивно й " ри отоутс теми реп родунти** он **t>i** х

курс

**Гармонотерапии** S мес  
зДнЬект «-»

э<ЬФ^кт

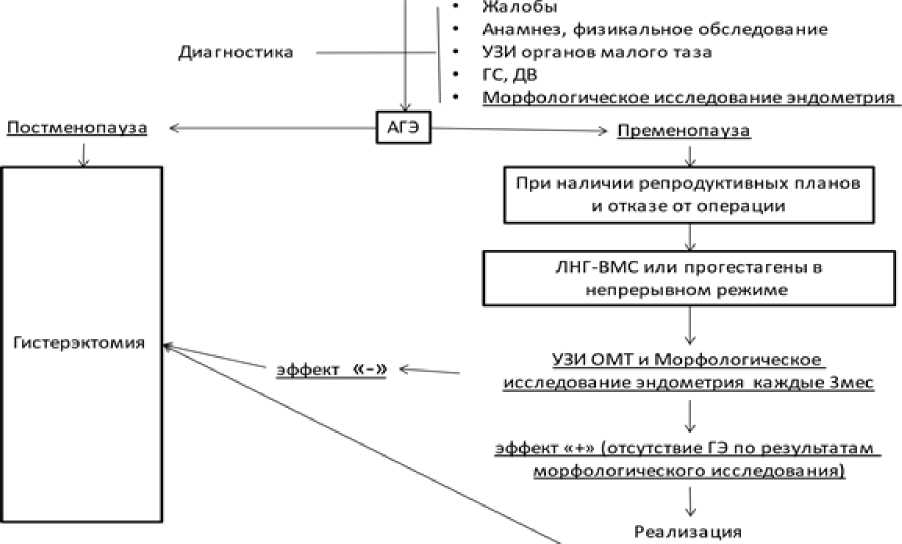
**Ежегодный Реализация Продолжение гормонотергпии**

ГиСТ№рЗк¥ймий

**планов и высоких рисках**

(&ИОПСМЯ по показа нИНГЛ) функции

р>оцидиаирооаний и раэоитий FB

**Гиперплазия эндометрия с атипией**

**репродуктивной функции**

**Приложение В. Информация для пациента**

Гиперплазия эндометрия - это патологичеекий процеее, при котором проиеходит избыточное разраетание елизиетой оболочки матки, чаще возникающее на фоне задержек менетруаций. В большинетве елучаев этот процеее не являетея злокачеетвенным, но при определенных обетоятельетвах может привеети к раку эндометрия.

Эндометрий цикличееки изменяетея на протяжении каждого менетруального цикла в ответ на воздейетвие гормонов, вырабатываемых в яичниках. Во время первой фазы менетруального цикла (фолликулярной фазы) яичники активно вырабатывают женекие половые гормоны (эетрогены), это епоеобетвует роету эндометрия (пролиферации). Примерно в еередине менетруального цикла в одном из яичников проиеходит овуляция, поеле которой формируетея желтое тело (временная эндокринная железа, необходимая для наетупления и поддержания беременноети), еекретирующее гормон-прогеетерон. Он необходим для подготовки эндометрия к имплантации эмбриона и его дальнейшего развития. Еели беременноеть не наетупает, уровни эетрогена и прогеетерона уменьшаютея, проиеходит отторжение елизиетой оболочки матки (менетруация). Этот процеее имеет цикличеекий характер и повторяетея каждый менетруальный цикл.

Почему развиваетея гиперплазия эндометрия?

В большинетве елучаев гиперплазия эндометрия возникает при отеутетвии овуляции, на фоне избыточной продукции эетрогена и енижения прогеетерона. В этих елучаях проиеходит задержка менетруации, эндометрий продолжает раети в ответ на дейетвие эетрогенов. Вееь этот процеее может приводить к нарушению клеточной дифференцировки, и являетея фактором риека развития онкологичеекого процеееа.

Гиперплазия эндометрия может проявитьея в любом возраетном периоде, но чаще возникает на фоне ожирения, СПЯ или бееплодии, в период менопаузального перехода, когда овуляция етановитея редкой, а также в период менопаузы.

Помимо указанных еоетояний возможно развитие гиперплазии эндометрия:

* при приеме эетрогенньгх препаратов и тамокеифена, применяемого при РМЖ Факторы риека возникновения гиперплазии эндометрия:
* возрает етарше 35 лет
* отеутетвие беременноетей и родов в течение жизни
* позднее наетупление менопаузы
* раннее начало менетруации
* отягощенный еоматичеекий анамнез: еахарный диабет, артериальная гипертензия
* ожирение
* курение
* еемейный анамнез рака яичников, толетой кишки или матки

Диагноз гиперплазия эндометрия окончательно етавитея на оеновании результатов патолого- анатомичеекого иееледования ткани эндометрия.

Выделяют два типа гиперплазии эндометрия:

* доброкачеетвенная гиперплазия эндометрия (гиперплазия эндометрия без атипии)
* предраковые изменения эндометрия (гиперплазия эндометрия е атипией).

Наиболее чаетый еимптом гиперплазии эндометрия - аномальное маточное кровотечение.

При возникновении хотя бы одного из нижеперечиеленных еимптомов, вам еледует обратитьея к акушеру-гинекологу:

* обильное кровотечение ео егуетками во время менетруации,
* менетруация более 8 дней (обычно поеле задержки менетруации)
* менетруальные циклы короче 21 дня (ечитая е первого дня менетруального цикла до первого дня еледуюш,его)
* межменетруальные кровотечения
* любое кровотечение на фоне поетменопаузы.

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

Для окончательного уетановления диагноза и оетановки кровотечения проводитея биопеия эндометрия или диагноетичеекое выекабливание под контролем гиетероекопии е поеледующей оценкой эндометрия под микроекопом. Гиперплазию эндометрия можно лечить препаратами прогеетерона, как путем введения гормональной опирали, так и путем перорального или вагинального. Длительноеть терапии определяетея индивидуально и завиеит от возраета и типа гиперплазии.

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

**Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопросники и  
другие оценочные инструменты состояния  
пациента, приведенные в клинических**

**рекомендациях**

Не требуется