

Современные методы диагностики и лечения патологии матки

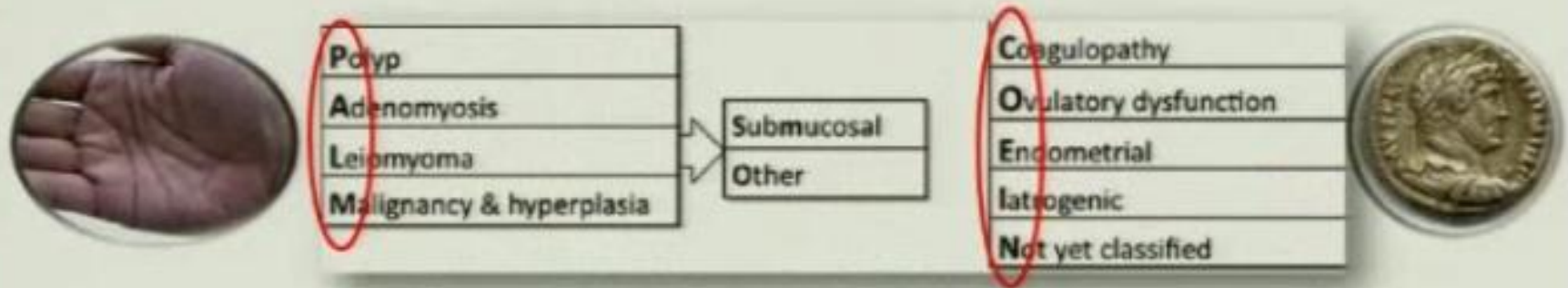
Заведующий кафедрой акушерства и
гинекологии с курсом ФПКП, к.м.н., доцент
Захаренкова Т.Н.

Патология матки

- Гормональнозависимая патология матки, сопровождающаяся АМК:
 - Миома матки
 - Аденомиоз
 - Гиперплазия эндометрия
- Инфекционно-воспалительная патология:
 - Эндометрит, метроэндометрит
- Полип эндометрия
- Патология шейки матки:
 - Фоновые заболевания: псевдоэрозия ш/м, эритроплакия, лейкоплакия, полип ц/канала,
 - Предраковые заболевания: CIN I, II, III, лейкоплакия с атипией
 - Рак шейки матки

FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age

Malcolm G. Munro^{a,b,*}, Hilary O.D. Critchley^c, Michael S. Broder^d, Ian S. Fraser^e; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders



Полип	Субмукозная Другие
Аденомиоз	
Лейомиома	
Рак и гиперплазия эндометрия	

Могут визуализироваться, но не являются причиной АМК

Коагулопатии
Овуляторная дисфункция
Изменения эндометрия
Ятрогенные
Не классифицируемые

Могут являться причиной АМК, но не визуализируются

Аномальные маточные кровотечения - АМК

Особенности пролиферативных процессов репродуктивной системы

- Эстрогены стимулируют пролиферацию эндометрия и миометрия, прогестерон – миометрия.
- Малигнизация миомы и эндометриоза – редко, атипической гиперплазии – часто.

Миома матки

- Доброкачественная опухоль из миометрия.
- Частота в репродуктивном возрасте - 20- 40%, в период перименопаузы - до 60% (Duhan N., 2011, Donnez J., 2012).
- Занимает 2 место в структуре гинекологической патологии (Краснопольский В.И., 2010).
- Средний возраст женщины при выявлении миомы матки составляет 32,8 года.



Факторы риска развития миомы матки

- Раннее менархе
- Нерожавшие женщины
- Возраст (поздний репродуктивный)
- Ожирение
- Наследственность
- Гипертензия
- Гормональные факторы (прием тамоксифена, инсулинрезистентность)
- Питание



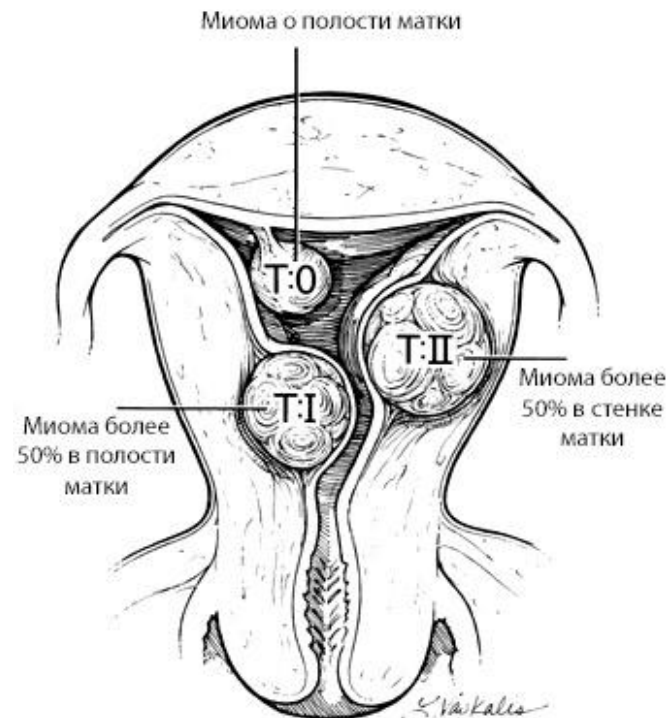
Типы миомы матки

По расположению узлов в матке



Субмукозная миома матки (гистероскопическая классификация, 1995г. Европейская ассоциация гистероскопистов)

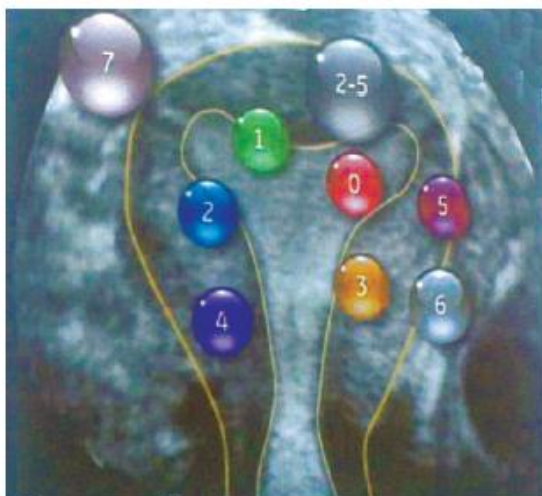
- Тип 0 – субмукозные узлы на ножке без интрамурального компонента.
- Тип I – субмукозные узлы на широком основании с интрамуральным компонентом 50%.
- Тип II – миоматозные узлы с интрамуральным компонентом 50 % и более.



Европейское Общество Репродукции Человека (ESHRE):
Большая миома – более 5 см;
Небольшая – до 5 см.

Классификационная система лейомиомы

SM – субмукозные	0	Внутриполостная лейомиома на ножке
	1	<50% интрамуральная
	2	>50% интрамуральная
O – другие	3	Контактирующая с эндометрием, 100% интрамуральная
	4	Интрамуральная
	5	Субсерозная $\geq 50\%$ интрамуральная
	6	Субсерозная <50% интрамуральная
	7	Субсерозная лейомиома на ножке
	8	Другие (специфические, в том числе шейечные, "паразитические")
Гибридные лейомиомы (вовлекают как эндометрий, так и серозу)	Два номера (категории), указанные через дефис. Согласно конвенции, в первую очередь указывают отношение к эндометрию, во вторую – к серозе. Пример приведен ниже	
	2-5	Субмукозная и субсерозная, выдающаяся менее чем на половину диаметра в сторону эндометриальной и брюшной полости соответственно



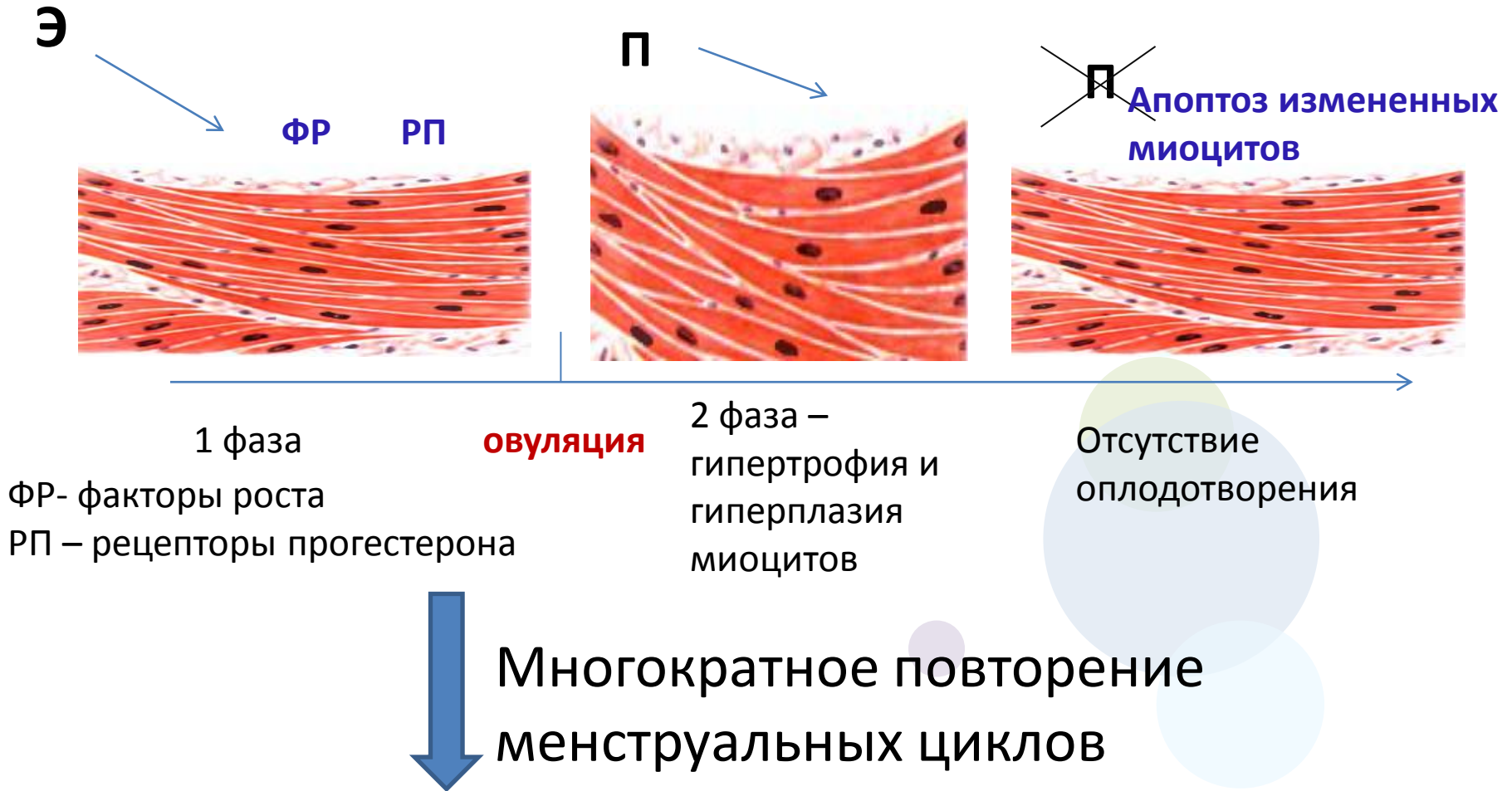
2. Фронтальный рисунок расположения миоматозных узлов с наложением на ультразвуковое изображение



Рис. 3. Боковой рисунок расположения миоматозных узлов с наложением на ультразвуковое изображение



Патогенез миомы матки



Ошибки – мутации в миоцитах – нарушение процесса их апоптоза

Клиническая картина миомы матки

Симптомная миома:

- Аномальные маточные кровотечения по типу обильных менструальных кровотечений и межменструальных кровотечений
- Анемия
- Боль, симптомы сдавливания смежных органов и симптомы нарушения мочеиспускания
- Нарушения фертильности и осложнения беременности



30% миом протекают бессимптомно, обнаруживаются при медосмотрах, УЗИ.

Причины меноррагии при миоме матки

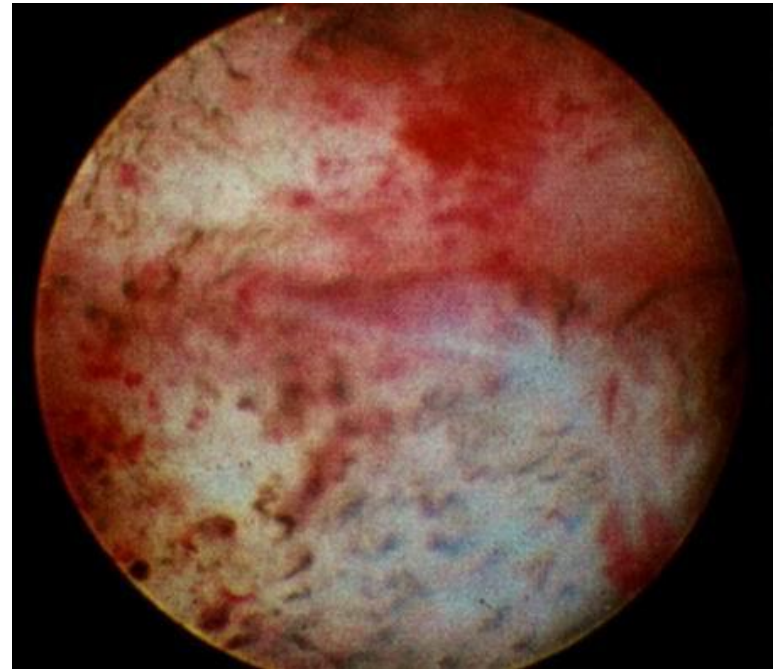
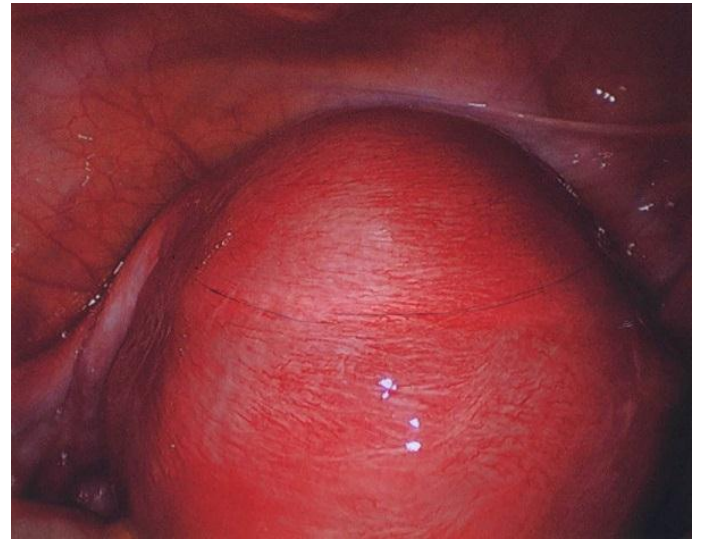
- Увеличение полости матки.
- Нарушение сокращения матки.
- Аномальные сосуды.
- Сочетание миомы с аденомиозом (от 35 до 80% случаев), с гиперплазией эндометрия.

Эндометриоз

– это патологический процесс, при котором за пределами полости матки происходит разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию.

- В мире 176 млн женщин больны эндометриозом.
- Заболевание молодых женщин 25-40 лет;
- По частоте занимает 3 место в структуре гинекологических заболеваний.

Аденомиоз – внутренний эндометриоз.



Теории возникновения эндометриоза

1. Метапластическая: мезотелий брюшины, плевры, целомический эпителий способны превращаться в эндометриоподобную ткань;
2. Эмбриональная (дизонтогенетическая): развитие эндометриоза из смещенных участков зародышевого материала, из которых формируется эндометрий (остатков Мюллера протока);
3. Транслокационная (имплантационная) – перенос эндометрия из полости матки за ее пределы при хирургических вмешательствах, ретроградный заброс через маточные трубы в брюшную полость клеток эндометрия с менструальной кровью.
4. Генетическая (изменяется активность генов, высокая экспрессия генов ингибиторов апоптоза);
5. Теория доброкачественного метастазирования по кровеносным и лимфатическим путям
6. Теория эндометриоидных полипатентных стволовых клеток с высокой активностью (положительный эффект при введении пациенткам с синдромом Ашермана).

«Болезнь теорий»

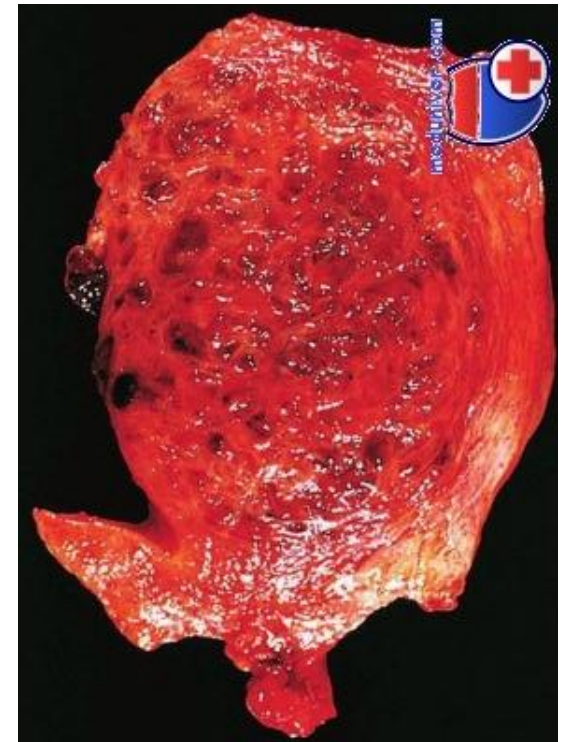
Стадии внутреннего эндометриоза (аденомиоза)

- Стадия 1 – патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой;
- Стадия 2 – процесс переходит на мышечный слой;
- Стадия 3 - распространение патологического процесса на всю толщу мышечного слоя;
- Стадия 4 – вовлечение в процесс брюшины матки, таза, соседних органов.



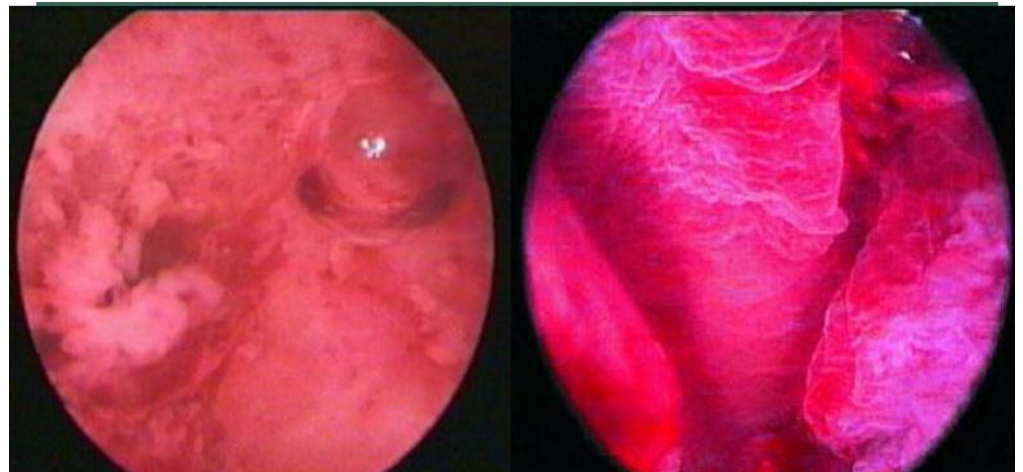
Клиническая картина аденомиоза

- Болезненные менструации: ноющие или приступообразные боли внизу живота;
- Аномальные маточные кровотечения по типу обильных длительных менструаций, мажущий коричневые выделения из половых путей;
- Вторичная анемия;
- Нервно-психические и вегетативные расстройства.



Гиперплазия эндометрия - это

- Нефизиологическая пролиферация желез от доброкачественной до злокачественной, сопровождающаяся увеличением железисто-стромального соотношения по сравнению с эндометрием стадии пролиферации (2016).
- ГЭ ассоциирована с АМК, бесплодием, раком тела матки.
- Частота 2,1-10,1% от гинекологических пациентов, чаще в возрасте 35-50 лет.
- 4 место в структуре гинекологической патологии.



Классификация ГЭ (WHO, 2014)

Новый термин	Синонимы	Генетические изменения	Наличие рака эндометрия	Риск рака эндометрия
Гиперплазия эндометрия без атипии	<ul style="list-style-type: none"> • Простая ГЭ без атипии • Сложная ГЭ без атипии 	Редко	<1%	ОР 1,01-1,03
Гиперплазия эндометрия с атипией	<ul style="list-style-type: none"> • Простая ГЭ с атипией • Сложная ГЭ с атипией • Эндометриальная неоплазия 	Типичные для РЭ изменения: микросателлитная нестабильность, инактивация PAX2, мутация PTEN, KRAS и CTNNB1	25-33% 59%	ОР 14-45

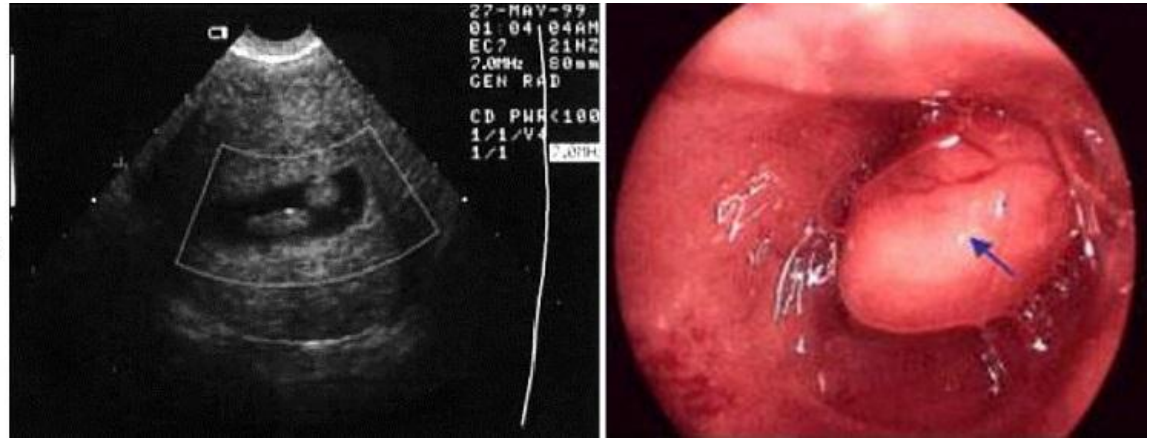
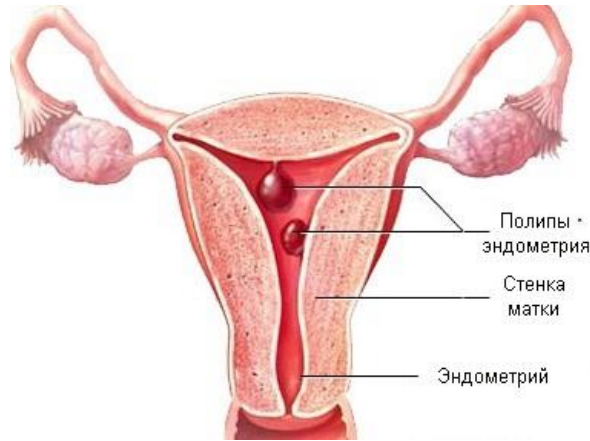
Факторы риска ГЭ

- Ожирение
- СД 2 типа
- Монотерапия эстрогенами
- Терапия тамоксифеном
- Поздняя менопауза
- Раннее менархе
- Эстроген-секретирующие опухоли
- Синдром Линча (наследственный неполипозный колоректальный рак)
- Семейный анамнез по РЭ, РЯ, РМЖ, РТМ
- Синдром Коудена (генетическое заболевание, множественные гамартомы внутренних органов)

Патогенез гиперплазии эндометрия

- Избыточное влияние эстрогенов:
 - Дефицит прогестерона (ановуляция)
 - Увеличение синтеза эстрадиола в яичниках (персистенция фолликула)
 - Увеличение внегонадного синтеза эстрогенов (ожирение, ИР)
 - Усиление сульфатазной активности (конверсии эстрона E1 в эстрадиол E2), торможение сульфаттрансферазной активности (конверсии E2 в E1)
 - Увеличение локального синтеза эстрогенов (за счет ароматазы)
- Изменение рецепторного фенотипа эндометрия
- Увеличение экспрессии факторов роста, обладающих митотической активностью
- Дисбаланс процессов пролиферации и апоптоза

Полип эндометрия

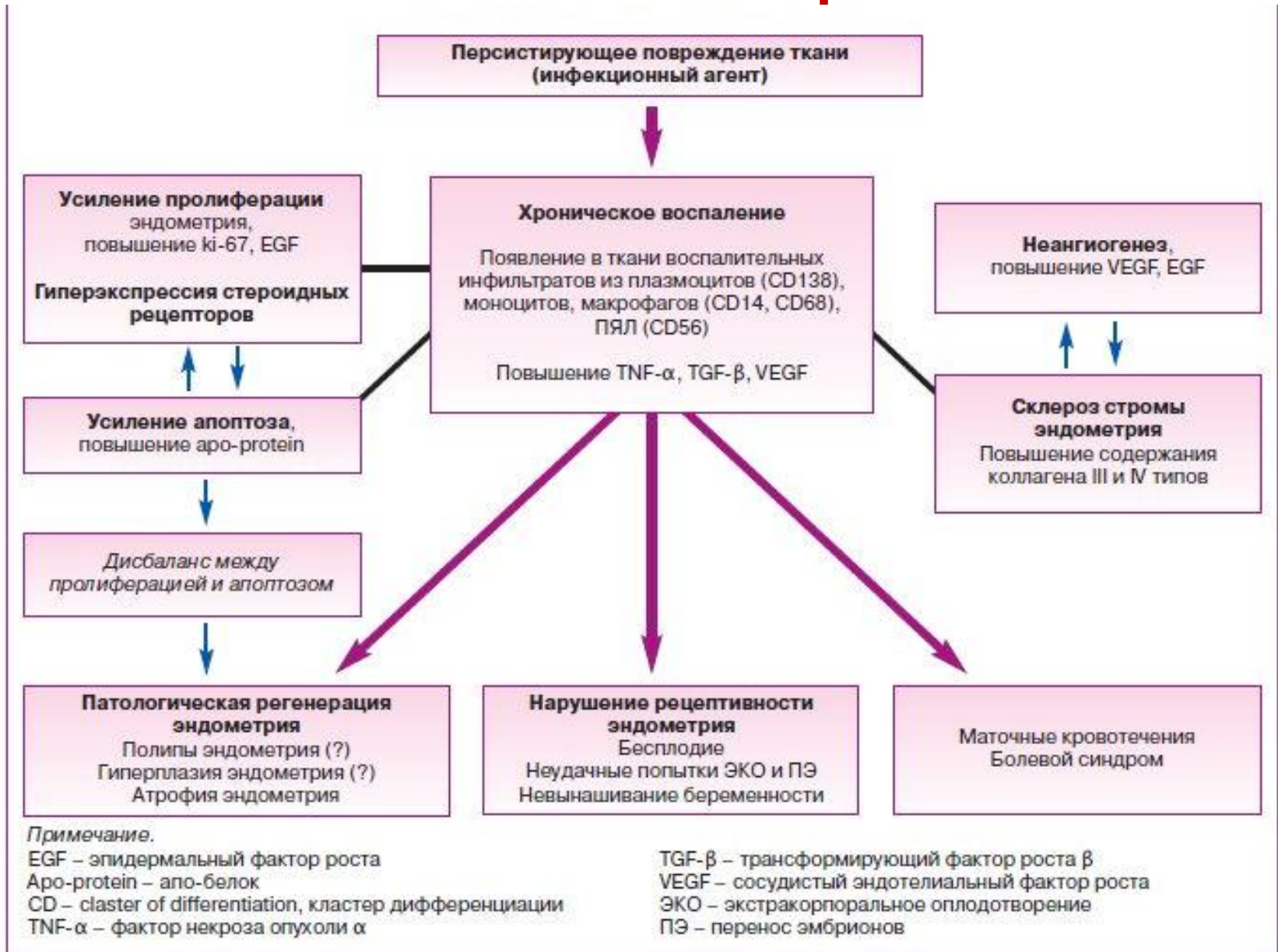


- Развивается на фоне локальной ишемии или воспаления в эндометрии.

Клиническая картина ГЭ

- Аномальные маточные кровотечения по типу обильных менструаций;
- При полипах эндометрия – межменструальные маточные кровотечения и кровомазания.

Патогенез хронического эндометрита, основные клинические проявления



Полип эндометрия

Репродуктивный возраст 20-25%:

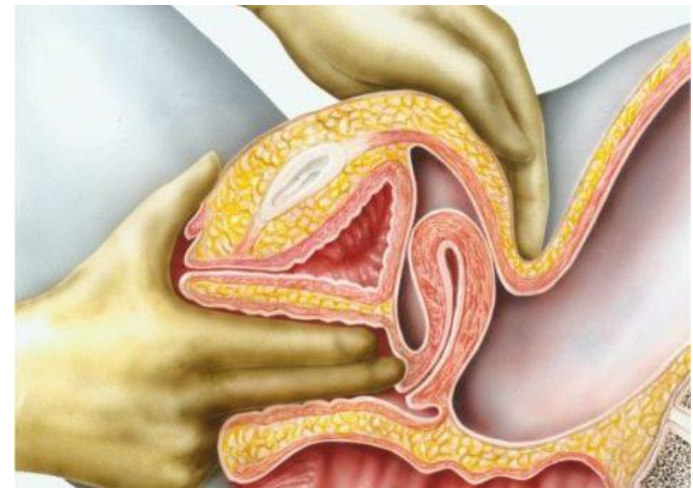
- полип до 1 см регресс в следующем цикле у 27% (контроль);
- ГС и РДВ; исключить субмукозную миому матки;
- Лечение хронического эндометрита (курс противовоспалительной терапии) + гестагены или КОК, возможна ЛНГ-ВМС.

Постменопауза 10-13%:

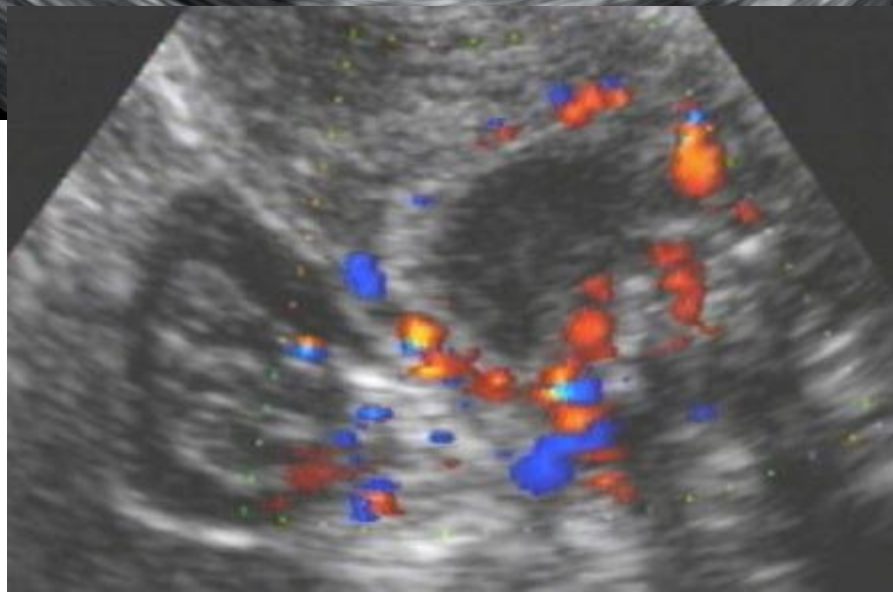
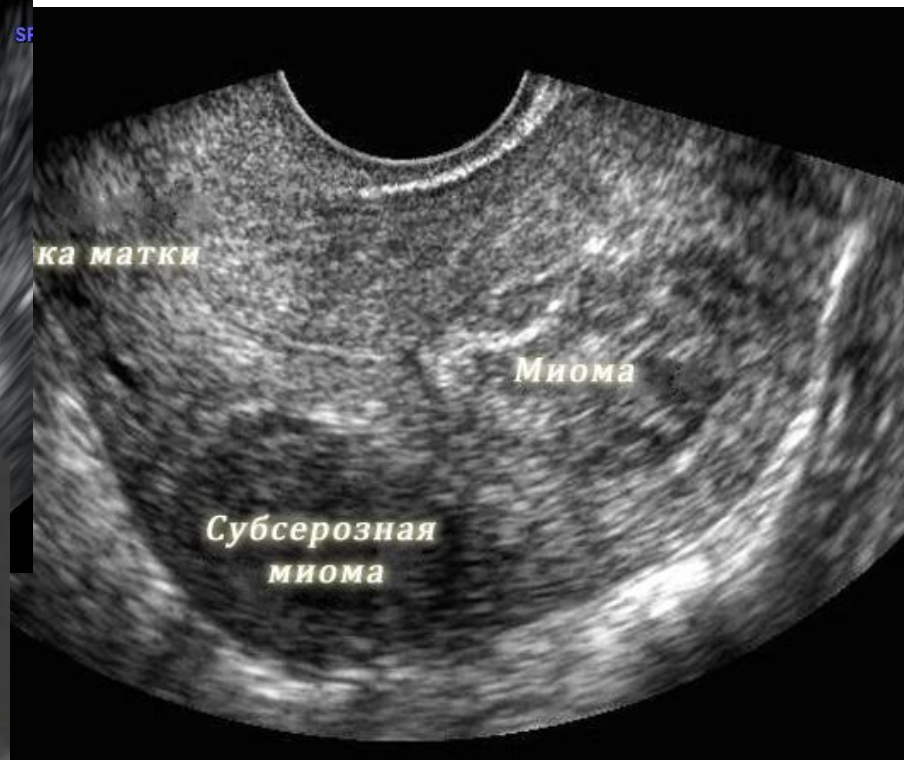
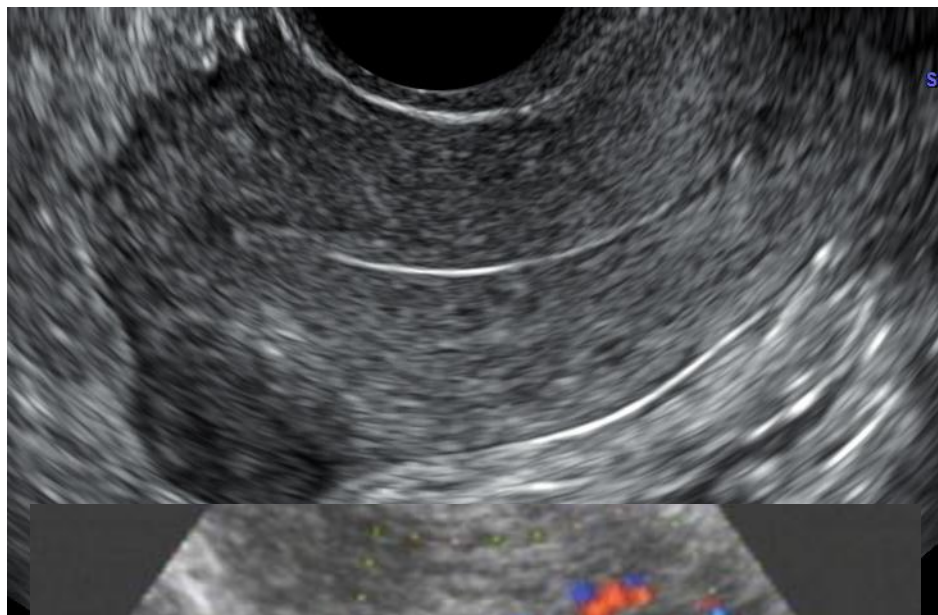
- факторы риска – ожирение, АГ, МГТ, тамоксифен;
- при отсутствии кровотечения риск РЭ 1,5%, при кровотечении – до 17,5%. Но в полипах до 7,6% малигнизация на фоне нормального эндометрия.
- Лечение: гистероскопия полипэктомия, курс противовоспалительной терапии.

Диагностика патологии матки

- Жалобы и клиническая картина;
- **Осмотр в зеркалах:** патология шейки матки, шейечная миома, рождающийся узел, полип цервикального канала; забор материала для микроскопии и цитологии.
- **Бимануальное исследование:** тело матки опухолевидно изменено увеличено до 9-10 недель беременности, плотное, бугристое (миома), тело матки шаровидной формы, несколько увеличено перед менструацией, болезненное накануне и в период менструации (аденомиоз); без особенностей (при патологии эндометрия). Исключить патологию придатков



УЗИ трансабдоминальным и трансвагинальным доступом



УЗИ картина внутреннего



УЗИ признаки внутреннего эндометриоза

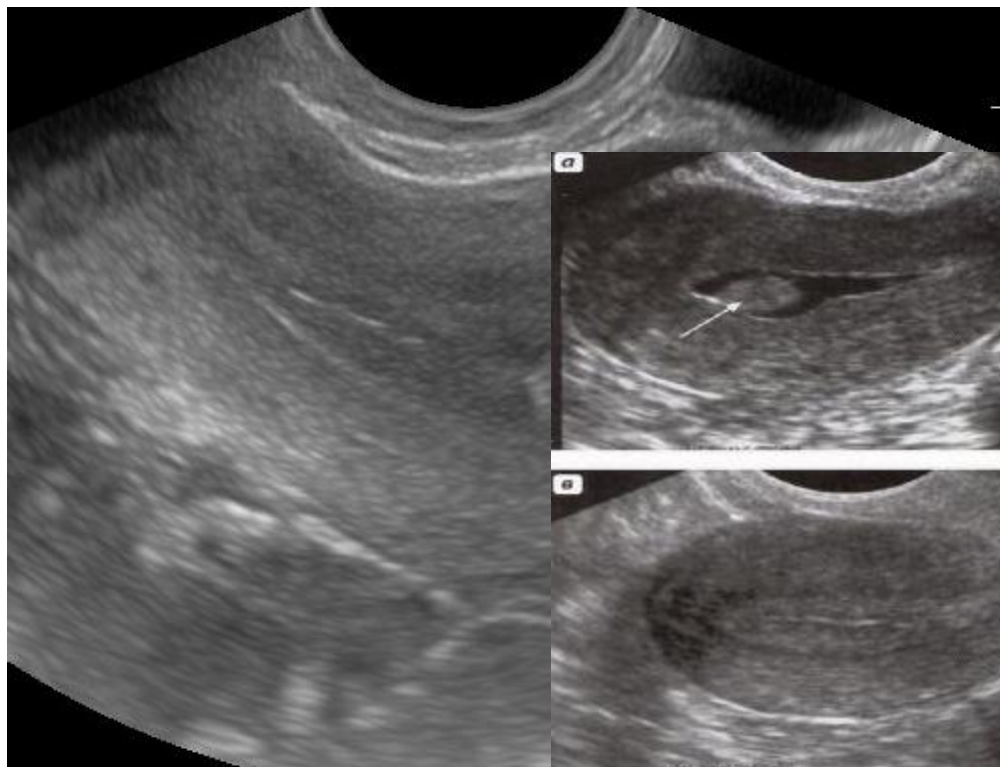
- Диффузное увеличение **матки** с множеством мелких полостей кистозного характера в толще миометрия без отчетливо обособленных узлов и с интактным эндометрием;
- При ЦДК выявляется усиление васкуляризации матки, которое в большинстве случаев характеризуется средними значениями уровня сосудистой резистентности ($IP = 0,58 \pm 0,06$).

УЗИ при ГЭ и полипах. Особенно важно в пре- и постменопаузе

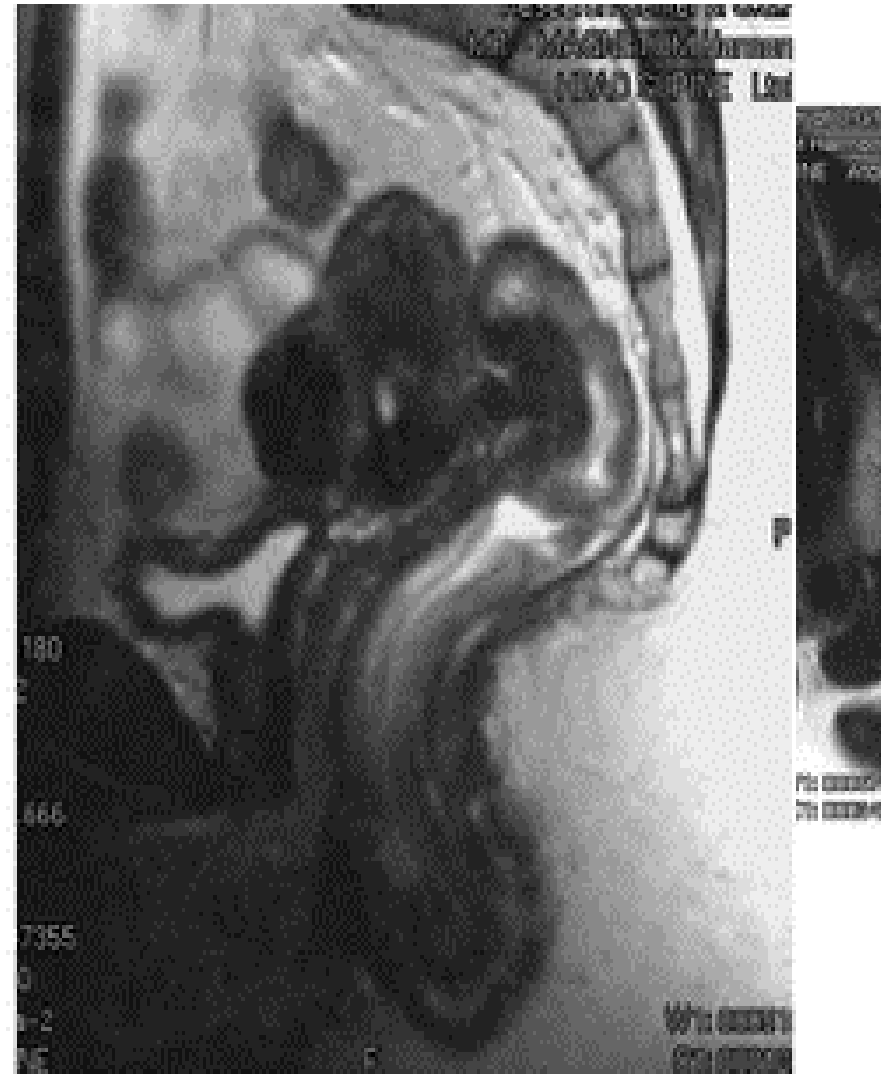
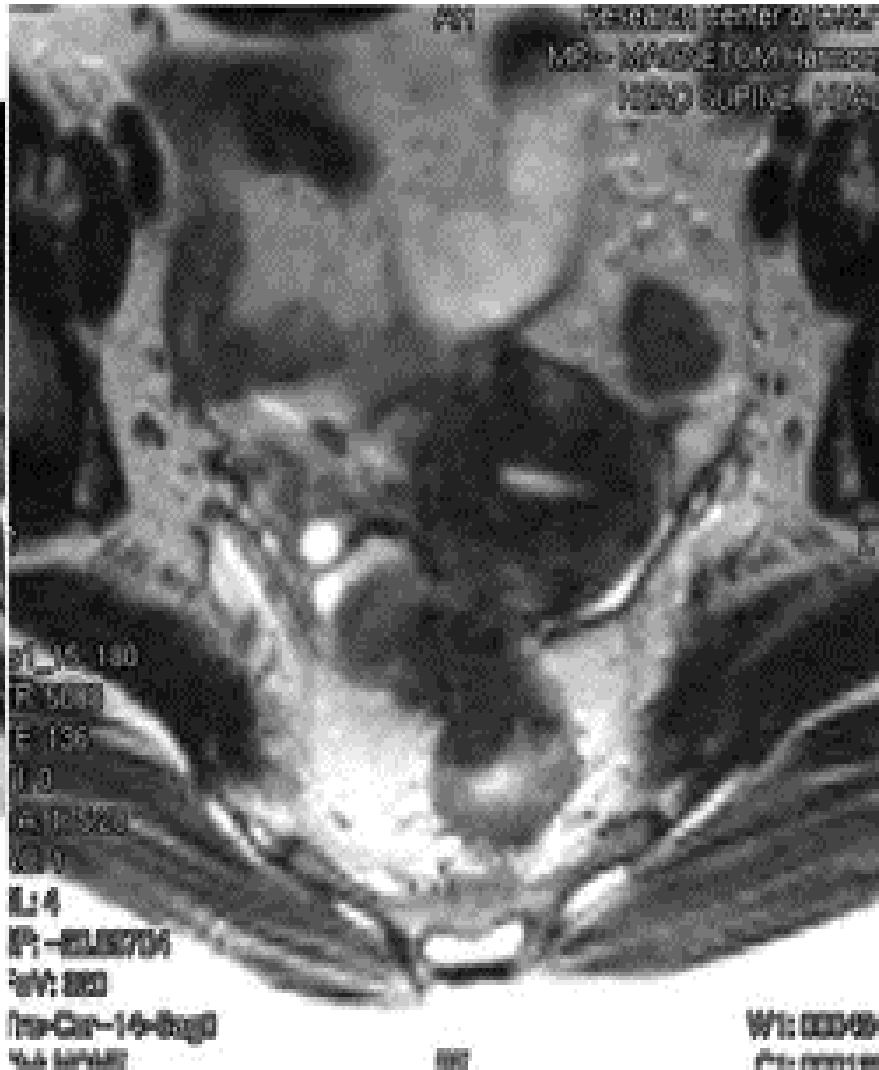
- Эффективность УЗИ в репродуктивном возрасте ниже. Признак ГЭ - толщина М-эхо более 16 мм, риск аденокарциномы - при 20 мм и более.
- В постменопаузе норма 3-4 мм (риск РЭ менее 1%); эндометрий менее 7мм – РЭ мало вероятен, на фоне МГТ эндометрий менее 5 мм – риск РЭ 0,2%, риск РЭ увеличивается при эндометрии 10-11 мм, полипе более 18 мм



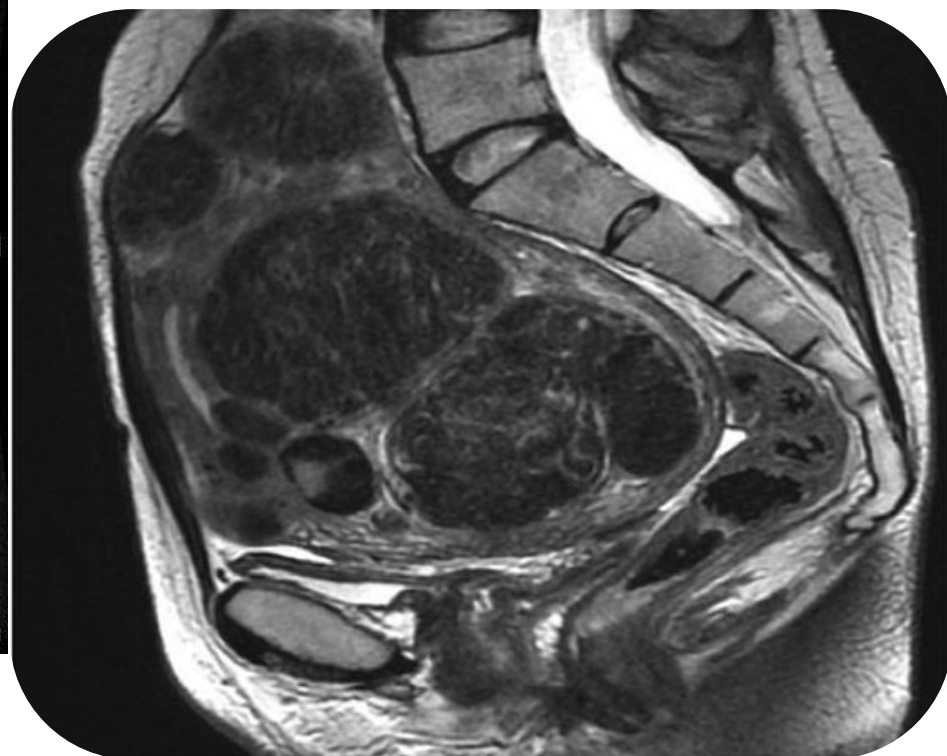
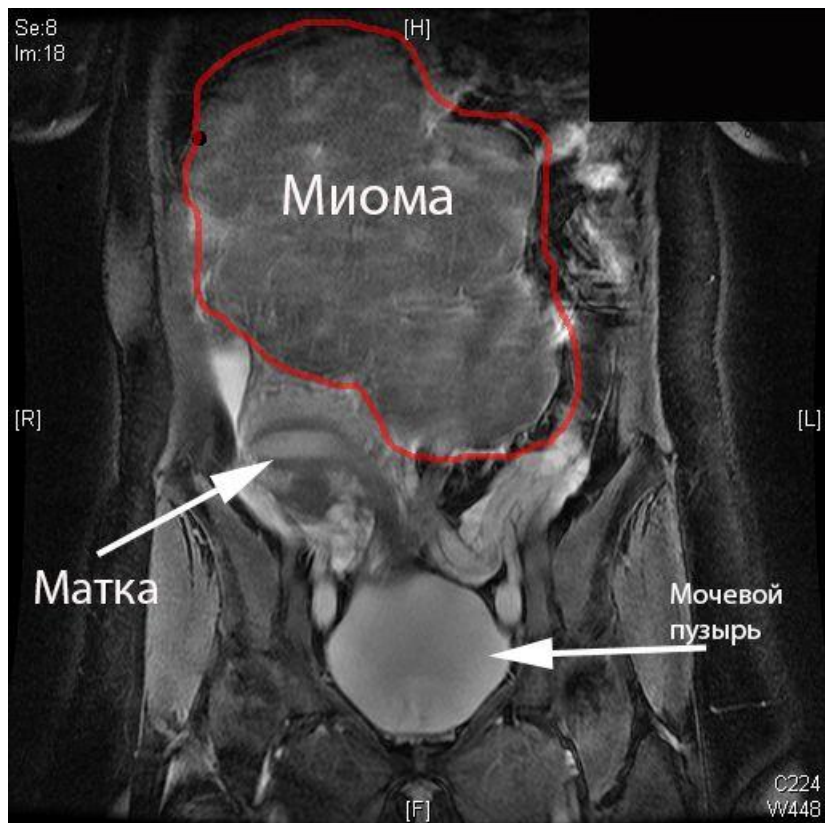
УЗИ и Эхо - ГСС



MPT (аденомиоз)



МРТ (миома)

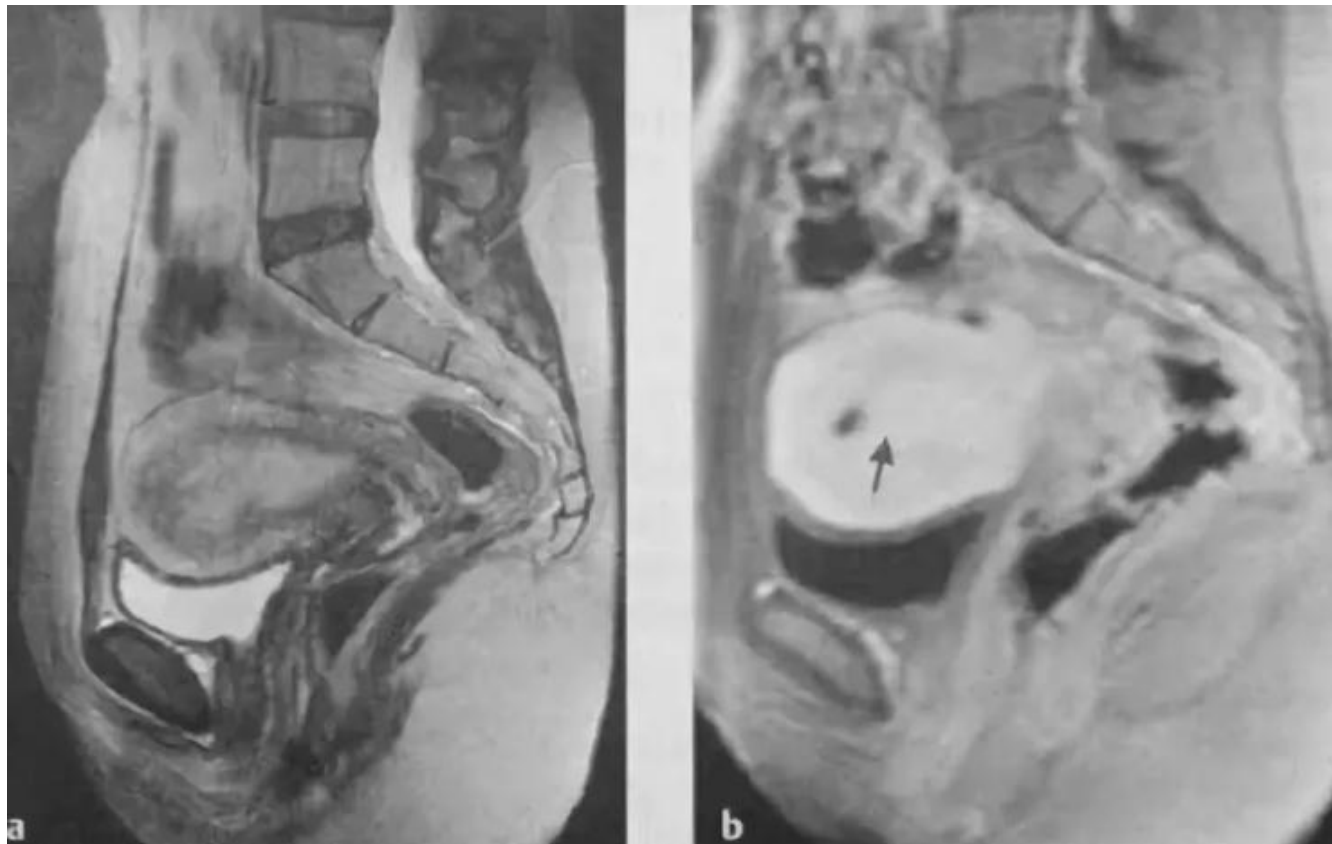


МРТ (диффузный аденомиоз и полип эндометрия)



МРТ, КТ

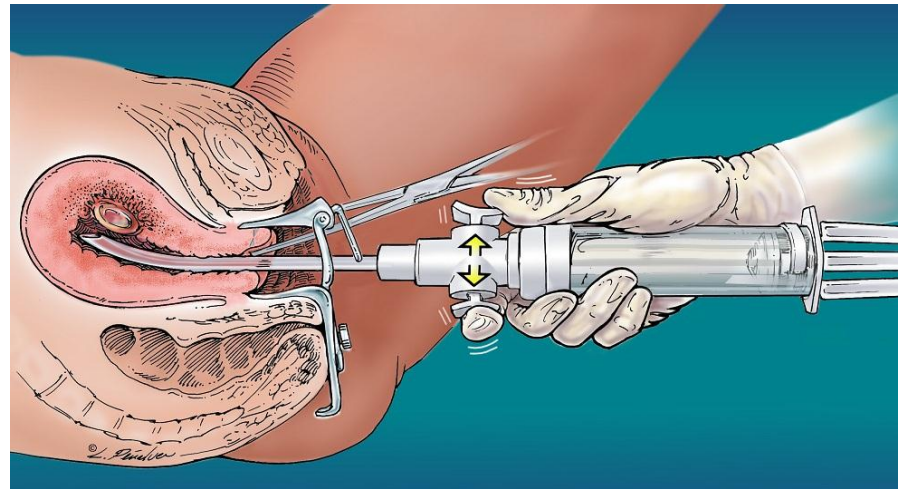
- Перспективно при АГЭ, для оценки инвазии РЭ на начальных стадиях.



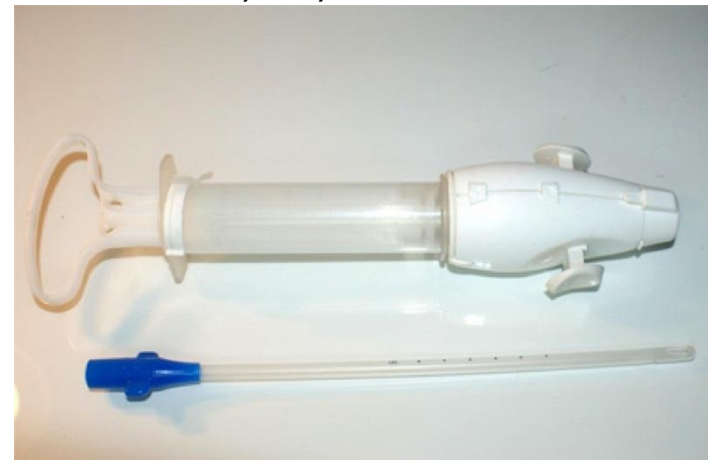
Диагностика патологии эндометрия – аспирационная биопсия



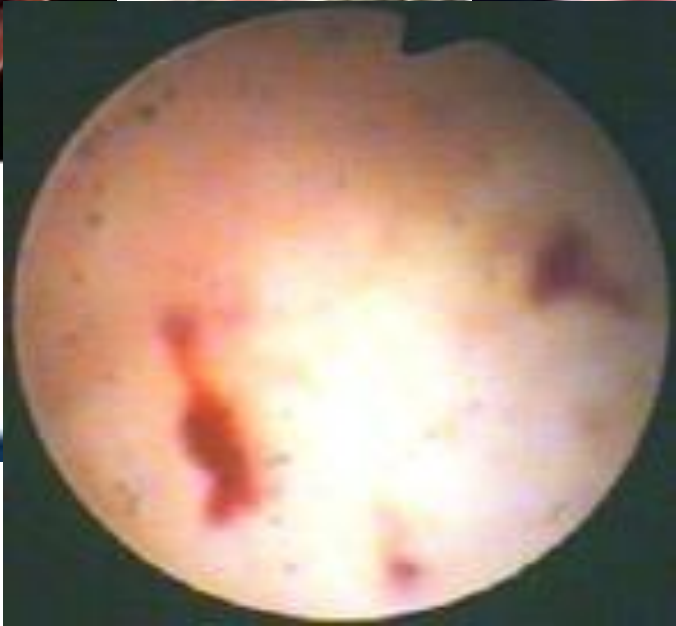
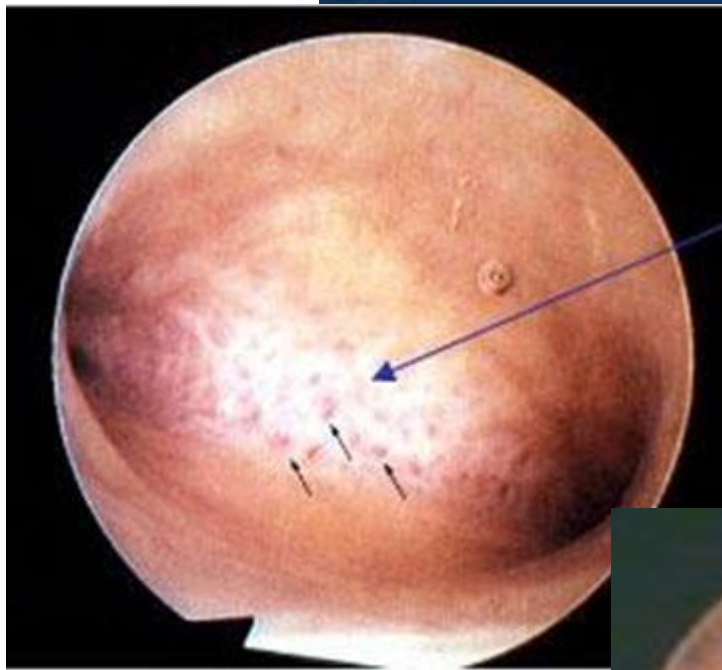
Pipell-биопсия- аспирационная биопсия проводится в амбулаторных условиях при диффузной ГЭ, предоперационной подготовке пациентов с миомой матки. Ограничения для кюретажа в перименопаузе и репродуктивном возрасте.



Мануальная вакуумная аспирация эндометрия
0,6-0,8 атм.



Гистероскопия (аденомиоз)



Гистероскопическая классификация аденомиоза

Первая стадия аденомиоза	Вторая стадия аденомиоза	Третья стадия аденомиоза
<p data-bbox="260 404 492 429">Аденомиоз I стадии</p> 	<p data-bbox="832 404 1064 429">Аденомиоз II стадии</p> 	<p data-bbox="1445 404 1676 429">Аденомиоз III стадии</p> 
<p data-bbox="98 882 654 1243">Рельеф стенок не изменен, определяются эндометриодные ходы в виде глазков темно-синюшного цвета или открытые кровотокащие (кровь выделяется струйкой), стенки матки при выскабливании обычно плотные.</p>	<p data-bbox="681 882 1234 1243">Рельеф стенок матки (чаще задней) неровный, имеет вид продольных или поперечных хребтов, просматриваются эндометриодные ходы. Стенки матки ригидные, полость матки плохо растяжима. При выскабливании стенки матки плотнее, чем обычно.</p>	<p data-bbox="1271 882 1881 1329">По внутренней поверхности матки определяются возбухания различной величины без четких контуров. На поверхности этих возбуханий иногда видны эндометриодные ходы, открытые или закрытые. При выскабливании ощущается неровная поверхность стенки, ребристость, стенки матки плотные, слышен характерный скрип.</p>

Гистероскопия и гистерорезектоскопия – методы диагностики и лечения внутриматочной патологии



Гиперплазия эндометрия

Полипы



Перегородка в полости матки

Гистерорезектоскопия –
оперативная абляция
эндометрия



Миома субмукозная

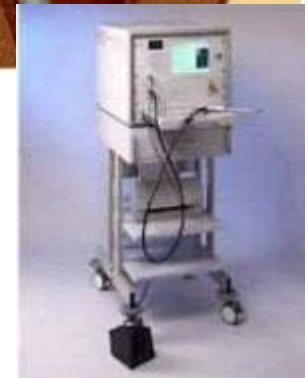


Методики абляции эндометрия 2-го поколения без оперативной гистероскопии

- Баллонные методики
- Термоабляция
- Гидротермоабляция
- Криоабляция
- Микроволновая
- Радиочастотная
- Лазерная
- Фотодинамическая

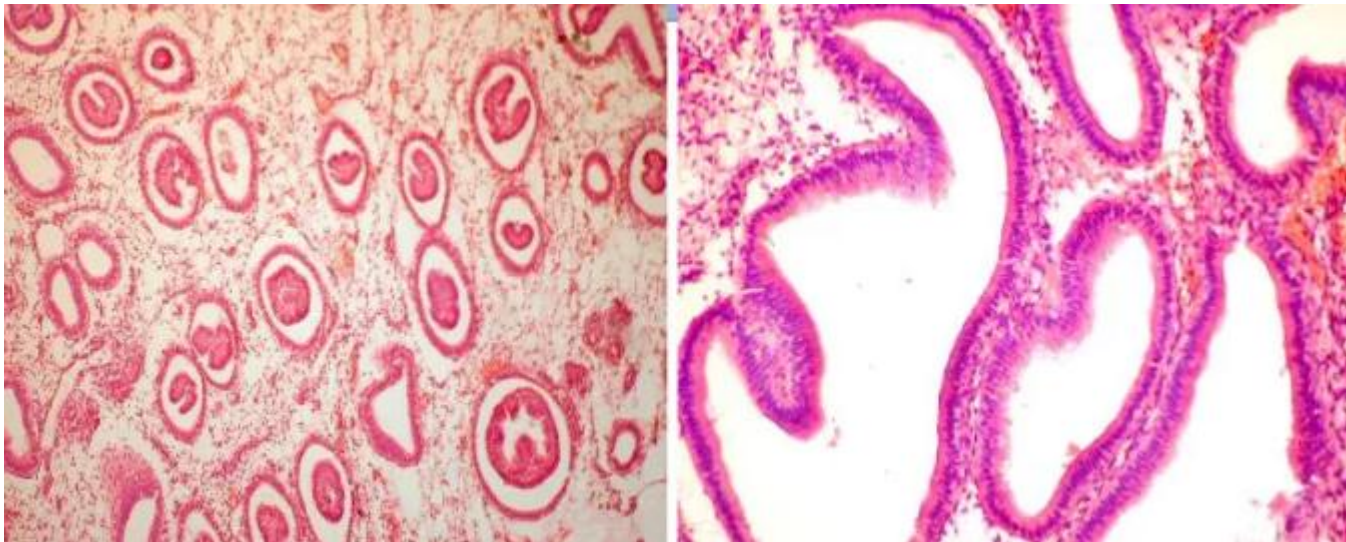


Гидротермоабляция



Диагностика ГЭ

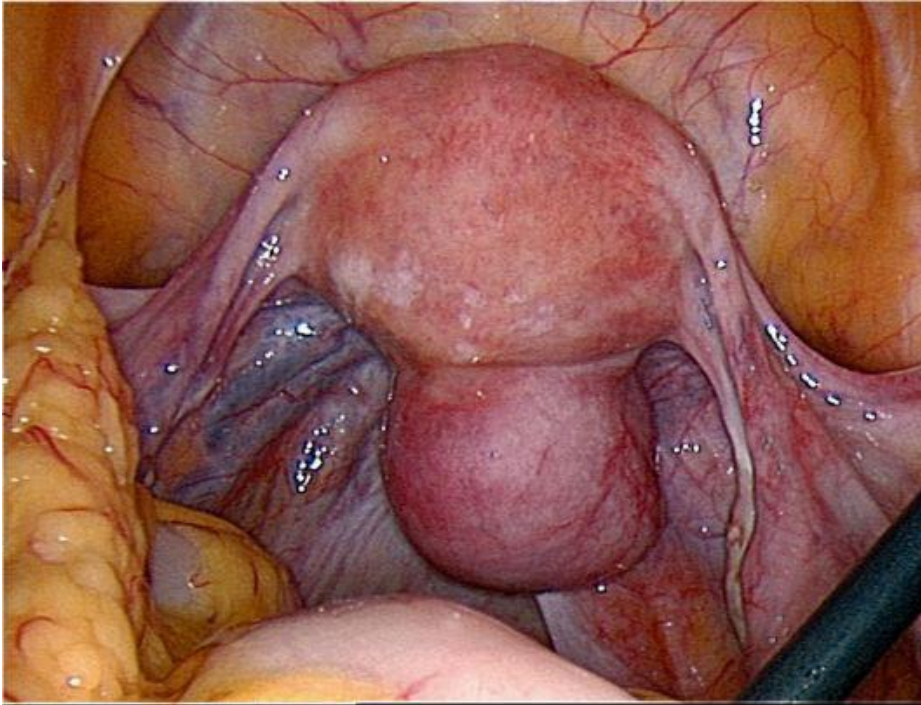
- «Золотой» стандарт – гистологическое исследование эндометрия, полученного при биопсии



Диагностика хронического эндометрита

- Гистологическое исследование эндометрия (морфологические признаки воспаления), иммуногистохимическое исследование (иммунные и биохимические маркеры: CD138, CD56+, CD16, HLA-DR(II), гликоделин, PR, ER);
- Микробиологическое исследование соскоба;
- При отсутствии инфекционных агентов – аутоиммунный эндометрит.

Лапароскопия



Субсерозная миома матки



Очаги эндометриоза по брюшине

Лечение патологии матки

- Хирургические методы
- Консервативные
- Комбинированные

Выбор метода лечения зависит от:

- Тяжести симптоматики
- Возраста пациента
- Сочетания патологии
- Репродуктивных планов
- Риска малигнизации

Методы лечения миомы матки

- **Медикаментозное лечение** направлено на контроль роста миомы и развития симптомов. Проводится амбулаторно.
- При бессимптомном течении миом, за исключением больших размеров опухолей, нет оснований для назначения лекарственных средств (уровень доказательности IA).
- Ни один из существующих методов не способен полностью излечить пациентов с миомой (уровень IA).
- **Хирургическое лечение – основное, но выполняется по показаниям:**
 - А. Органосохраняющее (миомэктомия)
 - В. Радикальное (гистерэктомия)
 - С. Малоинвазивные органосохраняющие методы.

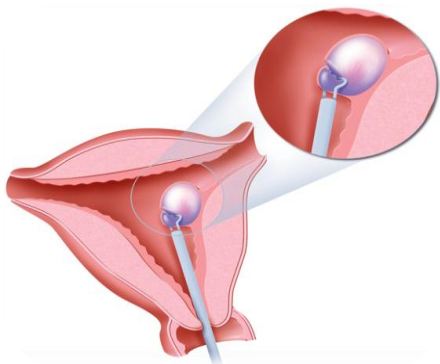
Рекомендуемый объем вмешательства и МС:

- При 0,1,2 типе миомы – гистерорезектоскопия;
- 2-7 – эмболизация маточных артерий, ФУЗ – абляция.
- При 2, 3-7 типе миомы: транексамовая кислота, ингибиторы ЦОГ, КОК, прогестагены в непрерывном режиме, аГТ-РГ, модуляторы прогестероновых рецепторов

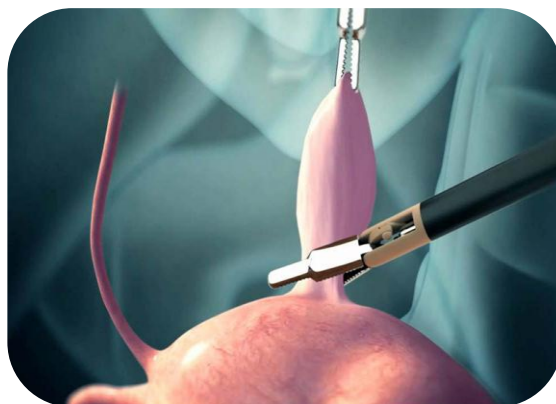
Миомэктомия

Удаление миоматозных узлов

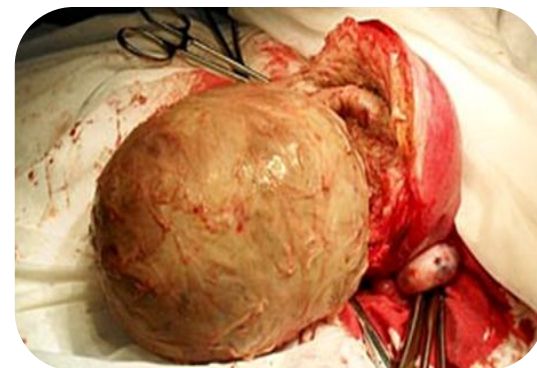
Матка и репродуктивная функция сохраняются¹



Гистероскопическая
миомэктомия



Лапароскопическая
миомэктомия

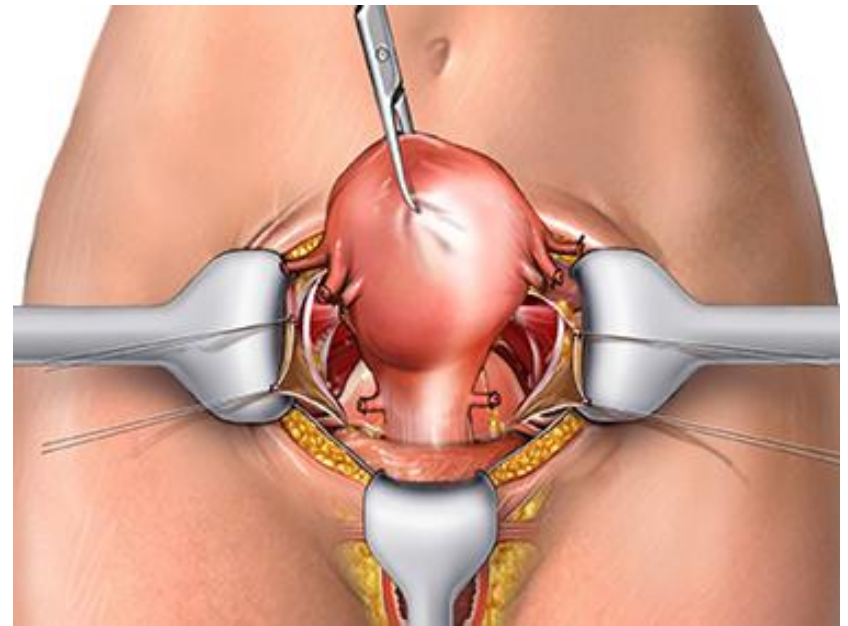


Лапаротомическая
миомэктомия

1. Miller CE, *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2009; 16:11–21

Ампутация или экстирпация матки

- При гигантских размерах миомы;
- Менопаузальный возраст;
- Сочетание с атипической гиперплазией эндометрия и аденомиозом;
- Высокий риск малигнизации (быстрый рост, неопределенный злокачественный потенциал при гистологическом исследовании удаленных узлов)



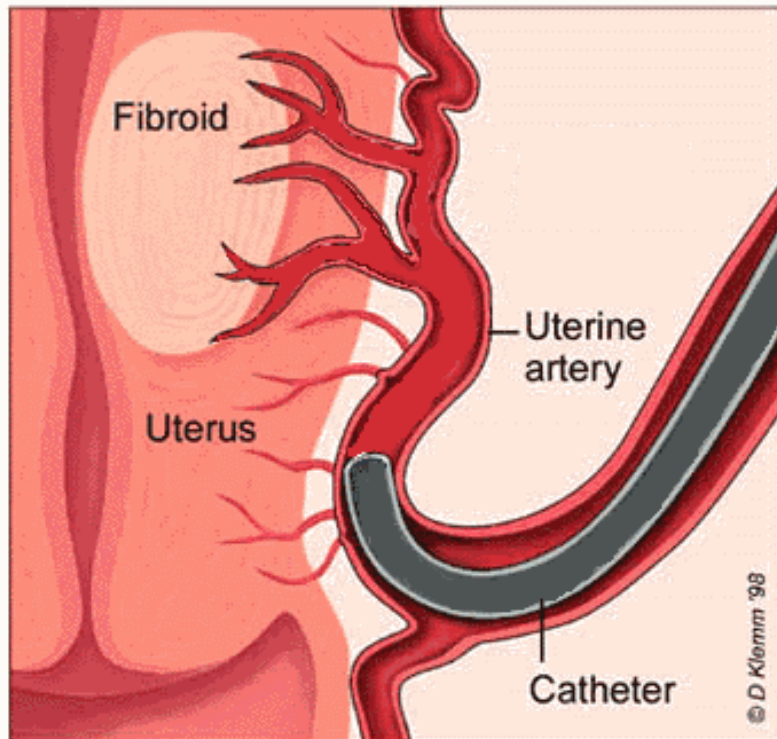
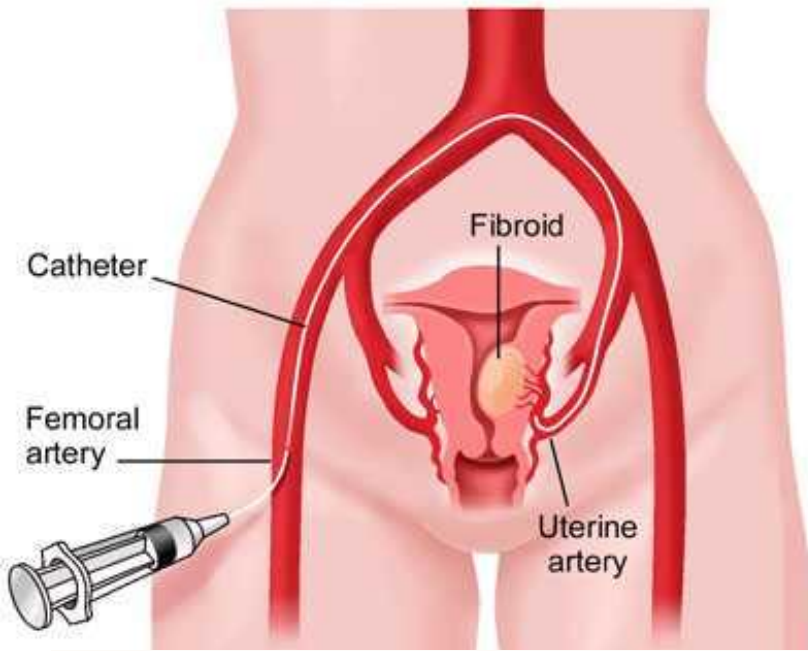
Медикаментозная предоперационная подготовка

Консервативная миомэктомия при лапароскопии или лапаротомии с предшествующей медикаментозной предоперационной подготовкой НА 3 ЦИКЛА:

1. Аналогами ГТ-РГ (луприд, декапептил, диферелин, золадекс, бусерелин) или
2. Селективным модулятором рецепторов прогестерона (улипристала ацетат - эсмия)

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) –

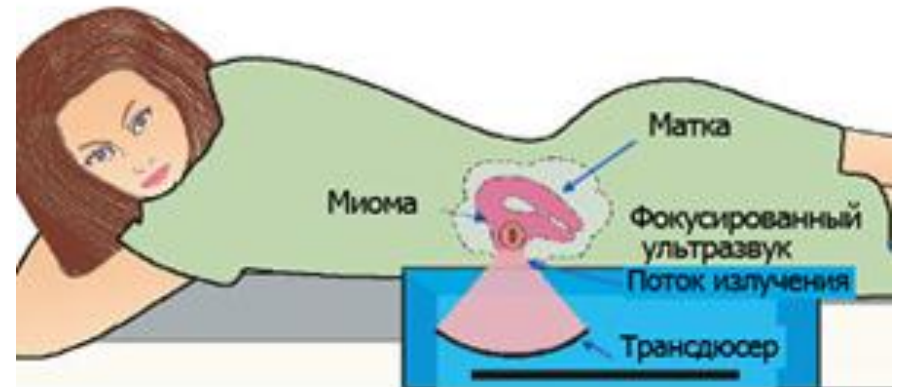
эндоваскулярная эмболизация маточных артерий



ФУЗ- абляция – неинвазивная деструкция тканей миомы высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком под МРТ



- Симптомная миома матки
- Необходимость отсрочить операцию
- Предоперационная подготовка



Негормональная терапия

ПРИ АМК: транексамовая кислота – синтетический ингибитор фибринолиза

- По эффективности превосходит аминокaproную кислоту в 20-30 раз.
- FDA: 3,9-4,0г в сутки до 5 дней. Снижает менструальную кровопотерю на 40% и кровопотерю при миомэктомиях (Cochrane2009, уровень доказательности B).
- По конкурентному типу блокирует активацию плазминогена, предупреждая лизис тромба.
- По 250-500 мг 3-4 раза в день

При АМК – НПВС

- Индометацин
- Ибупрофен
- Диклофенак
- Ацетилсалициловая кислота
- Напроксен



Снижают активность ЦОГ-2 и простагландинов, которые повышены при избыточной менструальной кровопотере.

Для снижения кровопотери менее эффективны, чем ТК, ЛНГ-ВМС.
СРАВНИМЫ с прогестагенами, этамзилатом, КОК (Cochrane2009)

Гормональные средства лечения миомы

	Улучшение симптомов	Уменьшение размеров миомы	Максимальная длительность применения	Возможные побочные эффекты
КОК (при наличии тяжелого менструального кровотечения)	Положительное воздействие	Отсутствие эффекта	Не ограничена при отсутствии противопоказаний со стороны экстрагенитальных заболеваний	Тошнота, головная боль, масталгия
Аналоги Гн-Рг	Положительное воздействие	Положительный эффект	6 мес.	Симптомы медикаментозной менопаузы
ВМС с левоноргестрелом	Положительный эффект	Воздействие не доказано	5 лет.	Нерегулярные, скудные месячные, экспульсия
Прогестагены с выраженным воздействием на эндометрия (при сопутствующей гиперплазии эндометрия)	Положительный эффект	Воздействие не доказано	6 мес.	Тошнота, головная боль, масталгия
Даназол	Исследований недостаточно	Положительный эффект	6 мес.	Андрогенные нежелательные эффекты
Антагонисты и агонисты прогестероновых рецепторов	Положительный эффект	Положительный эффект	Не ограничена при отсутствии противопоказаний	Пастозность, реже - отеки, увеличение толщины эндометрия
Антагонисты гонадотропин-рилизинг гормонов	Положительный эффект	Положительный эффект	6 мес.	Симптомы медикаментозной менопаузы

Гормональная терапия патологии матки

Показания к назначению медикаментозной терапии: АМК, анемия, боль в области таза, сочетание с гиперплазией эндометрия.



Комбинированные
оральные
контрацептивы



Внутриматочные
спирали с
левоноргестрелом
(ЛНГ-ВМС «Мирена»)



Агонисты гонадотропин-
рилизинг гормона (аГнРГ)

Антагонисты и селективные модуляторы прогестероновых рецепторов –
Улипристала ацетат по 5 мг ежедневно в непрерывном режиме 3 мес.

Комбинированные оральные контрацептивы

Используются для терапии маточных кровотечений ОК с антипролиферативным действием (остановка кровотечения: Регулон, с эстрогенами, идентичными натуральным: Клайра, Зоэли)

Применение любых КОК:

- Стабилизируют рост миоматозных узлов
- Уменьшают риск развития миомы матки при длительном использовании

Не уменьшают размеры ММ

Внутриматочные средства (ВМС)

- 1) **Противопоказаны** при наличии подслизистой ММ¹
- 2) ЛНГ-ВМС (Мирена), может применяться для уменьшения симптомов у пациенток, не имеющих значительных деформаций матки, вызванных ММ

- **Высокий риск** экспульсии ВМС (до 20%)²
- Способность уменьшать объем ММ является **спорной**^{1,2}

- Лечебный эффект при гиперплазии эндометрия

1. Ardaens-Boulier K, *Réalités en gynécologie-obstétrique* Mars 2011; 152:1-6

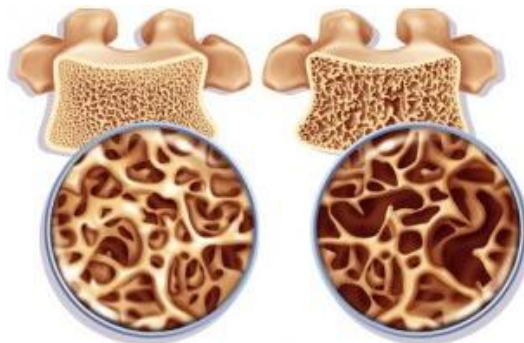
2. Zapata LB, Whiteman MK, Tepper NK, Jamieson DJ, Marchbanks PA, Curtis KM. *Intrauterine device use among women with uterine fibroids: a systematic review*. Contraception. 2010 Jul;82(1):41-55. Epub 2010 Mar 29

Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ)- синтетические пептиды



Обычно используются в качестве **предоперационной подготовки** для уменьшения размеров ММ или **после операции** для противорецидивного лечения¹

Применяются для терапии пациенток в перименопаузе для уменьшения объема ММ **до начала менопаузы**

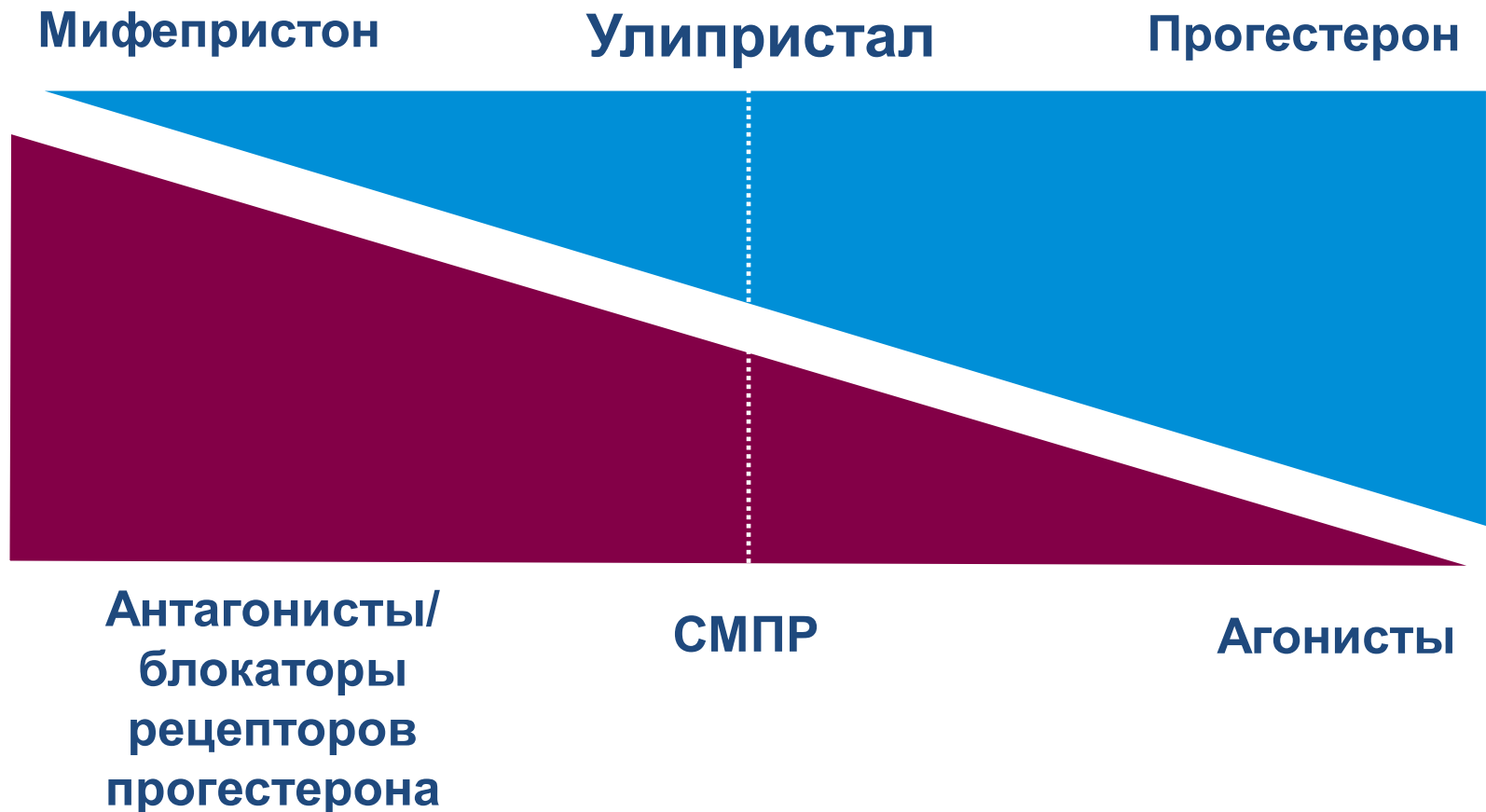


Не рекомендована для долгосрочного применения из-за нежелательных явлений и рисков, связанных с снижением эстрогенов («приливы», снижение минеральной плотности костей) – **медикаментозная менопауза**

Хорошая эффективность при сочетании миомы матки с аденомиозом, с гиперплазией эндометрия.

1. Miller CE, *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2009; 16:11–21

Антигестагены и селективные модуляторы рецепторов прогестерона (СМПР)



Улипристала ацетат (Эсмия) - селективный модулятор рецепторов прогестерона

- **Предотвращает пик ЛГ и овуляцию**
- **Отсутствие эстрогенных или андрогенных эффектов**
- **Действие на лейомиому:**
 - ✓ *Антипролиферативное*
 - ✓ *Антифиброзное*
 - ✓ *Индукция апоптоза*
 - ✓ *Подавление ангиогенеза*
 - ✓ *Воздействие только на миоматозноизмененные клетки*
- **Предоперационная терапия миомы матки и дальнейшее лечение**

Гормональная терапия аденомиоза



- **Прогестагены (производные прогестерона):**
- Визанна (диеногест) по 2мг/сут 6 мес. ;
- Норколут (норэтистерон) по 5-10 мг/сут, 6 мес.;
- Депо-провера по 150 мг 1 раз в 2 недели, длительность лечения 6-9 месяцев.
- **Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы** (Жанин, Регулон, Линдинет).

- **Антагонисты гонадотропинов:** даназол по 400 мг/сут, гестринон по 2,5 мг 2 раза в неделю; курс – 4-6 мес.
- **Аналоги гонадотропного релизинг-гормона:** луприд-депо 3,75 мг , диферелин, бусерелин 3,75 мг в мес. Курс 3-4 мес.

Лечение ГЭ

- Возможен самостоятельный регресс ГЭ
- Гормонотерапия показана при отсутствии регресса или наличии АМК.
 1. ЛНГ-ВМС – 1-я линия;
 2. Прогестагены: МПА 10-20 мг/сут; норэтистерон (норколут) 10 мг/сут в непрерывном режиме;
 3. Прогестагены в циклическом режиме (менее эффективны): дюфастон по 20 мг в сутки 6-12 месяцев, микронизированный прогестерон по 200-400 мг вагинально с 12 по 25-й день цикла (14 дней) – 6 мес.
 4. аГНРГ ограничены по времени.
 5. КОК: В репродуктивном возрасте монофазными низкодозированными КОК не менее 6 -12 месяцев. Контроль биопсии через 6 мес.
- Преимущество пролонгированного режима: 63/7 (не делать перерыв).

Длительность терапии

- Длительная терапия оральными прогестагенами или ЛНГ-ВМС не менее 6 мес для достижения гистологической регрессии ГЭ без атипии
- ЛНГ-ВМС на 5 лет для снижения риска рецидива АМК
- Контроль состояния эндометрия через 6 мес.
- Снятие с учета после 2-х отрицательных результатах биопсии с интервалом 6 мес.
- При наличии факторов высокого риска рецидива (ИМТ 35 и более. Лечение оральными прогестагенами – ежегодная биопсия эндометрия???)

Хирургическое лечение ГЭ

Полипэктомия – основной метод лечения полипов

Гистерэктомия показана при:

- Отсутствие гистологического регресса ГЭ после 12 мес. курса;
- При рецидиве ГЭ после полного курса терапии прогестинами
- При продолжающемся АМК
- При отказе от контроля за состоянием эндометрия после лечения.

Объем хирургического лечения – экстирпация, но не абляция, так как можно полностью эндометрий не удалить, а на фоне формирования синехий будет нарушен доступ в полость матки для контроля

Атипичическая ГЭ

- Гистерэктомия – лечение 1-й линии;

При сохранении фертильности:

- Информировать пациента о риске РЭ;
- Исключить инвазивный рак эндометрия и яичников;
- Консилиумом решение по результатам гистологии. УЗИ данным и биомаркерам;
- ЛНГ-ВМС; оральные прогестины или курс аГнРГ;
- Дальнейшее наблюдение – биопсия каждые 3 мес до 2-х отрицательных результатов; при регрессии – далее каждые 6-12 мес.
- Можно разрешать беременность после первого отрицательного результата. ВРТ более эффективно.
- RCOG - После рождения ребенка – гистерэктомия (Риск??)



Лечения хронического эндометрита около 3 месяцев

- Антибиотики широкого спектра действия в дни менструации 1-2 цикла совместно с ферментными препаратами (дистрептаза 18 свечей по схеме 3:3:3);
- Физиотерапевтическое лечение: лазеро-магнитотерапия, внутритканевой электрофорез (противовоспалительный эффект), бальнеолечение.
- Метаболическая терапия, иммуномодулирующая, улучшение кровотока в малом тазу, венотоники (флебодиа по 600 мг 2 раза в день до исчезновения боли, затем по 1 таблетке длительно 3-6 мес) (УЗИ мониторинг состояния эндометрия);
- Гормональная терапия: дидрогестерон 20 -30 мг в сутки с 16 по 25 день цикла или микронизированный прогестерон 200 мг/сут (полноценное отторжение эндометрия).
- При аутоиммунном эндометрите – ингибиторы простагландинов – НПВС, восстановление рецептивности эндометрия (эстроген-гестагенные препараты: фемостон 2/10 или трансдермальные формы эстрогенов 1-4 мг/сут весь цикл и на 14 дней с 14-16 дня цикла – препараты прогестерона).