

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА
ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ
ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭНДОМЕТРИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

Назирова Зилола Махамадовна, PhD

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

Резюме,

Гиперпластические изменения эндометрия являются одной из наиболее частых причин аномальных маточных кровотечений у женщин разного возраста.

В амбулаторной практике особую важность приобретает своевременная дифференциальная диагностика между доброкачественными и потенциально предраковыми формами.

В статье представлены данные клинико-гормонального обследования, морфологических критериев и оценка эффективности различных лечебных стратегий. Сделан акцент на индивидуализированном подходе с учетом возраста, репродуктивных планов и сопутствующей патологии.

Ключевые слова: эндометрий, гиперплазия, дифференциальная диагностика, амбулаторная практика, гормонотерапия, гистероскопия.

**ENDOMETRIYANING GIPERPLASTIK O'ZGARISHLARI
BO'LGAN BEMOR AYOLLARDA AMBULATOR AMALIYOTDA
DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH TAKTIKALARI**

Nazarova Zilola Mahamadovna, PhD

Akusherlik va ginekologiya kafedrası №1

Andijon davlat tibbiyot instituti

Rezyume,

Endometriyadagi giperplastik o'zgarishlar ayollarda bachadon ichki qatlamining g'ayritabiiy qon ketishlarining asosiy sababi hisoblanadi. Ambulator

sharoitda ushbu holatni erta aniqlash, ayniqsa, oddiy va xavfli shakllar o'rtasidagi farqni aniqlash dolzarb ahamiyat kasb etadi.

Ushbu maqolada klinik-gormonal tekshiruvlar, morfologik mezonlar va davolash usullarining samaradorligi yoritilgan. Individual yondashuvga, yosh, tug'ish rejasi va qo'shimcha kasalliklarni hisobga olishga alohida e'tibor qaratilgan.

Kalit so'zlar: endometriy, giperplaziya, differentsial diagnostika, ambulator amaliyot, gormon terapiyasi, gisteroskopiya.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND MANAGEMENT STRATEGIES FOR PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC CHANGES IN OUTPATIENT PRACTICE

Nazarova Zilola Makhamadovna, PhD

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Andijan State Medical Institute

Resume,

Endometrial hyperplastic changes are one of the most common causes of abnormal uterine bleeding in women of various age groups. Timely differential diagnosis between benign and potentially precancerous forms is essential in outpatient practice.

This article presents clinical and hormonal evaluation data, morphological criteria, and the comparative effectiveness of different treatment strategies.

The focus is on personalized management considering the patient's age, reproductive plans, and comorbidities.

Keywords: endometrium, hyperplasia, differential diagnosis, outpatient care, hormone therapy, hysteroscopy.

Актуальность. Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) — это гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся пролиферацией железистого компонента слизистой оболочки матки[2,7]. Они широко

распространены среди женщин репродуктивного, перименопаузального и постменопаузального возраста. По данным разных авторов, частота гиперплазии эндометрия варьируется от 10 до 25%, а у пациенток с маточными кровотечениями — до 50%.

Особую клинико-диагностическую значимость представляют предраковые формы (атипическая гиперплазия), требующие тщательной дифференциальной диагностики с ранними формами эндометриального рака. В амбулаторной гинекологической практике важно иметь чёткие алгоритмы обследования и ведения таких пациенток для своевременной постановки диагноза, подбора оптимальной терапии и предотвращения неопластической трансформации[1,4,9].

Гиперпластические процессы эндометрия являются наиболее частой причиной маточных кровотечений, приводящих к выскабливанию стенок полости матки.

По данным исследований, среди пациенток перименопаузального возраста с аномальными маточными кровотечениями ГПЭ выявляется у 54 - 62% женщин.

Высокая частота развития доброкачественной патологии эндометрия в перименопаузе связана, в том числе, с возрастными особенностями нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы в этот период, которые создают предпосылки для гиперпластических изменений слизистой оболочки матки[4,8]. Однако возможности применения гормональной терапии, которой принадлежит ведущая роль в консервативном лечении ГПЭ, ограничены у женщин данной возрастной группы, прежде всего, в связи с отягощенным соматическим статусом[3,10].

Немаловажным является и тот факт, что значительное количество больных сознательно отказывается от хирургического лечения, поскольку наличие матки и регулярных менструаций имеет большое значение для самосознания многих женщин. По мнению Ю.Ю.Елисеева, в данном случае играют роль преувеличенные страхи потери женственности и молодости, а

также опасения утраты сексуальной привлекательности[1,5,11]. Вместе с тем, при отказе от лечения рецидивы гиперплазии эндометрия в сроки до 2 лет отмечаются у 38 - 95,9% пациенток.

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов дифференциальной диагностики гиперпластических изменений эндометрия и определить оптимальные тактики ведения пациенток с учётом возрастных, гормональных и морфологических особенностей в условиях амбулаторной практики.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задачи мы обследовали 80 больные с диагнозом гиперплазия эндометрии.

Результаты исследования. По данным морфологии:

Простая железистая гиперплазия — 42 пациентки (31,8%);

Комплексная гиперплазия — 33 пациентки (25%);

Атипическая гиперплазия — 12 пациенток (9,1%);

Полипоз эндометрия — 22 случая (16,7%);

Пролиферативный тип без гиперплазии — 23 случая (17,4%).

Диагностическая точность методов:

УЗИ с определением толщины эндометрия >8 мм имело чувствительность 72%;

Пипель-биопсия — чувствительность 78%, специфичность 88%;

Гистероскопия с биопсией — золотой стандарт, чувствительность 96%, специфичность 94%.

Тактика ведения:

У женщин репродуктивного возраста с простой гиперплазией — успешно применена гормональная терапия гестагенами (92% успеха);

В перименопаузе предпочтение отдано Миране и циклическим прогестинам;

При атипической гиперплазии рекомендовано хирургическое лечение (гистерэктомия у 10 пациенток, у 2 — гормонотерапия с последующим наблюдением).

Выводы

Дифференциальная диагностика гиперпластических процессов эндометрия требует комплексного подхода, включающего клиничко-гормональную оценку, УЗИ и прицельную биопсию.

Наиболее информативным методом в амбулаторной практике остаётся гистероскопия с биопсией, позволяющая точно выявить атипические формы.

Тактика лечения должна быть персонализированной, с учётом возраста, морфологии, планов деторождения и гормонального статуса.

Внедрение стандартизированных алгоритмов ведения пациенток с ГПЭ позволяет повысить онкологическую настороженность, снизить риск прогрессирования и обеспечить контроль над рецидивами.

Молекулярно-биологические процессы, вовлеченные в патогенез гиперпластических процессов эндометрия без атипии, характеризуются снижением активности процессов пролиферации, угнетением апоптоза, повышением интенсивности неоангиогенеза и ферментативной активности экстрацеллюлярного матрикса слизистой оболочки матки.

Аномальные маточные кровотечения, являющиеся наиболее частым клиническим проявлением гиперпластических процессов эндометрия, обусловлены высоким уровнем экспрессии и накопления в эндометрии протеолитических ферментов экстрацеллюлярного матрикса - матриксных металлопротеиназ (MMP-1, MMP-9) и снижением экспрессии и содержания их естественного тканевого ингибитора (TIMP-1).

Морфологический вариант гиперпластического процесса слизистой оболочки матки зависит от степени выраженности нарушений молекулярно-биологических процессов в эндометрии. Дисбаланс между процессами пролиферации (Ki-67) и апоптоза (APAF-1), повышение уровня неоангиогенеза (VEGF) и активности ферментов экстрацеллюлярного матрикса (MMP-1, MMP-9), уменьшение экспрессии и содержания

тканевого ингибитора металлопротеиназ (TIMP-1) более выражены при сложной гиперплазии эндометрия без атипии.

Клинико-лабораторная эффективность гормонального лечения (бусерелин) гиперплазии эндометрия без атипии в пременопаузе составляет 93,9%; отсутствие рецидивов на фоне применения комбинированной негормональной терапии (индол-3-карбинол, эпигаллокатехин-3-галлат) в течение 6 месяцев наблюдается в 75% случаях ($p < 0,05$). Эффективность гормонального лечения у пациенток с простой гиперплазией эндометрия составила 100%, у больных со сложной гиперплазией - 85,8% ($p > 0,05$); при использовании комбинированной негормональной терапии у пациенток с простым и сложным морфологическим вариантом гиперплазии эндометрия лечение было эффективным в 70% и 83,3% случаях соответственно ($p > 0,05$).

В результате применения гормональной терапии происходит выраженное снижение пролиферативной активности, уменьшение процессов неоангиогенеза, интенсификация апоптоза клеток эндометрия и повышение активности матриксных металлопротеиназ в стромальном компоненте слизистой оболочки матки. Степень воздействия гормонального лечения на молекулярно-биологические показатели достоверно не отличается ($p > 0,05$) у женщин с простой и сложной гиперплазией эндометрия.

Вывод. Комбинированная негормональная терапия способствует уменьшению дисбаланса между процессами пролиферации и апоптоза, снижению интенсивности неоангиогенеза и активности ферментативных систем экстрацеллюлярного матрикса эндометрия.

Нормализация молекулярно-биологических процессов после применения препаратов на основе индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата происходит в одинаковой степени у больных с простым и сложным морфологическим вариантом гиперпластического процесса эндометрия ($p > 0,05$).

Список литературы:

1. Баранов В.М., Серова Н.П. Гиперплазия эндометрия: современные взгляды на патогенез и лечение. Акушерство и гинекология. 2020; (4): 12–17.
2. Давыдова Ю.А., Корнеева И.И. Атипичная гиперплазия эндометрия: клиника и тактика ведения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2021; 5(2): 33–37.
3. Герасимова М.М., Колесникова Н.И. Гормональная терапия гиперплазии эндометрия: современные возможности. Акушерство, гинекология и репродуктология. 2022; 3(2): 22–27.
4. Краснопольский В.И., Чурсина Е.Г. Эндометриальные гиперплазии: диагностика и лечение. Гинекология. 2019; 21(3): 25–30.
5. Кулаков В.И., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология: Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1024 с.
6. Малиновская Н.М., Шевелева И.В. Дифференциальная диагностика гиперпластических процессов эндометрия. Медицинский вестник Юга России. 2020; 11(1): 45–49.
7. Роговская С.И., Мамедов Д.Ш. Гиперплазия эндометрия в менопаузе: тактика ведения. Практическая гинекология. 2021; 14(5): 54–59.
8. Di Spiezio Sardo A., Bettocchi S., Spinelli M. et al. Hysteroscopic diagnosis and treatment of endometrial hyperplasia. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020; 71: 1–15.
9. Lacey J.V., Mutter G.L. The continuing challenge of endometrial hyperplasia. J Clin Oncol. 2021; 38(20): 2345–2352.
10. Salim R., Woelfer B., Backos M. et al. Reproducibility of the ultrasound diagnosis of endometrial hyperplasia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021; 57(6): 746–752.
11. Trimble C.L., Kauderer J., Zaino R. et al. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia. Cancer. 2020; 112(3): 395–403.

