

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА  
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ С СОВРЕМЕННЫХ ПОЗИЦИЙ  
(обзор литературы)**

А.Н. ЧЕХОЕВА, Г.М. ГАБАРАЕВ, М.Д. БАРОЕВА

*ФГБОУ ВО Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия  
ул. Пушкинская, д. 40, г. Владикавказ, 362019, Россия*

**Аннотация.** Проблема гиперпластических процессов остается наиболее актуальной, поскольку является фоном для развития злокачественного новообразования – рака эндометрия. Учитывая, многообразие данных о методах обследования и лечения пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии, возникает клиническая необходимость в разработке алгоритмов тактики ведения пациенток соответственно возрасту и паталого-морфологической картине. В настоящее время существует довольно-таки много методов диагностики, однако, одни из них потеряли свою прогностическую ценность, а другие остаются ценными и по сей день, в данной статье рассмотрены проблемы диагностики гиперпластических процессов эндометрия, а также тактики лечения. Проанализированы прогностическая ценность ультразвуковых, эндоскопических критериев гиперпластических процессов. Описаны разработанные алгоритмы тактики ведения пациенток в репродуктивном, пременопаузальном, менопаузальном и постменопаузальном периодах, основанные на клинических наблюдениях и анализе библиографических, реферативных баз данных.

**Ключевые слова:** гинекология, гиперпластические процессы, гиперплазия эндометрия, репродуктивная система, обзор.

**CLINICO-DIAGNOSTIC ASPECTS AND TREATMENT TACTICS OF HYPERPLASTIC  
ENDOMETRY PROCESSES WITH MODERN POSITIONS  
(literature review)**

A.N. CHEKHOEVA, G.M. GABARAEV, M.D. BAROEVA

*FSBEI HE "North Ossetian State Medical Academy", Pushkinskaya Str., 40, Vladikavkaz, 362019, Russia*

**Abstract.** The problem of hyperplastic processes remains the most urgent, since it is the background for the development of a malignant neoplasm - endometrial cancer. Given the diversity of data on the methods of examination and treatment of patients with endometrial hyperplastic processes, there is a clinical need to develop algorithms for the management of patients according to age and morphological picture. Currently, there are many diagnostic methods. However, some of them have lost their predictive value, while others remain valuable to this day. This article discusses the problems of diagnosis of endometrial hyperplastic processes, as well as treatment tactics. The prognostic value of ultrasonic, endoscopic criteria of hyperplastic processes is analyzed. The review describes the developed algorithms for management of patients in the reproductive, premenopausal, menopausal and postmenopausal periods, based on clinical observations and analysis of bibliographic, abstract databases.

**Keywords:** gynecology, hyperplastic processes, endometrial hyperplasia, reproductive system, review.

В структуре гинекологической патологии *гиперпластические процессы эндометрия* (ГПЭ) встречаются с частотой 15-40% [2, 24]. По данным обращаемости, частота ГПЭ варьирует в зависимости от ее формы и возраста женщины от 10 до 30%. Наиболее часто гиперпластические процессы эндометрия выявляют в возрасте 45-55 лет. По мнению некоторых авторов, данная патология встречается у 50% пациенток, находящихся в позднем репродуктивном и перименопаузальном периоде. Вместе с тем, постоянное развитие новых технологий в медицине позволяет пересмотреть известные постулаты диагностики и лечения различных заболеваний.

Учитывая, многообразие данных о методах обследования и лечения пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии, возникает клиническая необходимость в разработке алгоритмов тактики ведения пациенток соответственно возрасту и паталого-морфологической картине.

Современные позиции патогенетических особенностей гиперпластических процессов эндометрия.

Согласно общепризнанной точке зрения, ведущее значение в генезе гиперпластических процессов в эндометрии отводится воздействию повышенных концентраций эстрогенов [5, 6, 13].

Формирование гиперпластических процессов эндометрия в позднем репродуктивном и переходном возрасте происходит в условиях стойкой гиперэстрогении на фоне пониженной продукции прогестерона [6]. Для полноценной пролиферации и клеточного метаболизма необходимо воздействие определенных концентраций как эстрадиола, так и прогестерона. Нарушение баланса в «системе» эстрогены-прогестерон приводит к торможению процессов структурной подготовки клеток эндометрия к воздействию гестагенов.

Среди дисгормональных состояний, обуславливающих развитие гиперпластических процессов, выделяют также нарушения физиологической секреции тиреоидных гормонов, являющихся модулятором действия эстрогенов на клеточном уровне. Дисбаланс этих гормонов может способствовать прогрессированию нарушений гисто- и органогенеза гормональнозависимых структур и формированию гиперпластических процессов эндометрия [14].

В генезе ГПЭ определенная роль отводится гепато-билиарной патологии, которая может стимулировать хроническую гиперэстрогению, как следствие замедленной утилизации эстрогенов в печени [18]. Ряд авторов связывают развитие гиперпластических процессов эндометрия с дисфункцией коры надпочечников, поскольку андрогены надпочечников способны оказывать влияние на гормонально-чувствительные ткани как путем периферической конверсии в эстрон, так и при прямом контакте с соответствующими рецепторами [20]. В последние годы с помощью гистохимических, иммунохимических и электронно-микроскопических методов исследования были уточнены и расширены представления о тканевом гомеостазе эндометрия как органа-мишени [1]. Установлено, что в регуляции процессов клеточной пролиферации принимают участие не только эстрогены, но и биологические амины (норадреналин, меланотонин, серотонин, брадикинин, гистамин, инсулин, простагландины, паратгормон, глюкагон, гастрин), хориогонин и прочие пептиды, вырабатываемые клетками, так называемой диффузной эндокринной системы – АПУД-системы (*Amino Precursor Uptake and Decarboxylation*). В эндометрии, обнаружено многократное увеличение концентрации апудоцитов, что создает условия для гиперсекреции биологически активных веществ в общий кровоток и воздействия последних на организм больной в целом. К продуктам апудоцитов относятся и простагландины, являющиеся регулятором роста, дифференцировки и пролиферации клеток [10]. В литературе имеются сообщения о «воспалительном» генезе ГПЭ. Одни авторы рассматривают возможность «воспалительного» механизма развития гиперплазии слизистой матки только у женщин в постменопаузе. При этом неспецифический раздражитель может вызвать формирование, как очаговой пролиферации, так и, диффузной гиперплазии эпителия и стромы. Таким раздражителем является любой фактор, способный возбудить воспалительную реакцию, тем более что для инфекционного фактора тонкий атрофичный эндометрий является хорошей питательной средой [11]. При длительно текущем воспалении развивается фиброз стромы и гиалинизация волокон, из-за блокады выводных протоков в железах эпителия образуется кистозное расширение. Нарушения в гипофизарно-яичниковой системе приводят к развитию вторичной гипофункции яичников, формированию ановуляции по типу абсолютной или относительной гиперэстрогении и, следовательно, к формированию гиперпластических процессов в эндометрии. Таким образом, патологическую трансформацию слизистой тела матки необходимо рассматривать как сложный биологический процесс, затрагивающий все звенья нейрогуморальной регуляции организма женщин [8, 10].

С методологических позиций обоснована система обследования больных гиперпластическими процессами эндометрия в репродуктивном периоде и менопаузе, основанная на применении современных методик – гистероскопии, гистерорезектоскопии, трансвагинального ультразвукового сканирования. Основная задача диагностики гиперпластических процессов эндометрия - исключение органических поражений слизистой тела матки (подслизистая миома, железисто-фиброзные полипы, карцинома) или ее придатков (гормонально-активные опухоли яичников, рак яичников) [23]. Безусловно, решающим методом диагностики патологических состояний эндометрия является гистологическое изучение полного его соскоба, позволяющее определить характер морфоструктурных изменений [3].

В настоящее время не вызывает сомнений, что гистероскопия представляет наиболее информативный инструментальный метод диагностики при ГПЭ. При осмотре визуализируется неравномерно утолщенный, складчатый эндометрий с резко выраженным сосудистым рисунком. Изменение давления в полости матки при ее растяжении жидкими средами позволяет визуализировать волнообразные движения слизистой оболочки — признак «подводных растений». Отличительной особенностью кистозной формы железистой гиперплазии является наличие множественных кистозных полостей, расположенных в проекции поверхностных сосудов слизистой, имеющих различную

толщину (так называемый феномен «ловушки»). Полиповидная форма гиперплазии эндометрия характеризуется появлением множества полиповидных разрастаний (шарообразной формы структуры на широком основании) бледно-розового или сине-багрового цвета, свисающих в просвет полости матки. Величина полиповидных разрастаний может варьировать от нескольких миллиметров до 1,5 см. Полипы эндометрия отличает признак органонности — наличие «ножки»

Показатели отражают основное преимущество гистероскопии, идентификацию анатомических

изменений в стенках матки (табл. 2).

Наиболее широко применяется пайпель-биопсия. Данный метод является менее инвазивной манипуляцией, предполагающий локальное повреждение эндометрия и взятия биоптата. Проводимые ранее исследования показали высокую информативность пайпель-биопсии у женщин в пременопаузальном периоде [4].

Актуальным остается метод выскабливания стенок матки с последующим гистологическим исследованием эндометрия (его полный соскоб, резецированные фрагменты эндометрия) в постменопаузальном периоде.

*Таблица 1*

**Эндоскопические критерии гиперпластических процессов эндометрия**

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ (%)
Феномен «подводных растений» (гиперплазия эндометрия)	80.34
Феномен «ловушки» (полиповидная гиперплазия эндометрия)	75.01
Поверхность слизистой неровная с множественными полиповидными разрастаниями (полиповидная гиперплазия эндометрия)	89.12
Визуализация образований на тонком основании, колеблющихся под действием тока жидкости (полипы эндометрия)	93.76

Ультразвуковое сканирование так же обладает преимуществами в диагностике заболеваний эндометрия и матки [22]. Методом выбора ультразвуковой диагностики патологии эндометрия является трансвагинальная эхография [21] (табл. 2). При гиперплазии эндометрия УЗИ проводится с целью изучения изменений, которые произошли в маточной полости, уточнения толщины эндометрия с выявлением очагов патологии и нахождения полипов. Особое внимание уделяется изучению *срединного маточного эха* (М-эхо), при этом оценивается форма, контуры и внутреннее строение. Учитывая наибольшую прогностическую ценность данного критерия при патологических состояниях эндометрия определяются величины *переднезаднего размера* (ПЗР) М-эхо [12].

*Таблица 2*

**Ультразвуковые критерии гиперпластических процессов**

АКУСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ (%)
Обнаружение в зоне М-эха образования с однородной структурой и повышенной акустической плотностью (гиперплазия слизистой)	64.14
Утолщение контуров эндометрия (гиперплазия слизистой)	68.22
Расширение полости матки и появление внутри нее эхопозитивных образований овальной и/или округлой формы (полипы эндометрия)	94.41
Отсутствие деформации М-эха	91.19

Проблему гиперпластических процессов необходимо рассматривать с позиции современных патогенетических особенностей ГПЭ. Выбор метода терапии гиперпластических процессов основывается на морфологических изменениях в слизистой эндометрия, возрасте пациентки, соматическом статусе, длительности заболевания, наличии или отсутствии сопутствующей патологии. Кроме того, обоснованы показания к применению различных методов лечения этих больных – консервативного (гормонального), традиционного хирургического и эндохирургического (гистерорезектоскопия). Традиционно одним из первых методов лечения ГПЭ является лечебно-диагностическое выскабливание слизистой матки с последующей гормонотерапией [7]. Назначение гормонотерапии в репродуктивном периоде предполагает устранение ановуляции, установление циклической секреторной трансформации эндометрия и восстановление репродуктивной функции. В пре- и постменопаузе стремятся к достижению стойкой аменореи и атрофии эндометрия.

Лечение ГПЭ предусматривает соблюдение трех основных принципов: 1) остановка кровотечения; 2) восстановление менструальной функции в репродуктивном периоде или стойкой менопаузы в более старшем возрасте; 3) профилактика рецидивов заболевания [15]. Также широко дискутировались вопросы консервативной терапии, в том числе, посвященные применению современных гормональных средств. Известны критерии инструментальной диагностики патологии эндометрия, разработана четкая концепция в системе обследования и тактике лечения больных ГПЭ с использованием новых технологий. В гормональной терапии гиперпластических процессов применяются синтетические гестагены-прогестагены (17-ОПК); производные гидроксипрогестерона (преимущественно, медроксипрогестерон и оксипрогестерон), и 19-норгестостерона. Особое место среди прогестагенов занимает гестринон – 19-норстероид, по химической структуре идентичный природным стероидам. Гестринон – норстероид «третьего поколения» – обладает не только антигестагенным, но и антиэстрогенным, антигонадотропным и антиандрогенным действием. Гестринон полностью блокирует стимуляцию эндометрия, вызывая в них атрофические процессы и, как их следствие, псевдоменопаузу. Выраженное селективное действие на рецепторы прогестерона, подавляя овуляцию вызывают прогестагены третьего поколения - гестоден, дезогестрел и норгестимат, обладающие сродством с левоноргестрелом [16].

В терапии атипических форм гиперплазии эндометрия нередко используют даназол-изоксальное производное 17-этинил тестостерона с преимущественным антигонадотропным действием. Несмотря на успехи гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия, хирургическое вмешательство по-прежнему остается ведущим методом лечения атипических изменений слизистой тела матки. Внедрение в клиническую практику гистерорезектоскопии позволило внести существенные коррективы в тактику лечения этих больных. Клиническое значение гистерорезектоскопии изучено в многочисленных исследованиях. По мнению большинства авторов, с появлением гистерорезектоскопии появилась возможность избежать как неоправданного применения экзогенных гормонов, так и радикального хирургического вмешательства.

*Разработаны методы диагностики и обследования пациенток в репродуктивном периоде:*

1. Клинико-анамнестическое исследование (менструальной и репродуктивной функций, оценка характера телосложения пациентки, детальное изучение анамнеза заболевания и т.д.).

2. В репродуктивном возрасте при относительно правильном менструальном цикле и отсутствии маточного кровотечения показано обследование с помощью тестов функциональной диагностики для выявления ановуляции.

3. Для исключения патологии шейки матки провести более информативный и современный метод диагностики – жидкостную цитологию.

4. Для первичного выявления гиперпластической трансформации слизистой тела матки следует использовать цитологическое исследование эндометриальных аспиратов (4).

5. Пайпель-биопсия (как менее инвазивный метод).

6. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование.

7. Гистероскопия с лечебно-диагностическим выскабливанием слизистой тела матки и последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия (оценка состояния слизистой, устьев, маточных труб, наличие объемных патологических образований).

8. В последовательности диагностических мероприятий раздельное выскабливание слизистой оболочки шеечного канала и стенок матки должно быть обязательно завершающим этапом, который обеспечивает гистологическую верификацию диагноза и в сочетании с предшествующими данными позволяет сформулировать окончательный диагноз.

9. Изучение результатов патоморфологического исследования (по необходимости производят компьютерную томографию турецкого седла, электроэнцефалографию).

*Предложена тактика лечения:*

1. При наличии железистой гиперплазии, выявленной впервые – циклическая гормональная терапия комбинированными эстроген-гестагенными препаратами, при отсутствии противопоказаний. Тера-

пию сочетать с применением Индинола 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес, Эпигаллата 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес. [17].

2. При обнаружении полипов эндометрия на фоне неизменной слизистой – кюретаж под контролем гистероскопии, при невозможности удаления «ножки» полипа – гистерорезектоскопия. С целью профилактики рецидивирования полипов эндометрия лечение сочетать с применением Индинола 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес., Эпигаллата 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес. [17].

3. При выявлении атипической гиперплазия эндометрия при заинтересованности женщины в сохранении детородной функции – циклическая гормональная терапия прогестагенами с последующей контрольной гистероскопией и диагностическим выскабливанием эндометрия через 3 месяца. Лечение сочетать с применением Индинола 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес, Эпигаллата 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес. [17].

4. В случае морфологически верифицированного предрака в позднем репродуктивном периоде, при отсутствии заинтересованности пациентки в сохранении репродуктивной функции - гистерорезектоскопия (глубокая тотальная резекция эндометрия с помощью электрода петли) [15].

5. При диагностировании аденоматозных полипов на фоне неизменной слизистой эндометрия при заинтересованности женщины в сохранении детородной функции – «локальная» гистерорезектоскопия с последующей контрольной гистероскопией и диагностическим выскабливанием эндометрия через 3 месяца.

6. При отсутствии эффекта от гормональной терапии в течение 6 месяцев у больных атипической гиперплазией эндометрия в репродуктивном периоде - гистерорезектоскопия (глубокая тотальная резекция эндометрия с помощью электрода петли).

7. Осуществление контроля над пролеченными пациентками, включающее динамическое трансвагинальное ультразвуковое сканирование в сроки 30, 60 и 90 дней от момента операции и гистероскопию - спустя 90 дней от момента операции.

8. При сочетании гиперпластических процессов эндометрия с заболеваниями матки и ее придатков, при рецидивирующем процессе и верифицированном предраке требуется оперативное лечение – радикальная хирургия (тотальная или субтотальная гистерэктомия с придатками или без придатков).

Определен алгоритм тактики ведения пациенток в *пременопаузальном периоде* (в среднем 47-55 лет). Пременопауза – 2-5 лет до прекращения менструаций.

*Проведение диагностики и обследование:*

1. Клинико-анамнестическое исследование (менструальной и репродуктивной функций, оценка характера телосложения пациентки, детальное изучение анамнеза заболевания и т.д.).

2. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование.

3. Для исключения патологии шейки матки провести более информативный и современный метод диагностики – жидкостную цитологию.

4. Для выявления гиперпластической трансформации слизистой тела матки следует использовать цитологическое исследование эндометриальных аспиратов (7).

5. Пайпель-биопсия (как менее инвазивный метод).

6. Гистероскопия с лечебно-диагностическим выскабливанием слизистой тела матки и последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия (оценка состояния слизистой, устьев, маточных труб, наличие объемных патологических образований).

7. Раздельное диагностическое выскабливание в пременопаузальном возрасте (47-55 лет).

8. Изучение результатов патоморфологического исследования.

Тактика лечения определяется после диагностического обследования.

1. При железистой гиперплазии эндометрия в пременопаузальном периоде, выявленная впервые – гормональная терапия «чистыми» гестагенами. Лечение сочетать с применением Индинола 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес, Эпигаллата 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес. [17].

2. Полипы эндометрия на фоне неизменной слизистой – кюретаж под контролем гистероскопии, при невозможности удаления «ножки» полипа – гистерорезектоскопия.

3. При диагностировании аденоматозных полипов на фоне неизменной слизистой эндометрия при заинтересованности женщины в сохранении детородной функции – «локальная» гистерорезектоскопия с последующей контрольной гистероскопией и диагностическим выскабливанием эндометрия через 3 месяца. С целью профилактики рецидивирования полипов эндометрия лечение сочетать с применением Индинола 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес., Эпигаллата 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес. [17].

4. В случае морфологически верифицированного предрака эндометрия в пременопаузе при отсутствии заинтересованности пациентки в сохранении репродуктивной функции – гистерорезектоскопия (глубокая тотальная резекция эндометрия с помощью электрода петли).

5. При отсутствии эффекта от гормональной терапии в течение 6 месяцев у пациенток с железистой гиперплазией эндометрия в пременопаузальном периоде или рецидивирующей железистой

гиперплазией эндометрия в менопаузе – гистерорезектоскопия (глубокая тотальная резекция эндометрия с помощью электрода петли).

6. При наличии противопоказаний к гормональной терапии больных железистой ГПЭ в менопаузальном периоде – гистерорезектоскопия (глубокая тотальная резекция эндометрия с помощью электрода петли) в сочетании с Индинолом 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес., Эпигаллатом 2 капс. 2 р. в сутки в течение 6 мес. [17].

7. В случаях сочетания ГПЭ с заболеваниями матки и ее придатков, с соматическими заболеваниями (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания гепато-билиарной системы) необходимо проведение оперативного лечения – радикальная хирургия (тотальная или субтотальная гистерэктомия с придатками или без придатков) [21].

*Менопаузальный период* – собственно прекращение менструаций. Постменопаузальный период – после 5-летнего прекращения менструаций. В данных возрастных периодах гиперпластические процессы эндометрия следует рассматривать с позиции развития онкопатологии (аденокарцинома).

*Методы диагностики и обследования:*

1. Клинико-анамнестическое исследование (детальное изучение анамнеза заболевания и соматического статуса).

2. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование.

3. Для исключения патологии шейки матки провести более информативный и современный метод диагностики – жидкостную цитологию.

4. Для выявления гиперпластической трансформации слизистой тела матки следует использовать цитологическое исследование эндометриальных аспиратов [9].

5. Пайпель-биопсия (как менее инвазивный метод).

6. Гистероскопия с лечебно-диагностическим выскабливанием слизистой тела матки и последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия (оценка состояния слизистой, устьев, маточных труб, наличие объемных патологических образований).

7. Раздельное диагностическое выскабливание.

8. Изучение результатов патоморфологического исследования (4).

Тактика лечения данного возрастного периода трактуется в зависимости от онкологической настороженности [23, 25]. При условии морфологически подтвержденного предрака эндометрия, возникает необходимость выполнения радикального хирургического вмешательства. Обычно хирургическое лечение показано при очаговой форме гиперплазии эндометрия. Показания к радикальному хирургическому лечению (субтотальной гистерэктомии с придатками) является:

- типичная (простая, комплексная) гиперплазия эндометрия в сочетании с патологией яичников, миомой, эндометриозом, эндокринно-метаболическими нарушениями [19];
- рецидив типичной простой (комплексной) гиперплазии эндометрия;
- гиперплазия эндометрия с атипией;
- аденоматозные полипы эндометрия.

*Хирургическое лечение* включает:

1. абляцию или прижигание лазером проводят при полипах эндометрия;

2. кюретаж или выскабливание для удаления функционального слоя матки;

3. ампутация матки и придатков при риске развития злокачественной опухоли.

В случае доброкачественного течения, единственное показание к консервативному лечению патологии эндометрия в постменопаузе, является простая гиперплазия эндометрия без атипии. При данной клинической ситуации применяются следующие гормональные препараты: 17а-ОПК, Депо-провера, Провера, Норколут (табл. 3).

Таблица 3

**Рекомендуемые препараты (по лечению гиперпластических процессов в менопаузальном периоде)**

Гестагены в непрерывном режиме	Дозировка	Кратность
17а-ОПК	250-500 мг	2 раза в 7 дней
Депо-провера	450-600 мг	1 раз в 7 дней
Провера	20 мг	ежедневно
Норколут	10 мг	ежедневно

Контроль эффективности лечения проводят через 6 месяцев по данным УЗИ, аспирационная биопсия, повторное диагностическое выскабливание.

**Заключение.** В настоящее время возникла необходимость в детализации и пересмотре современных методов обследования, диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия. Предложенный систематизированный подход и разработанные алгоритмы ведения и лечения данной группы пациентов, дает возможность детализированного и комплексного подхода к прогнозированию и формированию гиперпластических процессов эндометрия на ранних этапах развития, своевременного системного лечения и профилактики рецидивирования в разных возрастных категориях.

### Литература

1. Жданов А.В., Сухих Г.Т., Давыдова М.П., Слукина Т.В., Чернуха Г.Е., Самойлова Т.Е., Сметник В.П. Особенности корреляционных связей в системе цитокинов и гиперплазия эндометрия // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2003. №136(3). С. 309–311.
2. Завалко А.Ф., Котельникова Н.А. Гиперплазия эндометрия — патогенетические аспекты, классификация и распространенность патологии среди пациенток репродуктивного возраста (обзор литературы) // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, врач и здоровье. 2016. №1. С. 22–27.
3. Клинышкова Т.В., Лаутеншлегер Е.В., Фролова Н.Б., Головин Ю.В. Роль современных диагностических возможностей при гиперпластических процессах эндометрия у женщин в пери- и в постменопаузе. Проблемы здоровья женщин репродуктивного возраста. Материалы межрегиональной практической конференции. Омск, 2009. С. 29–31.
4. Махина Е.В., Пичигина А.К., Колдышева Е.В., Молодых О.П., Лушникова Е.Л. Диагностическая и прогностическая значимость оценки пролиферативной активности клеточных популяций эндометрия при гиперпластических и неопластических процессах // Фундаментальные исследования. 2014. №10(2). С. 420–427.
5. Павловская М.А. Гиперплазия эндометрия у женщин фертильного возраста: клиника, диагностика, патогенез и возможности терапии // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015. №2(50). С. 123–127.
6. Прилепская В.Н. Перименопауза и гормоны. Проблемы репродукции. Специальный выпуск. 2009. С. 207–210.
7. Свиридова Н.И. Обоснование дифференцированного подхода к лечению гиперпластических процессов эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом. Материалы VIII Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Сочи, 2015. С. 81–82.
8. Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Закаблукова С.В. Патология эндометрия при наличии миомы матки // Гинекология. 2006. Т.8, №4. С. 213–220.
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / Под редакцией Стрижакова А.Н. Ростов н/Д.: «Феникс», 2000.
10. Топчиева О.И., Прянишников В.А., Жемкова З.П. Биопсия эндометрия. Москва: Медицина, 1978. С. 215–216.
11. Траилина О.С., Шаповал Н.Л. Оценка состояния пролиферативных процессов у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия и их коррекция // Запорожский медицинский журнал. 2011. № 4. С. 137–138.
12. Федотова А.С., Шешукова Н.А. Онкологические аспекты гиперпластических процессов эндометрия. Сборник научных трудов. От родильного дома к перинатальному центру 25 лет. Тула, 2010. С. 83–85.
13. Паньшина М.В., Хадарцева К.А. Опыт профилактики патологии эндометрия // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №3. Публикация 1-9. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-3/1-9.pdf> (дата обращения: 06.06.2018). DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16085.
14. Честнова Г.П. «Офисная гистероскопия» в диагностике гиперпластических процессов эндометрия у женщин в период длительной постменопаузы // Воен.-мед. журн. 2013. № 10. С. 59–60.
15. Чернуха Г.Н., Думановская М.Р. Современные представления о гиперплазии эндометрия // Акушерство и гинекология. 2013. № 3. С. 26–32.
16. Чехоева А. Н. Опыт применения индинола и эпигаллата в комплексном лечении доброкачественных гиперпластических процессов.
17. Чехоева А.Н. Современные возможности в системе обследования и тактике лечения больных гиперпластическими процессами эндометрия в репродуктивном периоде. Труды молодых ученых России. Ижевск, 2000. С. 273–274.
18. Чистякова Г.Н., Гришкина А.А., Ремизова И.И. Гиперплазия эндометрия: классификация, особенности патогенеза, диагностика (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2018. №24(5). С. 53–57. URL: <https://doi.org/10.17116/repro20182405153>

19. Шакирова Е.А., Зотова О.А. Состояние метаболических процессов у женщин репродуктивного возраста с ожирением и гиперпластическими процессами эндометрия // *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2016. Т. 1, № 2. С. 76–82.

20. Шешукова Н.А., Макаров И.О. Нарушение процессов регуляции ангиогенеза и склерозирования при гиперпластических процессах эндометрия // *Акушерство, гинекология, репродукция*. 2012. Т. 6, №3. С. 49–52.

21. Chandra V., Kim J.J., Benbrook D.M., Dwivedi A., Rai R. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia // *Journal of Gynecologic Oncology*. 2016. №27(1). P. 8–15.

22. Lacey J.V., Sherman M.E., Rush B.B. Absoluta Risk of Endometrial Carcinoma During 20-year Follow-up Among Women With Endometrial Hyperplasia // *O Clin Oncol*. 2010. № 28 (5). P. 788–792.

23. Lacey J.V., Sherman M.E., Rush B.B. Absoluta Risk of Endometrial Carcinoma During 20-year Follow-up Among Women With Endometrial Hyperplasia // *O Clin Oncol*. 2010. № 28 (5). P. 788–792.

24. Moore E., Shafi M. Endometrial hyperplasia // *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2013. №23(3). P. 88–93.

25. Zaino R.J., Kauderer J., Trimble C.L., Silverberg S.G., Curtin J.P., Lim P.C., Gallup D.G. Reproducibility of the diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study // *Cancer*. 2006. №106(4). P. 804–811.

### References

1. Zhdanov AV, Suhih GT, Davydova MP, Slukina TV, Chernuha G., Samojlova TE, Smetnik VP. Osobnosti korreljacionnyh svjazej v sisteme citokinov i giperplazija jendometrija [Features of correlations in the cytokine system and endometrial hyperplasia]. *Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny*. 2003;136(3):309-11. Russian.

2. Zavalko AF, Kotel'nikova NA. Giperplazija jendometrija — patogeneticheskie aspekty, klassifikacija i rasprostranennost' patologii sredi pacientok reproduktivnogo vozrasta (obzor literatury) [Endometrial hyperplasia - pathogenetic aspects, classification and prevalence of pathology among patients of reproductive age (literature review)]. *Vestnik medicinskogo instituta «REAVIZ»: Reabilitacija, vrach i zdorov'e*. 2016;1:22-7. Russian.

3. Klinyshkova TV, Lautenshleger EV, Frolova NB Golovin JuV. Rol' sovremennyh diagnosticheskikh vozmozhnostej pri giperplasticheskikh processah jendometrija u zhenshhin v peri- i v postmenopauze. Problemy zdorov'ja zhenshhin reproduktivnogo vozrasta [The role of modern diagnostic capabilities in endometrial hyperplastic processes in women in peri-and postmenopausal women. Health problems of women of reproductive age]. *Materialy mezhhregional'noj prakticheskoy konferencii*. Omsk; 2009. Russian.

4. Mahina EV, Pichigina AK, Koldysheva EV, Molodyh OP, Lushnikova EL. Diagnosticheska i prognosticheskaja znachimost' ocenki proliferativnoj aktivnosti kletochnyh populacij jendo-metrija pri giperplasticheskikh i neoplasticheskikh processah [Diagnostic and prognostic significance of the assessment of the proliferative activity of endometrium cell populations in hyperplastic and neoplastic processes]. *Fundamental'nye issledova-nija*. 2014;10(2):420-7. Russian.

5. Pavlovskaja MA. Giperplazija jendometrija u zhenshhin fertil'nogo vozrasta: klinika, diagnostika, patogenez i vozmozhnosti terapii [Endometrial hyperplasia in women of fertile age: clinical presentation, diagnosis, pathogenesis and treatment options]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*. 2015;2(50):123-7. Russian.

6. Prilepskaja VN. Perimenopauza i gormony. Problemy reprodukcii [Perimenopause and hormones. Reproduction problems]. *Special'nyj vy-pusk*. 2009. Russian.

7. Sviridova NI. Obosnovanie differencirovannogo podhoda k lecheniju giperplasticheskikh processov jendometrija v sochetanii s hronicheskim jendometritom [Rationale for a differentiated approach to the treatment of endometrial hyperplastic processes in combination with chronic endometritis]. *Materialy VIII Obshherossijskogo seminaru «Reproduktivnyj potencial Rossii: versii i kontraversii»*. Sochi; 2015. Russian.

8. Sidorova IS, Sheshukova NA, Zakablukova SV. Patologija jendometrija pri nalichii miomy matki [Endometrial pathology in the presence of uterine fibroids]. *Ginekologija*. 2006;8(4):213-20. Russian.

9. Strizhakov AN, Davydov AI, Belocerkovceva LD. Izbrannye lekicii po akusherstvu i gi-nekologii [Selected lectures on obstetrics and gynecology]. *Pod redakciej Strizhakova AN*. Rostov n/D.: «Feniks»; 2000. Russian.

10. Topchieva OI, Prjanishnikov VA, Zhemkova ZP. Biopsija jendometrija [Endometrial biopsy]. Moscow: Medicina; 1978. Russian.

11. Trailina OS, Shapoval NL. Ocenka sostojanija proliferativnyh processov u zhenshhin s giperplasticheskimi processami jendometrija i ih korrekcija [Evaluation of the state of proliferative processes in women with endometrial hyperplastic processes and their correction]. *Zaporozhskij medicinskij zhurnal*. 2011;4:137-8. Russian.



12. Fedotova AS, Sheshukova NA. Onkologicheskie aspekty giperplasticheskikh processov jendometrija. Sbornik nauchnyh trudov [Oncological aspects of endometrial hyperplastic processes]. Ot rodil'nogo doma k perinatal'nomu centru 25 let. Tula; 2010. Russian.

13. Pan'shina MV, Hadarceva KA. Opyt profilaktiki patologii jendometrija [Experience in the prevention of endometrial pathology]. Vestnik novyh medicinskih tehnologij. Jelektronnoe izdanie. 2018 [cited 2018 June 06];3 [about 6 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-3/1-9.pdf>. DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16085.

14. Chestnova GP. «Ofisnaja gisteroskopija» v diagnostike giperplasticheskikh processov jendometrija u zhenshhin v period dlitel'noj postmenopauzy [“Office hysteroscopy” in the diagnosis of endometrial hyperplastic processes in women during the period of prolonged postmenopause]. Voen.-med. zhurn. 2013;10:59-60. Russian.

15. Chernuha GN, Dumanovskaja MR. Sovremennye predstavlenija o giperplazii jendometrija [Modern concepts of endometrial hyperplasia]. Akusherstvo i ginekologija. 2013;3:26-32. Russian.

16. Chehoveva AN. Opyt primeneniya indinola i jepigallata v kompleksnom lechenii dobrokachestvennyh giperplasticheskikh processov [The Experience of Using Indinol and Epigallat in the Complex Treatment of Benign Hyperplastic Processes]. Russian.

17. Chehoveva AN. Sovremennye vozmozhnosti v sisteme obsledovaniya i taktike lecheniya bol'nyh giperplasticheskimi processami jendometrija v reproduktivnom periode [Modern possibilities in the system of examination and tactics of treatment of patients with endometrial hyperplastic processes in the reproductive period]. Trudy molodyh uchennyh Rossii. Izhevsk; 2000. Russian.

18. Chistjakova GN, Grishkina AA, Remizova II. Giperplazija jendometrija: klassifikacija, osobennosti patogeneza, diagnostika (obzor literatury) [Endometrial hyperplasia: classification, pathogenesis, diagnosis (review)]. Problemy reprodukcii. 2018;24(5):53-7. Russian. URL:<https://doi.org/10.17116/repro20182405153>

19. Shakirova EA, Zotova OA. Sostojanie metabolicheskikh processov u zhenshhin reproduktivnogo vozrasta s ozhireniem i giperplasticheskimi processami jendometrii [he state of metabolic processes in women of reproductive age with obesity and endometrial hyperplastic processes]. Fundamental'naja i klinicheskaja medicina. 2016;1(2):76-82. Russian.

20. Sheshukova NA, Makarov IO. Narushenie processov reguljicii angiogeneza i sklerozirovaniya pri giperplasticheskikh processov jendometrija [Violation of the processes of regulation of angiogenesis and hardening in endometrial hyperplastic processes]. Akusherstvo, ginekologija, reprodukcija. 2012;6(3):49-52. Russian.

21. Chandra V, Kim JJ, Benbrook DM, Dwivedi A, Rai R. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia. Journal of Gynecologic Oncology. 2016;27(1):8-15.

22. Lacey JV, Sherman ME, Rush BB. Absoluta Risk of Endometrial Carcinoma During 20-year Follow-up Among Women With Endometrial Hyperplasia. O Clin Oncol. 2010;28 (5):788-92.

23. Lacey JV, Sherman ME, Rush BB. Absoluta Risk of Endometrial Carcinoma During 20-year Follow-up Among Women With Endometrial Hyperplasia. O Clin Oncol. 2010;28(5):788-92.

24. Moore E, Shafi M. Endometrial hyperplasia. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2013;23(3):88-93.

25. Zaino RJ, Kauderer J, Trimble CL, Silverberg SG, Curtin JP, Lim PC, Gallup DG. Reproducibility of the diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. Cancer. 2006;106(4):804-11.

---

**Библиографическая ссылка:**

Чехова А.Н., Габараев Г.М., Бароева М.Д. Клинико-диагностические аспекты и лечебная тактика гиперпластических процессов эндометрия с современных позиций (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. №4. Публикация 1-4. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-4/1-4.pdf> (дата обращения: 08.07.2019). DOI: 10.24411/2075-4094-2019-16483.\*

**Bibliographic reference:**

Chekhoeva AN, Gabaraev GM, Baroeva MD. Kliniko-diagnosticheskie aspekty i lechebnaja taktika giperplasticheskikh processov jendometrija s sovremennyh pozicij (obzor literatury) [Clinico-diagnostic aspects and treatment tactics of hyperplastic endometry processes with modern positions (literature review)]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2019 [cited 2019 July 08];1 [about 9 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-4/1-4.pdf>. DOI: 10.24411/2075-4094-2019-16483.

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-4/e2019-4.pdf>