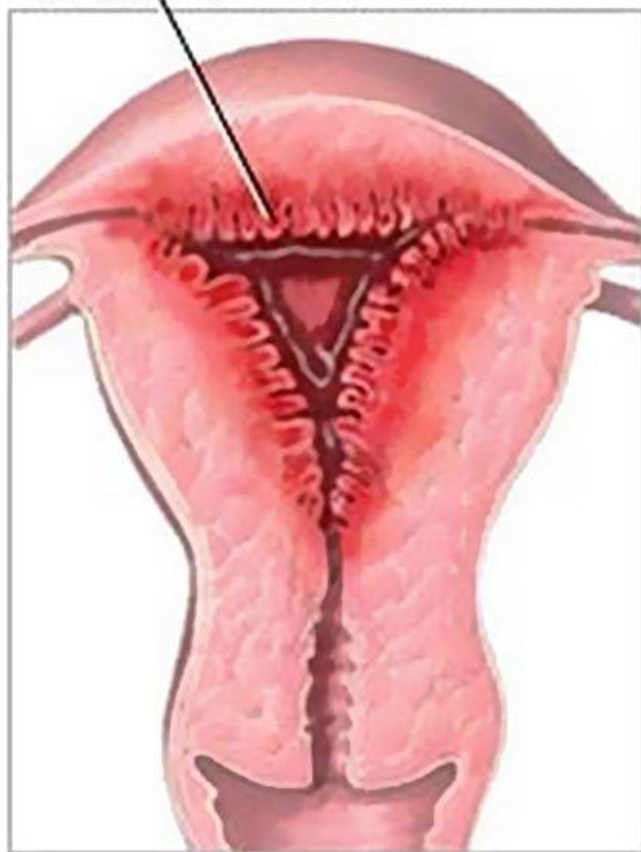


ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Гиперплазия
эндометрия



Нормальный
эндометрий



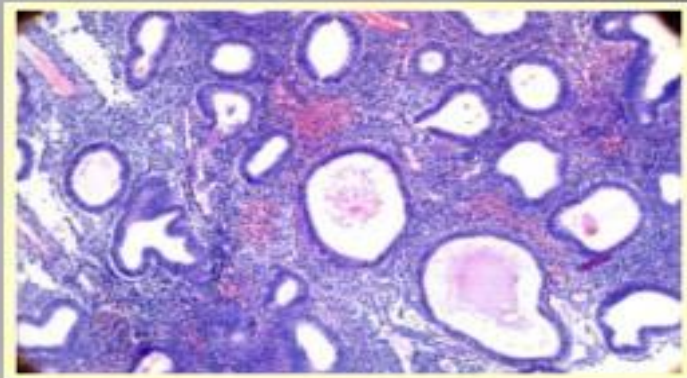
КЛАССИФИКАЦИЯ:

- **1. Простая гиперплазия эндометрия без атипии**
- **2. Сложная гиперплазия эндометрия без атипии**
- **3. Простая атипическая гиперплазия эндометрия**
- **4. Сложная атипическая гиперплазия эндометрия**

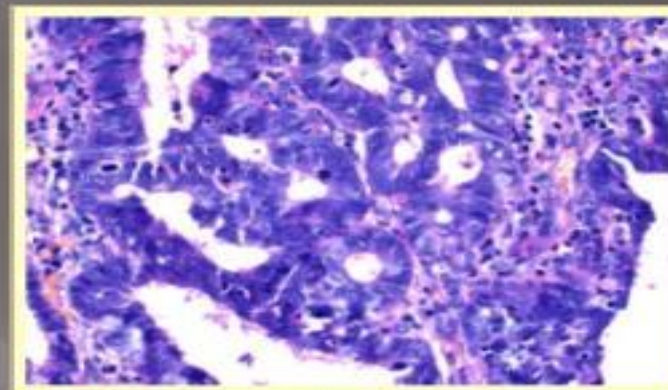
Классификация ВОЗ и Международного общества патологов (1994, пересмотр 2003)

ГИПЕРПЛАЗИЯ БЕЗ АТИПИИ

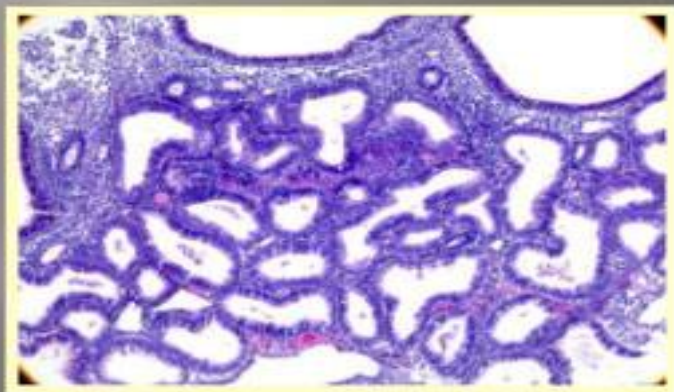
АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ



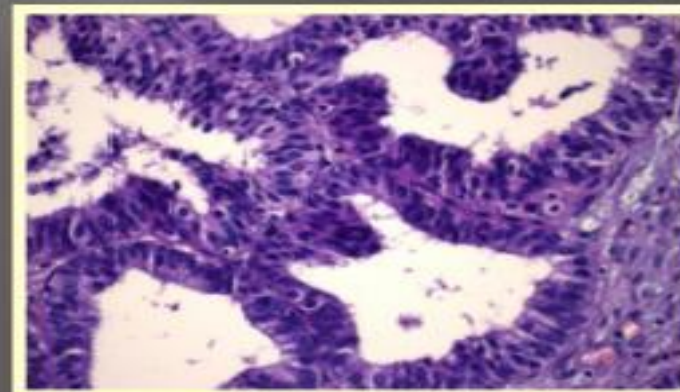
простая



простая



сложная



сложная

ФАКТОРЫ РИСКА

- Можно выделить три группы:
- 1-раннее менархе или поздняя менопауза, бесплодие, ановуляция, обусловленная фазой менопаузального перехода и/или синдромом поликистозных яичников (СПЯ)
- 2-ятрогенные факторы (монотерапия эстрогенами или тамоксифеном).
- 3-сопутствующие заболевания (ожирение, сахарный диабет (СД) 2го типа, артериальная гипертензия и синдром Линча, а также эстроген-секретирующие опухоли яичников, например, гранулезно-клеточные опухоли).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

- ГЭ проявляется аномальными маточными кровотечениями (АМК) в виде обильных или
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.

ДИАГНОСТИКА

- **1. Сбор анамнеза заболевания.**
- **2. Общий гинекологический осмотр.**
- **3. УЗИ органов малого таза.**
- **4. Пайпель-биопсия - подтверждающая процедура.**
- **5. Гистероскопия с биопсией цервикального канала и полости матки**
- **6. Исследование гормонального фона**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Патология	Клиника	Узи	Гистероскопия	Гистология соскоба эндометрия
Аденомиоз	тазовые боли менометроррагия , возможно бесплодие	признаки аденомиоза	признаки аденомиоза	не специфична
Миома матки	менометроррагия , иногда тазовые боли	миоматозные узлы	возможно миоматозные узлы	Не специфична
Рак эндометрия	менометроррагия	М – эхо более 16 мм, в менопаузе М-эхо более 5 мм	картина неспецифична	Рак эндометрия
Прерывающаяся беременность	Метроррагия, задержка менструаций, боли	Неоднородное содержимое полости матки	Хорион, части плодного яйца	беременность

ЛЕЧЕНИЕ

- Цель лечения гиперплазии эндометрия – профилактика рака эндометрия и купирование клинических проявлений патологических изменений эндометрия (менометроррагии у пациенток репродуктивного и перименопаузального возраста).
- **Медикаментозное лечение**

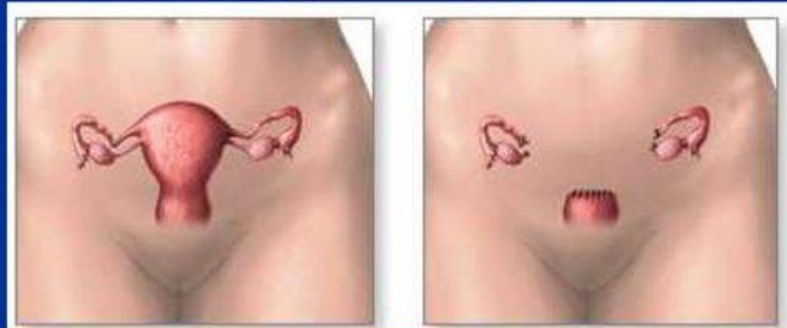
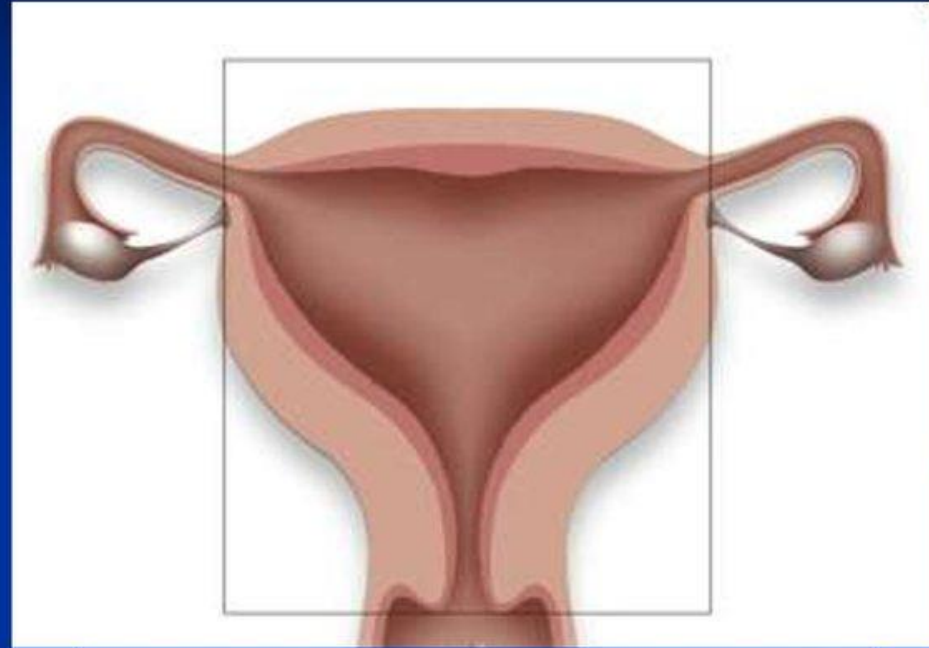
Гормональная терапия:

1. Комбинированные соединения – эстроген-гестагенные препараты, содержащие прогестины 3 поколения, характеризующиеся более низкой частотой побочных реакций андрогенного типа и не вызывающие метаболических эффектов (этинилэстрадиолгестоден, этинилэстрадиолдиеногест, этинилэстрадиолдроспиренон).
2. Прогестагены - производные прогестерона, не дающие андрогенного эффекта и значительно реже приводящие к развитию метаболических расстройств (левоноргестрел, гидроксипрогестерон, медроксипрогестерона ацетат, норэтистерон, дидрогестерон).
3. Агонисты РнРГ(гозерелин, бусерелин, бусерелин спрей назальный, трипторелин).

- **Хирургическое лечение**

1. Маточное кровотечение.
2. Рецидив гиперплазии эндометрия у пациенток позднего репродуктивного периода, реализовавших репродуктивную функцию.
3. Сочетание гиперплазии эндометрия с выраженным аденомиозом или миомой матки с центрипетальным ростом.
4. Абсолютные или относительные противопоказания к гормональной терапии у пациенток перименопаузального периода.
5. Рецидив гиперплазии эндометрия в постменопаузе.
6. Гиперплазия эндометрия с атипией у женщин периода пре- и постменопаузы.
7. Повторное возникновение атипической гиперплазии или аденоматозных полипов эндометрия несмотря на адекватную гормональную терапию

ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ



АБЛЯЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

- ✘ Это альтернатива выскабливанию полости матки и гормонотерапии.
- ✘ Малоинвазивная процедура направлена на разрушение и удаление всей толщи слизистой матки. Осуществляется под местной либо общей анестезией.
- ✘ Перед процедурой абляции женщина должна пройти тщательное обследование. Подготовительный процесс включает следующие этапы:
- ✘ Сначала проводится кольпоскопия – исследование органа гинекологом во время осмотра с применением увеличительного стекла.
- ✘ Сразу берутся мазки для лабораторного исследования.
- ✘ Назначается ультразвуковое обследование органов малого таза. Проводится внешнее и внутреннее диагностирование.
- ✘ Проверяется гормональный фон.
- ✘ Исследуется работа щитовидной железы.



Абляция эндометрия
хирургическое удаление
покрова матки

Абляция может
проводиться с
использованием тепла,
холода, СВЧ-излучения.

- **Дальнейшее ведение:**

- диспансерное наблюдение пациенток репродуктивного возраста: не менее 1 года стойкой нормализации менструального цикла
- диспансерное наблюдение пациенток в периоде пре- и перименопаузы: не менее 1 года стойкой нормализации менструального цикла или стойкой постменопаузы
- диспансерное наблюдение пациенток в периоде постменопаузы: не менее 1 года.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- отсутствие осложнений после диагностического выскабливания слизистой матки, абляции эндометрия, гистерэктомии;
- отсутствие рака эндометрия в группах женщин с гиперплазией эндометрия

- **Показания для госпитализации**

Плановая – ультразвуковые признаки гиперплазии эндометрия и кровяные выделения из половых путей (меноррагии, метроррагии, кровотечения в постменопаузе).

Экстренная – обильные кровяные выделения из половых путей.