Гиперплазия эндометрия

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N85.0, N85.1 · Российское общество акушеров-гинекологов

Гиперплазия эндометрия — патологическая пролиферация желез эндометрия с увеличением железисто-стромального соотношения. Рекомендация касается диагностики и ведения ГЭ без атипии и атипической ГЭ: ключевое — морфологическая верификация, оценка риска рака эндометрия и выбор между гормональной терапией и хирургическим лечением.

Главное

- В клинической практике используют бинарную классификацию ВОЗ: ГЭ без атипии и ГЭ с атипией; ВОЗ рекомендует использовать термин ЭИН наравне с АГЭ.
- Главный клинический симптом — аномальные маточные кровотечения: обильные, межменструальные, на фоне регулярного цикла или олигоменореи; по характеру кровотечения тип ГЭ определить нельзя.
- Риск прогрессирования в рак эндометрия за 20 лет: до 5% при ГЭ без атипии и до 27,5% при АГЭ.
- Окончательный диагноз ставят только по патолого-анатомическому исследованию эндометрия; УЗИ служит скринингом и ориентиром для инвазивной диагностики.
- При ГЭ без атипии после подтверждения диагноза рекомендуется ЛНГ-ВМС 52 мг; альтернатива — прогестагены в непрерывном или пролонгированном циклическом режиме. УУР В, УДД 2.
- При АГЭ рекомендуется гистерэктомия, по возможности лапароскопически, из-за высокой вероятности сопутствующего рака эндометрия 30–40%. УУР С, УДД 4 для взрослых.
- Факторы риска ГЭ: раннее менархе, поздняя менопауза, бесплодие, ановуляция при менопаузальном переходе или СПЯ, монотерапия эстрогенами, тамоксифен, ожирение, сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия, синдром Линча, эстроген-секретирующие опухоли яичников.

Диагностика

1. Начните с жалоб и анамнеза: ищите АМК, олигоменорею, бесплодие, признаки ановуляции и факторы риска ГЭ и рака эндометрия.
2. Проведите стандартный осмотр, осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование; обязательно рассчитайте ИМТ, так как ожирение повышает риск ГЭ/РЭ и снижает эффективность терапии. УУР С, УДД 5.
3. Назначьте лабораторное обследование для выявления сопутствующих заболеваний, подготовки к вмешательству и выбора тактики: ОАК, биохимию с печеночными ферментами и ферритином, коагулограмму, гормоны при ановуляции/олигоменорее, ХГЧ. УУР С, УДД 5.
4. При подозрении на инфекции выполните молекулярно-биологическое исследование на Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium; также проведите микроскопию влагалищных мазков и цитологию шейки матки. УУР С, УДД 5.
5. Выполните комплексное УЗИ малого таза трансвагинально и трансабдоминально; по возможности — в 1-ю фазу цикла или на фоне АМК. У взрослых УУР В, УДД 2.
6. Ориентиры УЗИ: в репродуктивном возрасте м-эхо более 7–8 мм на 5–7-й день цикла с неоднородной структурой и эхогенными включениями позволяет заподозрить ГЭ; в постменопаузе при эндометрии 3–4 мм вероятность РЭ менее 1%, при АМК риск около 0,07% при толщине менее 5 мм и 7,3% при более 5 мм.
7. При подозрении на ГЭ по УЗИ подтвердите диагноз морфологически: биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание, по возможности под контролем гистероскопии. У взрослых УУР В, УДД 2.

Лечение

- Тактика зависит от морфологического заключения, возраста, репродуктивных планов, факторов риска и сопутствующей патологии; цели — купировать АМК, предупредить рецидив ГЭ и развитие рака эндометрия.
- При ГЭ без атипии после подтверждения диагноза используйте ЛНГ-ВМС 52 мг в качестве медикаментозной терапии; эффективность указана как 72–100%. УУР В, УДД 2.

- Если ЛНГ-ВМС не подходит, назначают прогестагены в непрерывном или пролонгированном циклическом режиме; циклический режим менее эффективен, чем непрерывный и ЛНГ-ВМС. УУР В, УДД 2.
- При сочетании ГЭ с миомой матки или эндометриозом возможно применение агонистов ГнРГ; при выраженных симптомах эстроген-дефицита и терапии более 6 месяцев целесообразна возвратная терапия препаратами для непрерывного режима МГТ. УУР С, УДД 4 для взрослых.
- Курс ЛНГ-ВМС 52 мг или прогестагенов при ГЭ без атипии — 6 месяцев, затем контрольное патолого-анатомическое исследование эндометрия; при ЛНГ-ВМС материал берут без удаления системы. УУР В, УДД 3 для взрослых.
- Если побочных эффектов нет и беременность не планируется, ЛНГ-ВМС можно продлить до 5 лет для снижения риска рецидива; нужен ежегодный УЗИ-контроль эндометрия и при необходимости биопсия.
- При неэффективности консервативного лечения и прогрессировании ГЭ решают вопрос о хирургии: гистерэктомия, по возможности лапароскопически, или резекция эндометрия под гистероскопическим контролем; абляцию эндометрия для лечения ГЭ не рекомендуется проводить. УУР С, УДД 5.
- При АГЭ рекомендуется гистерэктомия; у пациенток репродуктивного возраста при настойчивом желании сохранить фертильность и отказе от операции вопрос консервативного лечения ЛНГ-ВМС или прогестагенами в непрерывном режиме решает врачебная комиссия, с морфологическим контролем эндометрия каждые 3 месяца. УУР В, УДД 2 для консервативного варианта у взрослых.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана для оперативного лечения.
- Госпитализация показана при аномальном маточном кровотечении.
- Выписка из стационара возможна после купирования АМК.
- Пациентки высокого риска рецидива ГЭ и рака эндометрия нуждаются в динамическом наблюдении: ежегодное комплексное УЗИ малого таза и биопсия эндометрия по показаниям. УУР С, УДД 5.
- В первый год наблюдения рекомендована биопсия эндометрия каждые 6 месяцев; снять с учета можно при отсутствии ГЭ в двух последовательных патолого-анатомических исследованиях.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз гиперплазии эндометрия только по УЗИ?

Нет. УЗИ помогает заподозрить ГЭ и оценить эндо- и миометрий, но окончательный диагноз требует патолого-анатомического исследования эндометрия.

Какая толщина эндометрия настораживает при подозрении на ГЭ?

В репродуктивном возрасте подозрение вызывает м-эхо более 7–8 мм на 5–7-й день цикла при неоднородной структуре и эхогенных включениях. В постменопаузе при АМК риск РЭ около 0,07% при эндометрии менее 5 мм и 7,3% при более 5 мм.

Что выбрать при ГЭ без атипии: ЛНГ-ВМС или пероральные прогестагены?

В тексте рекомендуется ЛНГ-ВМС 52 мг; прогестагены в непрерывном или пролонгированном циклическом режиме — альтернатива. ЛНГ-ВМС эффективнее: до 92% против до 72% для оральных прогестагенов.

Когда контролировать результат лечения ГЭ без атипии?

После 6 месяцев терапии ЛНГ-ВМС 52 мг или прогестагенами выполняют патолого-анатомическое исследование эндометрия. Если стоит ЛНГ-ВМС, ее для забора материала не удаляют.

Всегда ли при атипической гиперплазии эндометрия нужна гистерэктомия?

При АГЭ рекомендуется гистерэктомия, так как сопутствующий рак эндометрия выявляют в 30–40% случаев. Консервативное лечение возможно только у пациенток репродуктивного возраста с настойчивым желанием сохранить фертильность и отказом от операции, по решению врачебной комиссии и с биопсией каждые 3 месяца.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/947-giperplaziya-endometriya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/947_1