

**ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России**
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав.кафедрой:
д.м.н., профессор
Макаренко Т.А.

Реферат на тему
«Гиперплазия эндометрия»

Выполнила:
Ординатор
Кафедры оперативной гинекологии ИПО
Плохих А.А.

Красноярск,
2024г

СОДЕРЖАНИЕ

1. Определение.
2. Патогенез
3. Эпидемиология
4. Клиническая картина
5. Диагностика
6. Дифференциальная диагностика
7. Лечение
8. Список литературы

Определение.

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) – это патологический процесс, затрагивающий эпителиальный и стромальный компоненты эндометрия и проявляющийся увеличением общего числа желез, а также различными изменениями фенотипических характеристик клеток.

Факторы риска ГЭ можно разделить на три группы:

раннее менархе или поздняя менопауза, бесплодие, ановуляция, обусловленная фазой менопаузального перехода и/или синдромом поликистозных яичников (монотерапия эстрогенами или тамоксифеном); и сопутствующие заболевания (ожирение, сахарный диабет (СД) 2го типа, артериальная гипертензия и синдром Линча, а также эстроген-секретирующие опухоли яичников, например, гранулезноклеточные опухоли).

Патогенез

Главная роль в патогенезе развития ГЭ принадлежит ановуляции с дефицитом прогестерона, нарушению пролиферации, подавлению процессов апоптоза, нарушению функции рецепторного аппарата эндометрия. ГЭ может развиваться вследствие трех основных механизмов:

1 Чрезмерного влияния эстрогенов без противодействующих эффектов прогестерона.

2Аномального ответа железистых структур эндометрия на нормальный уровень эстрогенов.

3Повышенной активности инсулиноподобного фактора роста при гиперинсулинемии и инсулинорезистентности (СД 2-го типа, МС, СПКЯ).

Исследования последних лет убедительно демонстрируют, что ГЭ без атипии является результатом относительной или абсолютной гиперэстрогении, тогда как ГЭ с атипией представляет собой прогрессирующее моноклональное мутационное повреждение в эпителиальных клетках с независимым от системного гормонального влияния локальным ростом.

Эпидемиология

По результатам популяционного исследования по возрастной частоте 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

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

Клиническая картина

Клиника обусловлена абсолютной или относительной гиперэстрогенией, прогестерон-дефицитным состоянием, которые вызывают:

- 1) аномальные маточные кровотечения (АМК):
- 2) ановуляторное бесплодие;
- 3) общие симптомы, связанные с анемией: слабость, повышенную утомляемость, головокружение и т.д.

Диагностика

Диагноз ГЭ устанавливается на основании жалоб на АМК, анамнестических данных, физикального обследования, заключения УЗИ органов малого таза

При физикальном и бимануальном влагалищном исследовании специфических симптомов, указывающих на развитие патологии нет.

Окончательный диагноз ГЭ подтверждается патолого-анатомическим исследованием эндометрия.

Методами получения соскоба являются

- А) Аспирационная пайпель-биопсия эндометрия
- Б) Дифференцированный кюретаж полости матки и цервикального канала
- В) Гистероскопия

Дифференциальная диагностика ГЭ проводится с:

- 1) прерыванием беременности;
- 2) миомой матки;
- 3) полипом эндометрия;
- 4) аденокарциномой

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

В выборе лечебной тактики учитываются следующие моменты:

- 1. наличие атипии клеток эндометрия;
- 2. симптоматика;
- 3. возраст;
- 4. сопутствующая гинекологическая патология;
- 5. наличие репродуктивных планов;
- 6. наличие противопоказаний к тому или иному методу лечения, переносимость препаратов;
- 7. возможность оперативного вмешательства (противопоказания из-за соматической патологии);
- 8. комплаенс в случае консервативной терапии.

Вопрос о гистерэктомии решается при незаинтересованности пациентки в реализации репродуктивной функции, при прогрессировании ГЭ в АГЭ, при рецидиве ГЭ после 12 месячного курса лечения, при отказе пациентки от

консервативного лечения . Не рекомендуется проводить абляцию эндометрия для лечения ГЭ.

Тактика ведения женщин с АГЭ

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

При АГЭ вероятность сопутствующего РЭ диагностируется в 40-60% случаев, что свидетельствует о целесообразности гистерэктомии при АГЭ.

Эффективность внутриматочного по сравнению с пероральным прогестином для лечения гиперплазии эндометрия

При двухлетнем наблюдении эффективность лечения ЛНГ-ВМС и перорального применения МПА в течение трех месяцев составила 84% и 50% соответственно.

В то время как в группе 6-месячной ЛНГ-ВМС частота регресса составляла 100%, а в группе пероральной МПА - 64%. ЛНГ-ВМС показала значительно более высокий процент успеха ($p = 0,0001$).

Заключение : предполагается, что в этом исследовании применение ЛНГ-ВМС может быть надежным предпочтением для молодых пациентов, которые хотят сохранить свою матку, и особенно в нетипичных случаях, и если пациентка требует фертильности, даже шестимесячное применение обеспечит эффективное лечение.

Диспансерное наблюдение

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.

В течение первого года рекомендована биопсия эндометрия каждые 6 месяцев, со снятием с учета при отсутствии ГЭ по данным 2 последовательных патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала эндометрия.

Список литературы

1. Клинические рекомендации Гиперплазия эндометрия 2021г
2. Гомель, ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2018 Практическое пособие для врачей
3. Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology 2013, Vol. 40 Issue (1): 122-126
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/giperplaziya-endometriya-sovremennyy-vzglyad-na-problemu>