**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

Гюльмамедова А.А.

Красноярск,

2023 г.

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 ги-перинсулинемии 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 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

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 аблацию 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 биопсийоного (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