

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В.Ф.ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ» ГОУ ВПО

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

На тему: «Гиперпластические процессы эндометрия»

Выполнила:
Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Жилина П.В

Проверил:
Ассистент Коновалов В.Н.



Красноярск 2019

Оглавление:

1. Общие сведения
2. Классификация
3. Гиперплазия эндометрия
 - 3.1. Этиология
 - 3.2. Патогенез
 - 3.3. Морфологические картины гиперплазии эндометрия
 - 3.4. Клиническая картина
 - 3.5. Диагностика
 - 3.6. Лечение
4. Полипы эндометрия
 - 4.1. Этиология
 - 4.2. Классификация
 - 4.3. Патогенез
 - 4.4. Клиническая картина
 - 4.5. Диагностика
 - 4.6. Лечение
5. Оценка результатов лечения гиперплазии эндометрия

Код по МКБ-10 (International Classification of Diseases, ICD)

N85.0. Железистая гиперплазия эндометрия

N85.1. Аденоматозная гиперплазия эндометрия

N84.0. Полип тела матки

Общие сведения

Гиперпластические процессы эндометрия — довольно распространенные гинекологические состояния. Под термином «гиперплазия» (от греч. *hyper* — сверх и *plasis* — образование) понимают чрезмерное разрастание ткани. Подобные изменения в эндометрии — заведомо пролиферирующей ткани — могут служить сигналом предраковой и даже раковой трансформации.

Классификация (classification)

Гистологическая классификация ВОЗ (1975) не имеет отличий от МКБ 10, и согласно ей выделяют 3 основных вида гиперпластических процессов эндометрия: полипы, эндометриальную гиперплазию и атипическую гиперплазию эндометрия.

В современной литературе используется следующая классификация:

- железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (англ. — *endometrial hyperplasia without atypia*);

- полипы эндометрия: железистые, железисто-кистозные, железисто-фиброзные (англ. — *endometrial polyp*);

- атипическая гиперплазия эндометрия: аденоматоз, диффузная либо очаговая аденоматозная гиперплазия, в том числе аденоматозные полипы (англ. — *atypical hyperplasia of endometrium*).

К предраковым заболеваниям эндометрия относятся:

- атипическая гиперплазия эндометрия (аденоматоз и аденоматозные полипы);

- рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия, особенно в перименопаузальном и постменопаузальном периодах, в сочетании с гипертонической болезнью и нейрообменно-эндокринными заболеваниями (ожирение, сахарный диабет).

Гиперплазия эндометрия

Этиология

Из-за наличия специфических рецепторов эндометрий является органоммишенью для половых гормонов. Сбалансированное гормональное воздействие через цитоплазматические и ядерные рецепторы вызывает физиологические циклические превращения слизистой оболочки матки. Нарушение гормонального статуса женщины может приводить к изменению роста и дифференцировки клеточных элементов эндометрия и повлечь за собой развитие гиперпластических процессов. Гиперпластические процессы эндометрия развиваются, как правило, на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении и значительно реже при ненарушенном гормональном гомеостазе.

К возникновению гиперплазии эндометрия у женщин различного возраста приводят:

- нарушения центральной регуляции репродуктивной системы, вызывающие недостаточность лютеиновой фазы и ановуляцию;

- гиперпластические процессы в яичниках (стромальная гиперплазия, текаматоз, фолликулярная киста с гиперплазией тека-и/или гранулезных клеток);

- гормональные опухоли яичников (гранулезоклеточные, текаклеточные и др.);

- нарушения тканевой рецепции, метаболизма половых гормонов;

- нейрообменно-эндокринные болезни (ожирение, сахарный диабет);

- заболевания гепатобилиарной системы и пищеварительного тракта, иммунной системы и щитовидной железы.

Патогенез

Часто наблюдаемое в клинической практике сочетание болезней эндометрия с дисгормональными изменениями в молочной железе и миомой матки указывает на общность патологических процессов, вызванных нарушением гормонального баланса. По мнению ряда авторов, предрак и рак эндометрия развиваются у женщин определенного типа, имеющих на протяжении жизни длительные периоды гиперэстрогении. Это позволило Я.В. Бохману (1977) обратить внимание на наличие двух патогенетических вариантов развития предрака и рака эндометрия (см. раздел 11.2). Их различия касаются в том числе клинической характеристики пациенток. Больных с эндокриннообменным синдромом и наличием болезней эндометрия можно отнести к первому патогенетическому варианту (табл.1.)

Таблица 1. Клиническая характеристика пациенток с предраком эндометрия

Признаки	Патогенетические варианты предрака эндометрия	
	Первый	Второй
Менструальная функция	Ановуляторные маточные кровотечения	Не нарушена
Детородная функция	Снижена, нередко бесплодие	Не нарушена
Время наступления менопаузы	Часто после 50 лет	Обычно до 50 лет
Тип кольпоцитологической реакции в постменопаузе	Эстрогенный	Атрофический
Состояние яичников	Гиперплазия ткани. Синдром Штейна–Левенталя. Феминизирующие опухоли	Фиброз
Морфологическая характеристика эндометрия	Гиперпластические процессы	Атрофия
Состояние миометрия	Миома, аденомиоз	Без особенностей
Г-система иммунитета	Без существенных изменений	Иммунодефицит
Ожирение	Есть	Нет
Сахарный диабет	Есть	Нет
Гиперлипидемия	Есть	Нет
Гипертоническая болезнь	Сочетается с ожирением и/или сахарным диабетом	Отсутствует или не сочетается с ожирением и сахарным диабетом

При обследовании таких больных выявляют простую железистую или атипическую гиперплазию эндометрия. Данный синдром часто наблюдается и при высокодифференцированной аденокарциноме тела матки. Ко второму патогенетическому варианту (больные без выраженного нейроэндокринного синдрома) чаще относят больных с эндометриальными полипами. Выделение патогенетических вариантов позволяет более дифференцированно подходить к лечению гормонами.

Морфологические картины гиперплазии эндометрия

При **железисто-кистозной гиперплазии** эндометрий утолщен, деление на компактный и спонгиозный слои отсутствует, нарушается правильность распределения желез в строме, характерны кистовидно расширенные железы. Число желез не увеличивается, но в связи с усиленной пролиферацией они становятся извитыми. На срезе, проходящем через отдельные витки одной и той же железистой трубочки, создается впечатление большого числа желез (феномен «железа в железе»). Кистовидное расширение желез при железисто-кистозной гиперплазии происходит из-за разной интенсивности пролиферации эпителия на отдельных участках желез и различий в степени пролиферации стромы. В строме, как правило, клубки спиральных артерий отсутствуют (прогестеронзависимый процесс).

Эндометриальный полип — локальное, экзофитно растущее образование, исходящее из ткани базального слоя эндометрия (см. раздел 9.6.2). Полипы наиболее часто локализуются в дне матки и в области устьев маточных труб. Форма полипов различная — от шаровидной, грушевидной или грибовидной до вытянутой, цилиндрической. Размеры полипа тоже разнообразны: от 0,3–1,0 см до больших экзофитных образований, заполняющих всю полость матки и проникающих через цервикальный канал во влагалище.

По гистологическому строению выделяют два типа полипов эндометрия: первый из них содержит элементы функционирующего эндометрия, поэтому эти полипы реагируют на действие эстрогенов и прогестерона, как и окружающий их эндометрий; полипы второго типа состоят из незрелого эндометрия базального слоя и гормонально малоактивны.

Строма в полипах первого типа такая же, как и в гиперплазированном эндометрии, и их целесообразно относить к полиповидной форме гиперплазии эндометрия. Строма в полипах

второго типа состоит из фиброзных и гладкомышечных элементов; полипы этого типа относят к истинным железистым. Железистые полипы отличаются от гиперплазированного эндометрия строением желез и стромы. В полипе железы располагаются неравномерно, беспорядочно, имеют различную величину и форму: одни железы узкие, другие — расширенные и даже кистовидные, третьи имеют пиловидную, извитую форму. Обычно железы выстланы высокопризматическим эпителием индифферентного или пролиферативного типа, а в кистовидных железах эпителий приобретает уплощенную, изоили низкопризматическую форму.

Кровеносные сосуды железистых полипов эндометрия имеют утолщенные склерозированные стенки, а в основании полипов могут образовывать клубки.

При гистологическом исследовании в случаях **атипической гиперплазии эндометрия** выявляют:

- увеличенное число желез;
- нарушение полярности расположения клеток;
- сближение желез с узкими прослойками стромы между ними («спинка к спинке»);
- значительное преобладание железистых элементов над стромальными;
- ветвление (почкование) желез;
- микрофолликулярный тип строения желез (вокруг крупной железы располагаются мелкие дочерние железы микрофолликулярного типа);
- повышенную извитость желез;
- неправильную форму желез;

- истинные сосочки в железах (в просвет желез выступают сосочки, имеющие фиброзную ножку), иногда могут наблюдаться и ложные сосочки, состоящие из нагроможденных эпителиальных клеток;
- структуры «железа в железе», возникшие за счет внутрижелезистых сосочковых разрастаний;
- внутрижелезистые эпителиальные мостики.

Клиническая картина

Больные предъявляют жалобы в основном на нарушения менструальной функции или кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе, могут быть жалобы на ухудшение общего состояния, обусловленное обменными и эндокринными нарушениями.

В репродуктивном возрасте больные обычно жалуются на кровянистые выделения из половых путей в межменструальном периоде, а также «сливающиеся» с менструацией до ее начала или после ее окончания.

Для всех гиперпластических процессов эндометрия характерны нарушения менструального цикла.

В пременопаузальном периоде женщин беспокоят нерегулярные обильные менструации с последующими длительными мажущими кровянистыми выделениями. В постменопаузе больные отмечают появление скудных кратковременных или длительных кровянистых выделений. При обменных и эндокринных нарушениях больные предъявляют жалобы на головные боли, избыточную прибавку массы тела, гипертрихоз, нарушения сна, периодически возникающую жажду, розовые стрии, пониженную работоспособность, раздражительность.

Диагностика

Диагностика гиперплазии эндометрия основывается на анализе клинической картины заболевания, а также данных ультразвукового,

эндоскопического (гистероскопического) исследований и обязательного патоморфологического исследования соскоба из полости матки.

При подозрении на гиперплазию эндометрия УЗИ проводят на 5–7-е сутки менструального цикла. УЗИ позволяет косвенно судить о состоянии эндометрия по толщине и структуре срединного М-эха. Эндометрий имеет четкие очертания и большую акустическую плотность по сравнению с миометрием, занимая срединное положение параллельно внешнему контуру матки. При нормальном менструальном цикле толщина эндометрия зависит от фазы цикла, постепенно возрастая от 3–4 мм в первой фазе до 12–15 мм во второй фазе цикла. Гиперплазия эндометрия обуславливает не только значительное увеличение этих размеров, но и несоответствие фазе менструального цикла, в которую проводится исследование. Полипы эндометрия, как правило, визуализируются на эхограммах в виде округлых или удлинённых овальных образований с четким контуром и тонким эхонегативным ободком («гало», от англ. *halo* — ореол, сияние, нимб) на фоне расширенной полости матки. В постменопаузе увеличение срединного М-эха до 5 мм и более становится косвенным признаком гиперпластического процесса даже без клинических проявлений.

При толщине эндометрия более 10 мм рекомендуют аспирационную биопсию его или диагностическое выскабливание.

При **гистерографии** гиперплазированный эндометрий и полипы на гистерограммах проявляются в виде дефектов наполнения или зазубренности, фестончатости контуров стенок полости матки, особенно в области дна. Это исследование проводят на 7–8-е сутки цикла, используя водорастворимые контрастные вещества — верографин, урографин, уротраст. В настоящее время рентгеновский метод диагностики эндометриальных поражений утратил свое значение вследствие большой распространенности УЗИ и гистероскопии.

Гистероскопия, позволяющая более детально изучить состояние эндометрия, провести четкую топическую диагностику и проконтролировать результаты корригирующей терапии, занимает особое место в диагностике внутриматочной патологии. Наиболее часто применяют жидкостную гистероскопию (изотонический раствор натрия хлорида, раствор глюкозы 5%, вода дистиллированная, декстраны), которая позволяет выполнить ряд внутриматочных операций и использовать электро- и лазерную хирургию. Контрольное гистероскопическое исследование дает возможность также оценить качество проведенного выскабливания, прицельно удалить остатки гиперплазированного эндометрия или полипов, выявить сопутствующие внутриматочные болезни (внутренний эндометриоз, миоматозные узлы с подслизистым или центрипетальным ростом и др.).

Цитологическое исследование аспирата из полости матки позволяет определить выраженность пролиферативных изменений эндометрия, но не дает четкого представления об его патоморфологической структуре. Этот метод можно рекомендовать для скрининговой оценки эндометрия и его состояния на фоне гормональной терапии. Однако цитологическое исследование аспирата нельзя рассматривать как альтернативу гистологическому исследованию. **Гистологическому исследованию** подвергают материал, полученный при аспирационной биопсии, соскоб слизистой оболочки матки, взятый специальными приспособлениями без расши-

рения цервикального канала (*endosampler*), или при отдельном диагностическом выскабливании стенок полости матки и слизистой оболочки цервикального канала.

Гистероскопия, аспирационная биопсия и отдельное диагностическое выскабливание слизистых оболочек цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим

исследованием полученных соскобов позволяют установить окончательный диагноз.

Если выскабливание проводят как лечебную процедуру при маточном кровотечении, слизистая оболочка матки должна быть полностью удалена под контролем гистероскопии.

Лечение

Лечебная тактика при гиперпластических процессах зависит от патоморфологической характеристики эндометрия, возраста больной, этиологии и патогенеза заболевания, сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний.

Первый этап лечения — обязательное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки с гистероскопическим контролем (**хирургическое лечение**). Кюретаж матки не следует проводить при подозрении на канцероматоз. Доказано, что выскабливание острым инструментом эндометрия, пораженного злокачественным процессом, приводит к диссеминации рака, ятрогенному ускорению его течения, а значит, ухудшению прогноза.

Следует придерживаться тактики: не проводить кюретаж матки, пока по результатам аспирационной биопсии не удостоверились в доброкачественности изменений эндометрия.

Второй этап — лечебные мероприятия, направленные на профилактику рецидива заболевания.

Медикаментозное лечение гиперплазии зависит от патоморфологической характеристики эндометрия, возраста пациентки, этиологических и патогенетических особенностей заболевания, сопутствующих болезней. Курс лечения занимает не менее 4–6 мес.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) целесообразно назначать женщинам с нормальной массой тела, без выраженных метаболических нарушений, у которых морфологически подтверждена

железистая гиперплазия эндометрия. Препараты не должны быть микродозированными. Лечение проводят длительно по контрацептивной схеме.

Для лечения различных видов гиперплазий могут применяться гестагены:

- натуральный микронизированный прогестерон в дозе 300 мг/сут с 14-го дня цикла в течение 12 сут;
- дидрогестерон в дозе 20 мг с 14-го дня цикла в течение 12 сут;
- оксипрогестерона капронат в дозе 125 мг на 14-е, 17-е и 21-е сутки цикла;
- норэтистерон-ацетат в дозе 10–20 мг с 16-го по 25-й день цикла.

Циклическое применение гестагенов возможно по так называемой длинной схеме — с 5-х по 25-е сутки цикла.

Для гормонотерапии железисто-кистозной гиперплазии эндометрия целесообразно использовать препараты с антигонадотропным эффектом исхемы лечения, временно блокирующие менструальный цикл:

- депо-препараты агонистов ГнРГ (лечение начинают с 1-х или 2-х суток менструального цикла, инъекцию делают 1 раз в 28 сут, курс — 4 инъекции;
- даназол по 400 мг/сут с 1-го дня цикла в течение 4–6 мес (необходимы отсутствие выраженных метаболических нарушений и нормальная масса тела).

Лечение аденоматозной гиперплазии эндометрия всегда проводят только с использованием препаратов, временно блокирующих менструальный цикл.

После окончания гормонотерапии необходима контрольная гистероскопия с биопсией эндометрия. Отсутствие патологических изменений в биоптате — критерий излеченности гиперплазии.

Однако с позиций доказательной медицины эффект консервативной терапии не доказан в сравнении с диспансеризацией для контроля за состоянием эндометрия.

Лечение необходимо сочетать с низкокалорийной диетой, дозированной физической нагрузкой, а при необходимости — с препаратами, регулирующими углеводный обмен и другие метаболические нарушения.

Полипы эндометрия

Endometrial Polyps

Код по МКБ-10 (International Classification of Diseases, ICD)

N84.0. Полип тела матки

Полип эндометрия — опухоль на широком основании 0,5–3 см; вырост из эндометрия в полость матки.

Этиология

Патогенетические факторы развития полипов эндометрия: ВЗОМТ, нарушение менструального цикла, операции на органах малого таза, а также наследственная предрасположенность к опухолевым заболеваниям. Результаты цитогенетических исследований указывают на клональное происхождение стромальных клеток полипов эндометрия с перестройкой короткого плеча хромосомы 6 в локусе 21.

Классификация

Гистологически различают железистые, железисто-кистозные, железистофиброзные и фиброзные полипы.

Патогенез

Железисто-фиброзные и фиброзные полипы эндометрия у женщин репродуктивного возраста образуются на фоне нормальных овуляторных менструальных циклов. При этом состояние слизистой оболочки матки более чем в 70% случаев характеризуется адекватной секреторной трансформацией. Выявление полипов эндометрия у

пациенток с хроническими ВЗОМТ и сохраненным менструальным циклом свидетельствует о нарушении отторжения функционального слоя эндометрия на отдельных участках в период менструации. Эти полипы не являются гормонально-зависимыми.

Истинные железистые и железисто-кистозные полипы часто обнаруживаются на фоне дисгормональных нарушений менструального цикла, гиперплазии эндометрия.

Клиническая картина

Клиническая картина определяется особенностями гормонального статуса и наличием тех или иных патологических изменений органов малого таза. Наиболее часто женщины с бесплодием и сохраненным менструальным циклом предъявляют жалобы на мажущие межменструальные и предменструальные кровянистые выделения из половых путей. У женщин с мелкими полипами эндометрия клинические симптомы часто отсутствуют и полип становится находкой при обследовании по поводу бесплодия. При ановуляции полипы возникают на фоне гиперплазии эндометрия и проявляются метроррагией.

Диагностика

Диагностику полипа эндометрия проводят на основании жалоб пациентки, результатов ультразвукового и эндоскопического (гистероскопического) методов исследования, а также данных патоморфологического исследования аспирата или соскоба эндометрия.

При соответствующей квалификации врача с помощью УЗИ диагностируются 80% полипов эндометрия. Исследование проводят на 5–7-е сутки менструального цикла. При УЗИ на полип эндометрия указывают: расширение полости матки, наличие четких границ между

выявляемым образованием и стенками матки. Внутренняя структура железисто-фиброзных полипов однородна, позади них выявляется акустическая тень.

Эхогистеросальпингоскопия в диагностике полипов эндометрия более надежна по сравнению с рутинным УЗИ. Исследование проводят на 5–7-е сутки менструального цикла. При растяжении полости матки жидкостью полип визуализируется четче.

Рентгенологический метод (гистеросальпингография) для диагностики полипов в настоящее время не используется ввиду его низкой диагностической ценности. Мелкие полипы эндометрия при тугом заполнении полости матки контрастным веществом становятся невидимыми на рентгеновском снимке. Крупные полипы определяются в виде дефектов наполнения округлой формы, однако дифференцировать их от субмукозных миоматозных узлов трудно.

Окончательный диагноз полипа эндометрия ставят на основании результатов гистероскопии с прицельным удалением патологического образования в полости матки, биопсией эндометрия или диагностическим выскабливанием слизистой оболочки матки и последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Исследование проводят после окончания менструации, не позднее 10-х суток цикла. В это время может быть достигнута хорошая визуализация полости матки (на фоне тонкого эндометрия полип выглядит как округлое образование на ножке, исходящее из стенки матки.). У женщин репродуктивного возраста в каждом третьем случае полипы эндометрия рецидивируют, их удаление должно быть минимально травматичным, прицельным с обязательным удалением ножки полипа и аккуратной коагуляцией его ложа.

Медикаментозное лечение

При выявлении железисто-фиброзных и фиброзных полипов эндометрия, особенно на фоне подтвержденных воспалительных его изменений, после его удаления проводят комплексное лечение, такое же, как при хроническом эндометрите. После этого проводят гормональную терапию с использованием гестагенных препаратов с 16-х по 26-е сутки цикла (микронизированный прогестерон — 200 мг/сут или дидрогестерон — 20 мг/сут). Такое лечение направлено на обеспечение полноценного отторжения эндометрия в дни менструации.

Оценка результатов лечения гиперплазии эндометрия

Если после диагностического выскабливания слизистой оболочки матки под контролем гистероскопии и последующей гормональной терапии у больной вновь диагностирована гиперплазия эндометрия, следует говорить о рецидиве. Рецидив гиперплазии свидетельствует, скорее всего, о недостаточном лечении либо о недиагностированных гормонально-активных опухолях яичников. Любой случай рецидива гиперплазии эндометрия требует уточнения состояния яичников с помощью УЗИ, путем эндоскопической биопсии или резекции. Отсутствие морфологических изменений в яичниках позволяет продолжить гормональное лечение более высокими дозами препаратов. Рецидив гиперпластического процесса эндометрия, повторное возникновение аденоматозных изменений эндометрия, а также сочетание этой болезни с миомой матки и/или внутренним эндометриозом у больных в перименопаузальном периоде требуют расширения показаний к оперативному лечению (резектоскопическая, электроили лазерная абляция эндометрия, лапароскопическая аднексэктомия, гистерэктомия).

При рецидивирующих полипах эндометрия зачастую необходимо эндоскопическое хирургическое воздействие на зону роста (ножку полипа), а именно — криодеструкция, лазерная вапоризация или резектоскопия.

Показания к гистерэктомии при гиперпластических процессах эндометрия:

- рецидивирующий гиперпластический процесс на фоне метаболических нарушений, в сочетании с миомой матки, аденомиозом;
- атипичский гиперпластический процесс эндометрия, особенно в сочетании с миомой матки, аденомиозом;
- атипичский гиперпластический процесс эндометрия у больных старше 50 лет.

Все больные с гиперпластическими процессами должны находиться на диспансерном учете с длительностью наблюдения не менее 5 лет. Контроль за результатами лечения нужно осуществлять через 3 и 6 мес путем цитологического исследования аспирата из полости матки, динамического эхографического скрининг-контроля.

Список используемой литературы:

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина, 1989. - 463 с.
2. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Под ред. В.И.Кулакова, Л.В.Адамян. М., 1998; с. 105.
3. Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. Под ред. Кулакова В.И., Адамян Л.В. М., 1997.

4. Демидов В.Н., Гус А.Й. Ультразвуковая диагностика гиперпластических и опухолевых процессов эндометрия / Под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева.

Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике, 3 т. - М.: Видар, 1997. - с. 120-131.

5. И. Киселев, И.С. Сидорова, А.Л. Унанян, Е.Л. Муйжнек «Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы» МЕДПРАКТИКАМ Москва 2010:, с 467.

6. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Исламова А.О. ДУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», г. Киев
Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия.

Рецензия на реферат выполненный по теме:

«Гиперпластические процессы эндометрия»

Ординатор 2го года обучения

Кафедра: перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
ФГБУ ВО КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Жилина Полина Вячеславна

Реферат выполнен на 18 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность проблемы: Вопросы этиопатогенеза, регуляции и лечения пролиферативных процессов матки являются наиболее сложными и актуальными в научной и практической медицине. Гиперпластические процессы эндометрия относятся к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний.

В реферате полностью раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала. Точно используется терминология.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы. При написании реферата использовались современные источники литературы.

Реферат написан хорошим литературным языком, грамотно оформлен, принят и оценен на (5) отлично.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н

