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

**Кафедра оперативной гинекологии ИПО**

Зав.кафедрой:

д.м.н., Доцент

Макаренко Т.А.

Реферат на тему

«Реферат гиперплазия эндомерия»

Выполнила:

Клинический ординатор

Кафедры оперативной гинекологии ИПО

Ермохина Владислава Сергеевна

КРАСНОЯРСК 2021

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Рецензия д.м.н., доцента Макаренко Татьяны Александровны на реферат клинического ординатора первого года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Ермохиной Владиславы Сергеевны по теме «Реферат гиперплазия эндомерия».

Основные оценочные критерии рецензии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Оценочный критерий | Положительный/отрицательный |
| 1 | Структурированность |  |
| 2 | Наличие орфографических ошибок |  |
| 3 | Соответствие текста реферата теме |  |
| 4 | Владение терминологией |  |
| 5 | Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы |  |
| 6 | Логичность доказательной базы |  |
| 7 | Умение аргументировать основные положения и выводы  |  |
| 8 | Использование известных научных источников |  |
| 9 | Умение сделать общий вывод |  |

Итоговая оценка:

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

СОДЕРЖАНИЕ

1. Определение. Классификация. Факторы риска

2. Патогенез

3. Эпидемиология

4. Клиничнская картина

5. Диагностика

6. Дифференциальная диагностика

7. Лечение

8. Список литературы

**ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ**

**Определение. Классификация. Факторы риска**

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) – это патологический процесс, затраги-

вающий эпителиальный и стромальный компоненты эндометрия и проявляю-

щийся увеличением общего числа желез, а также различными изменениями фе-

нотипических характеристик клеток [1, 15, 16].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

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 (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].

**Патогенез**

Главная роль в патогенезе развития ГЭ принадлежит ановуляции с дефицитом прогестерона, нарушению пролиферации, подавлению процессов апоптоза, нарушению функции рецепторного аппарата эндометрия [1]. 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 [16].

**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

**Клиничнская 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**

ри 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://probolezny.ru/giperplaziya-endometriya/