

УДК 618.14-002

*Ф.А.Кусаинова<sup>1,2</sup>, Н.С.Жусупова<sup>1,2</sup>, Ж.Ж.Нурумбетова<sup>1,2</sup>,  
Ж.С.Алиева<sup>1,2</sup>, А.П.Давлетбаева<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті

<sup>2</sup>Репродуктивті медицина институты

Алматы қ., Қазақстан

## ГИСТЕРОСКОПИЯ ЖҮРГІЗУ КЕЗІНДЕГІ ГИПЕРПЛАСТИКАЛЫҚ АРУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ- МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

### ТҮЙІН

Репродуктивті медицина институтының оперативті гинекология бөлімшесінде 2015 жылдың қаңтар айынан 2015 жылдың қыркүйек айы аралығында 22 жастан 57 жас аралығында (орта жасы – 39,5) эндометрия гиперплазиясы бар 55 науқас зерттелді, зерттеу жүргізілген науқастарға гистероскопиялық бақылау жасау арқылы жатыр қуысындағы патологиялық өзгерістерді диагностикалық қыру арқылы алынған эндометрияның қырындысын гистологиялық қорытындысы талданды. Барлық науқастарда эндометриттің гиперплазиялық өзгерістері анықталды – эндометриттің диффузды гиперплазиясы – 31(56,3%), эндометриттің ошақты гиперплазиясы 20 (36,3 %), полиптерізді гиперплазия – 2 (3,6 %). Гистероскопиялық бақылау барысында барлық науқастардан жатырдың диагностикалық қырындысы алынып, гистологиялық қорытындысы анықталды: созылмалы эндометрит 3 науқаста 5,4%, ошақты безді гиперплазия созылмалы эндометрит қосындысымен 5 науқаста 9,09 %, диффузиялық безді гиперплазия созылмалы эндометрит қосындысымен 14 науқаста 36 %, эндометриттің безді полипі созылмалы эндометрит қосындысымен 14 науқаста 25,45 %, эндометрияның жай гиперплазиясы 10 науқаста 18,18 %, күрделі атипиялық гиперплазия 1 науқаста 1,8 %, эндометрияның фиброзды полипі эндометрит қосындысымен 2 науқаста 3,6 %, патологияның болмауы 7 науқаста 12,7 % анықталды. Зерттеу барысында эндометрия гиперплазиясы бар науқастардың 3,85 %-да морфологиялық нәтиже расталмады, ал 96,1 % науқаста эндометрия гиперплазиясы гистероскопиялық зерттеумен морфологиялық нәтижесі сәйкес келді.

**Түйінді сөздер:** эндометрия гиперплазиясы, этиопатогенез, жіктелуі, гистероскопия, морфологиялық құрылысы.

**3** аманауи гинекологияда эндометрияның қатерлі ісігімен сырқаттанудың тұрақты түрде өсуінің өзекті мәселелерінің бірі-эндометрия гиперплазиясы болып табылады. Эндометрия гиперплазиясы (ЭГ) -эндометриттің (жатырдың ішкі кілегейлі қабығының) шамадан артық өсуі - эпителийдің шамадан артық және аз мөлшердегі дәнекер тіннің физиологиялық емес пролиферациясы. Қазіргі уақытта эндометрия өзгерісінің келесі жіктелуі (ДДСҰ, 1994) қолданылып келеді.

**Таралуы:** Эндометрия гиперплазиясы әртүрлі жасанаты арасында жатырдың кілегейлі қабатының жиі патологиясы, гинекологиялық науқастардың 15-40 %-да кездеседі. Әйелдердің орташа өмір сүру ұзақтығын ұлғайтуға, гинекологиялық аурулардың ішінде перименопауза кезеңінде 60-76 %-ға дейін эндометрия гиперплазиясының кездесу жиілігінің көбеюіне урогенитальді

бұзылыстардың және психологиялық жүктемелердің жиілеуі әсер етеді. Бразилия елінде жалпы тұрғындар арасында эндометрия полипі 6-38 % жиілігінде, көбіне менархега дейін кездеседі (40-тан 50 жасқа дейін) [2,11].

#### Патогенез:

1. Эндометрия гиперплазиясының патогенезінде гиперэстрогения бірінші орын алады (салыстырмалы және абсалютті). Эндометрия гиперплазиясы дамуында, эндометрия қатерлі ісігі сияқты, абсалютті емес, салыстырмалы гиперэстрогения - антипролиферативті әсерге ие прогестерон жеткіліксіздігі аясында эстрогендердің көп және ұзақ әсер етуімен байланысты. Сондықтан, созылмалы ановуляцияны эндометрия гиперплазиясының қауіп факторы ретінде қарастырылады. Абсалютті гиперэстрогения сирек кездесетіндіктен маңызы аз, эндометрия гиперпла-

**Эндометрия гиперплазиясының ДДСҰ 1994 жылы бекітілген жіктемесі**

Эндометрия гиперплазиясы	
Қалыптан тыс емес гиперплазия	Қалыптан тыс гиперплазия
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Қалыптан тыс емес қарапайым гиперплазия</li> <li>• Эндометрия көлемі ұлғайған</li> <li>• Құрылысы бойынша қалыпты эндометриядан айырмашылығы бар (бездер және дәнекер тін белсенді, бездер бір қалыпты орналаспаған, кейбіреуі кистозды кеңейген)</li> <li>• Бездер мен дәнекер тін арасында пролиферациялық баланс бар</li> <li>• Дәнекер тінде ан тамырлары біркелікі орналасқан</li> </ul> <p>Қалыптан тыс ядросы жоқ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• қалыптан тыс емес күрделі гиперплазия</li> <li>• (қалыптан тыс емес аденоматоз)</li> <li>• Безді тін пролиферациясы қарапайым түрімен салыстырғанда айтарлықтай айқын (аралық дәнекер тінде бездер саны көп)</li> <li>• Бездер құрылысы дұрыс емес пішінде</li> <li>• Бездер мен дәнекер тін арасында пролиферациялық баланс бұзылған (безді тін көп)</li> <li>• Қалыптан тыс ядросы жоқ</li> </ul>
	<p>Қалыптан тыс қарапайым гиперплазия</p> <p>Қалыптан тыс күрделі гиперплазия (қалыптан тыс аденоматоз)</p> <p>Қалыптан тыс жасушалардың белгілері:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• жасуша дисполярлы</li> <li>• сәйкессіз стратификациясы</li> <li>• анизоцитоз</li> <li>• ядроның гиперхроматизмі</li> <li>• ядроның ұлғаюы</li> <li>• вакуелдердің кеңейуі</li> <li>• цитоплазмалардың эозинофилиясы</li> </ul>

зиясы 46,7-93,5 % жағдайында аналық бездің эстроген өндіруші ісінде анықталады. Эндометрия гиперплазиясы патогенезінде тіндік рецепция бұзылысы айқын көрінеді. Эндометрияның безді гиперплазиясында эстроген рецепторлары көбейгенімен, қалыптас тыс эндометрия гиперплазиясы мен эндометрия қатерлі ісінде, керісінше, эстроген шоғырлануының төмендеуі байқалады. Эндометрия полипінде эстроген және прогестерон рецептрлерінің цитоліздік концентрациясы жоғарылайды [3,5].

2. Жыныстық жетілу кезінде эндометрияның гиперплазиялық үрдісінің дамуына алып келетін негізгі себебі, фолликулалардың атрезиясының ановуляциялық түрі, бұл өз кезегінде, прогестерон жеткіліксіздігі және эстрогеннің аз мөлшерде бөлінуі эндометрияның шектен тыс өсуімен жүреді. Клиникалық көрінісі полименориямен, гиперменориямен, меноррагиямен сипатталады [6-8].

3. Пре Klimakterиялық кезеңде, керісінше, қысқа уақытты эстрогеннің көп мөлшерде бөлінуі, эндометрияның белсенді бездік гиперплазиясының айқын көлемді пролиферациясының жоғарылануымен байқалады [6-8].

4. Постменопаузальдық кезеңдегі эндометрияның гиперплазиялық үрдісі ерекше көңіл аудартуының негізгі себебі- аналық без құрылысының гормондық белсенділігі (дәнекер тінді гиперплазия, текаматоз, тека және гранулезді келеткалы ісік) немесе эндокриндік алмасудың бұзылуы (семіздік, дизэнцефальды патология) [6-8].

5. Жасушалардың жарақаттануы экстрацеллюларлы матриктің бұзылуы, протеолитикалық ферменттерден және макрофагтардан, лимфоциттерден, лейкоциттерден тұратын инфильтраттың түзілуі, дәнекер тіннің өсуіне алып келетін факторларды өндірілуін ынталандырады [5].

**Ғалымдардың морфологиялық құрылысына берген анықтамалары:** G.Mutter (2000 ж.) гиперплазиялық эндометрия үрдісінің оңайлатылған қысқаша түрін ұсынды:

1. Эндометрия гиперплазиясы (мардымсыз патологиялық үрдіс, неоплазия дамуына қауіп жоқ).

2. Эпителий ішілік эндометрия неоплазиясы (ісікалды немесе ісік үрдісінің дамуына жоғары қауіп (30 %). О.Ф.Чепчиктің (2004 ж.) зерттеуі бойынша эндометрия гиперплазиясының ер түрлі нұсқадағы дәрежесінің малигнизация қауіпі эндометрияның морфологиялық жағдайымен анықталады [4]. В.М.Перельмутер (2008) қатерсіз эндометрия гиперплазиясына толық морфологиялық сипаттама берді:

1. Қатерсіз эндометрия гиперплазиясының негізгі морфологиялық көрінісі:

– метотикалық белсенді бездің пролиферациялық түрінің болуы, ядролардың жалған көп қатарлы орналасуы.

– бездердің кистозды кеңеюі, эпителийдің түтікті метаплазиясы, бездердің біркелікі емес тығыздығы ("тұрақты - тұрақсыз" эндометрия), фибринді тромб, дәнекер тіннің деструкциясы.

– белгілердің ай•ындылығы вариабельді.

"Қатерсіз эндометрия гиперплазиясының белсенді фазасы" белгілерінің болуы келесі нәтижелерден көрінуі мүмкін: "Қатерсіз эндометрия гиперплазиясы (қарапайым типті безді эндометрия гиперплазиясы)"

2. Қатерсіз эндометрия гиперплазиясының тоқырауфазасындағы негізгі морфологиялық өзгерістері:

- пролиферативті типті бездің болуы;
- іс жүзінде миотикалық белсенділіктің болмауы;
- бездердің кистозды кеңеюі, эпителийдің түтікті метаплазиясы, бездердің біркелкі емес тығыздығы ("тұрақты - тұрақсыз" эндометрия);
- фибринді тромб, дәнекер тіннің деструкциясы.

Егер, өзгерістер қатерсіз эндометрия гиперплазиясы тоқырау сатысына сәйкес болса, қойылған диагнозға келесідей анықтама беруге болады: "Қатерсіз эндометрия гиперплазиясы, белсенді емес фаза (қарапайым типті безді эндометрия гиперплазиясы, белсенді емес сатысы)".

3. Қатерсіз эндометрия гиперплазиясында прогестеронның қосымша әсерінің қатысуы кезіндегі негізгі морфологиясының көрінісі:

- дәнекер тінде дицидуальді реакциясы және безді эпителиде әртүрлі дәрежедегі айқын секреторлы өзгерістер анықталуы;
- іс жүзінде миоматикалық белсенділіктің болмауы;
- ұзақ уақыт гиперэстрогения көрінісінің сақталуы кезінде эндометрияда қосымша пайда болған өзгерістер: бездердің кистозды кеңеюі, бездердің орналасуының вариабельді тығыздығы, эпителийдің түтікті метаплазиясы, микроинфаркттердің және фибринді тромбтардың болуы.

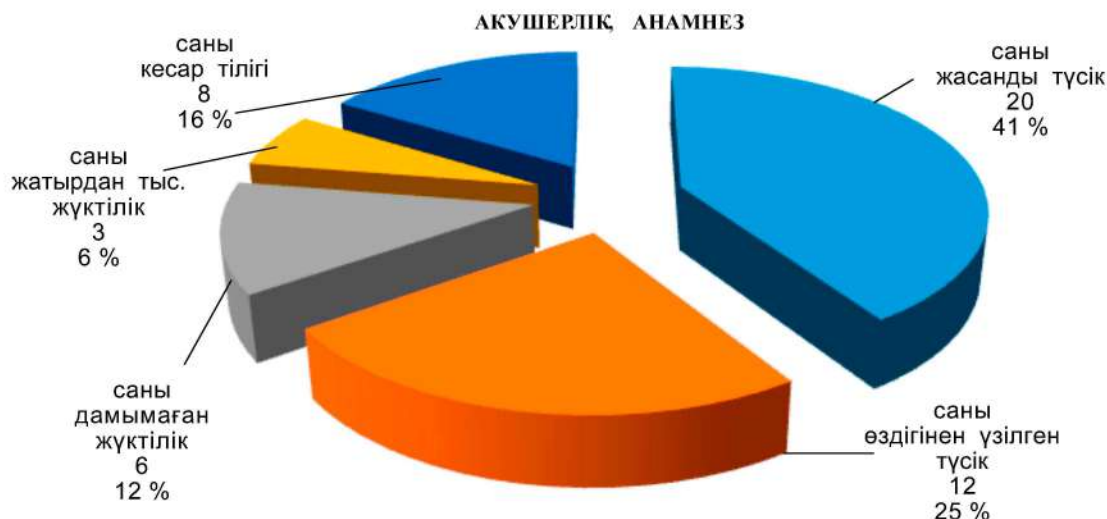
Егер, қатерсіз эндометрия гиперплазиясы бел-

гілерінің болуы прогестеронның әсерімен сәйкес келіп жатса, келесі қорытынды жасалады: "Қатерсіз эндометрия гиперплазиясы секреторлы өзгерістермен (қарапайым типті безді эндометрия гиперплазиясы секреторлы өзгерістерімен)".

**Зерттеу мақсаты:** Бұл жұмыста - әртүрлі жас аралығындағы науқастарда эндометрия гиперплазиясының морфологиялық құрылысын және жиілігін гистероскопиялық зерттеуде алынған мәлеттерді бағалау.

**Зерттеу мәліметтеріжәне әдістері:** Гистероскопиялық қарау 22 жастан 57 жас аралығында (орташа 39,5) 55 науқасқа жасалды. Гистероскопия жасау көрсеткіштері: ультрадыбысты зерттеу нәтижесі бойынша анықталған эндометрия гиперплазиясы; дисфункционалды жатырлық қан кету; ұзақ уақытты бедеулік. Гистероскопия, Германиялық "Karl Storz" фирмасының диаметрі 5 мм кең көлемді көрінісі 250 болатын қатты гистероскоп құралымен жүргізілді. Жатыр қуысындағы патологиялық өзгерістерді көру мақсатында 0,9 % натрий хлор ерітіндісін қолдану арқылы іске асырылды. Жұмыс барысында жатыр қуысының қырындысын алу жоспарланғандықтан, 37 науқасқа қантамырлық жансыздандыру арқылы, ал 17 науқасқа – жансыздандыру қолданбай гистероскопия жасалды. Гистероскоп диаметрінің кіші болуына байланысты цервикальді каналды кеңейтпей жасалды.

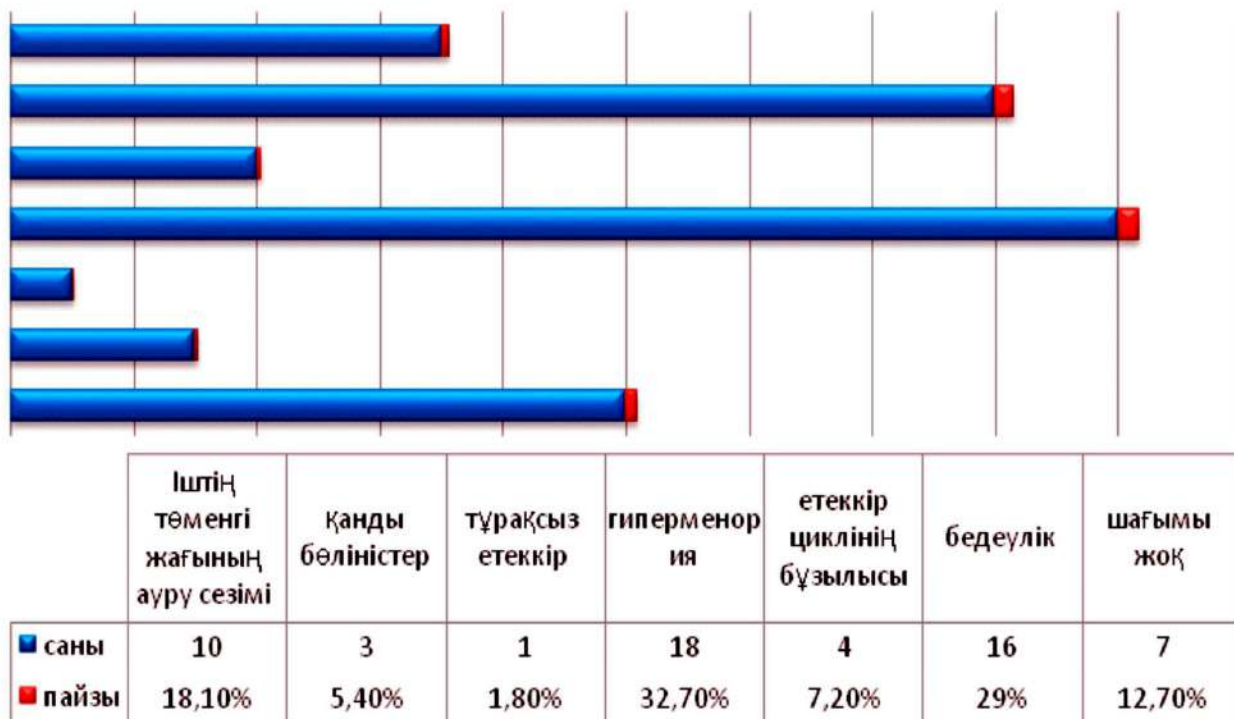
**Нәтижелері:** Зерттелген әйелдерде гистероскопиялық диагностикалауда эндометрияның гиперплазмиялық үрдісі (55 науқаста). Науқастардан алынған акушерлік анамнез: ас•ынған акушерлік анамнез - 41 (74,5 %), оның ішінде 20 (36,3 %) - жасанды түсік, 12 (21,8 %) – науқаста өздігінен үзілген түсік, 6 (10,9 %) – дамымаған жүктілік және 3 (5,4 %) жатырдан тыс жүктілік, 8 (14,5 %) ота арқылы кесар тілігі бойынша босану (1 сурет).



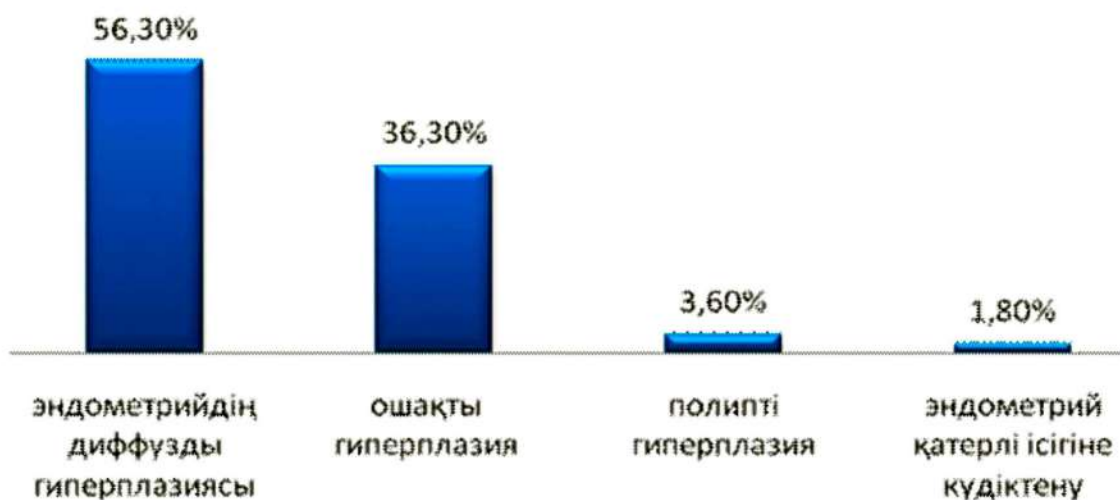
Сурет 1. Акушерлік анамнезден алынған мәлімет

Ауруханаға келіп түскен кездегі шағымы: іштің төменгі жағының ауыруы сезімі – 10 (18,1%), оның ішінде қанды бөліністері бар – 3 (5,4%) және тұрақсыз етеккір – 1 (1,8%), гипер-

менория – 18 (32,7%), етеккір циклінің бұзылысы – 4 (7,2%), бедеулік – 16 (29%), шағымы жоқ – 7 (12,7%) (сурет 2).



Сурет 2. Науқастардың ауруханаға келіп түскендегі шағымы



Сурет 3. Гистероскопия барысындағы анықталған эндометрияның патологиялық өзгерістері

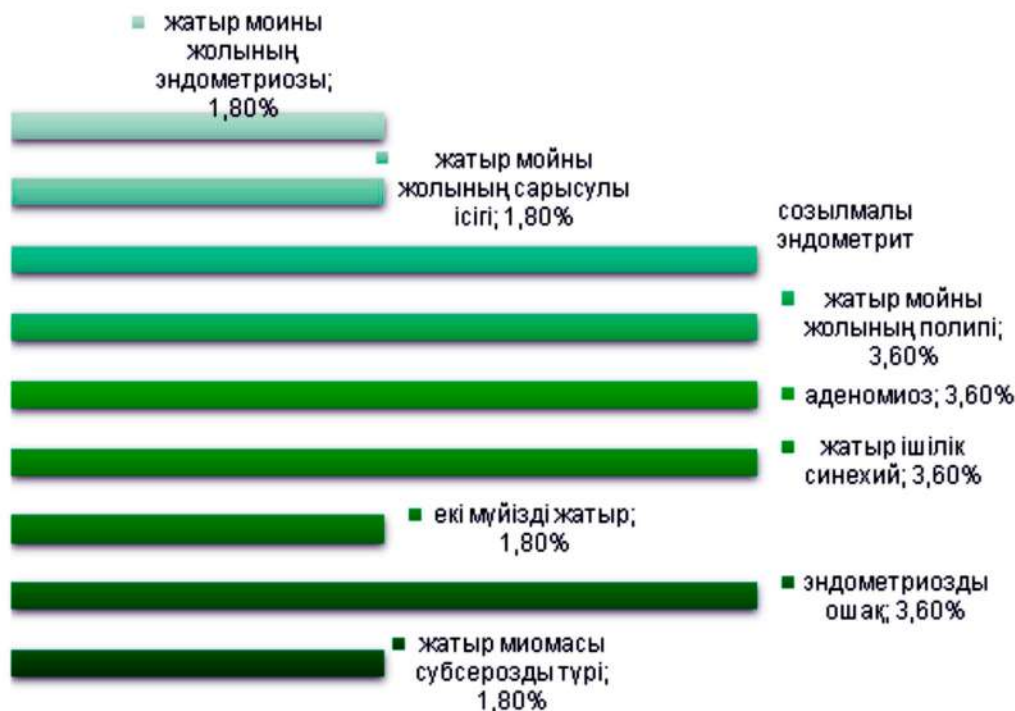
Гистероскопия барысындағы анықталған эндометрияның патологиялық өзгерістері: эндометрияның диффузиялық гиперплазиясы – 31 (56,3 %), эндометрияның ошақты гиперплазиясы – 20 (36,3), полиптәрізді гиперплазия – 2(3,6 %). Эндометрия қатерлі ісігіне күдіктену – 1 (1,8 %) және қосымша гинекологиялық аурулар - жатыр субсерозды миомасы – 1 (1,8 %), ошақты эндометриоз – 2 (3,6 %), екі мүйізді жатыр – 1 (1,8 %), жатыр ішілік синехия – 2 (3,6 %), аденомиоз – 2 (3,6 %), цервикальді каналдың полипі – 2 (3,6%), созылмалы эндометрит – 2 (3,6 %), цервикальді канал кистасы – 1 (1,8 %), цервикальді канал эндометриозы – 1 (1,8 %). (2-кесте, 3 сурет).

Гистероскопиялық бақылау арқылы алынған жатырдың диагностикалық қырындысының гистологиялық қорытындысыда анықталды: созылмалы эндометрит 3 науқаста 5,4 %, ошақты безді гиперплазия созылмалы эндометрит қосындысымен 5 науқаста 9,09 %, диффузды безді гиперплазия созылмалы эндометрит қосындысы-

2 кесте

**Гистероскопия барысындағы анықталған эндометрияның патологиялық өзгерістері**

Зерттеу мәліметтері	Саны	%
Эндометрияның гиперплазиялық өзгерісі эндометрияның диффузиялық гиперплазиясы	31	56,3
ошақты гиперплазия	20	36,3
полиптi гиперплазия	2	3,6
эндометрияның қатерлі ісігіне күдіктену	1	1,8
Қосымша гинекологиялық аурулар		
Жатырдың субсерозды миомасы	1	1,8
Ошақты эндометриоз	2	3,6
Қос мүйізді жатыр	1	1,8
Жатырiшiлiк синехия	2	3,6
Аденомиоз	2	3,6
Цервикальді каналдың полипі	2	3,6
Созылмалы эндометрит	2	3,6
Цервикальді канал кистасы	1	1,8
Цервикальді канал эндометриозы	1	1,8



4 сурет. Гистероскопия барысында анықталған эндометрияның қосымша атологиясы

мен 14 науқаста 16,36 %, эндометрияның безді полипі созылмалы эндометрит қосындысымен 14 науқаста 25,45 %, эндометрияның жай гиперплазиясы 10 науқаста 18,18 %, күрделі атипиялық гиперплазия 1 науқаста 1,8 %, эндометрияның фиброзды полипі эндометрит қосындысымен 2 науқаста 3,6 %, патология жоқ 7 науқаста 12,7 %. Эндометрия гиперплазиясының диагностикасында түрлі қалыңдықтағы, түстегі, яғни, ақшыл қызғылт түстен айқын қызыл түске дейін көрінді. Шырышты қабаттан қырып алынған гистологиялық зерттеуде 96,1% науқаста гиперпластикалық өзгерістің бар екендігін расталды (3 кесте, 4 сурет).

**Қорытынды:** Гистероскопия жатырішілік патологияларды жансыздандырусыз және цервикальді каналдыкеңейтпей, жоғарғы мәліметке қол жеткізуге мүмкіндік береті әдіс болып табылады. Зерттеу барысында эндометрия гиперплазиясымен келіп түскен 55 науқастың ішінде

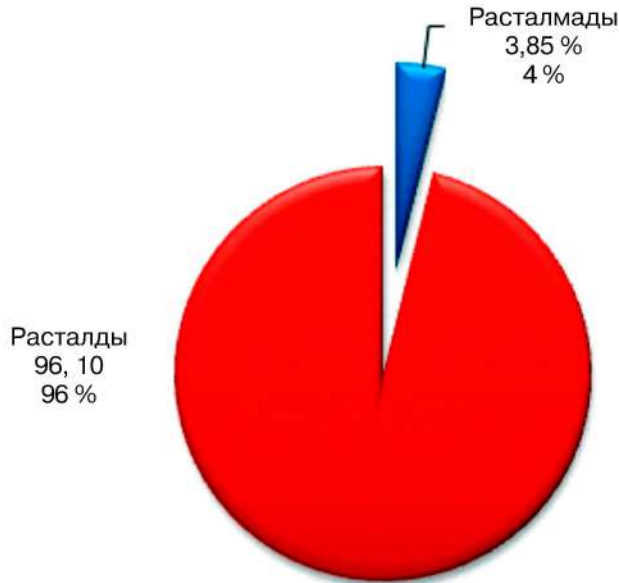
кесте 3

**Эндометрияның морфологиялық жағдайының құрылысы**

Эндометрияның морфологиялық жағдайы	Абс. саны	%
Созылмалы эндометрит	3	5,4 %
Ошақты безді гиперплазия созылмалы эндометрит қосындысымен	5	9,09%
Диффузды - безді гиперплазия созылмалы эндометрит қосындысымен	9	16,36 %
Эндометриядің безді полипі созылмалы эндометрит қосындысымен	14	25,45 %
Жай гиперплазия	10	18,18 %
Күрделі атипиялық гиперплазия	1	1,8 %
Эндометрияның фиброзды полипі эндометрит қосындысымен	2	3,6 %
Патология жоқ	7	12,7 %



4 Сурет. Эндометрияның морфологиялық жағдайының құрылысы



Сурет 5. Гистероскопиялық көрністің гистологиялық қорытындысымен сәйкестігі/расталуы

3,85 % науқаста морфологиялық нәтижесі расталмады, ал 96,1 % науқаста эндометрия гиперплазиясы гистероскопиялық зерттеумен жүргізілген морфологиялық нәтижесі сәйкес келді (5 сурет). Эндометрия гиперплазиясы бар на-

уқастарды нәтижелі анықтау әдісіне гистероскопиялық диагностика жүргізу тиімділігі жоғары, дегенмен, гистологиялық зерттеу нәтижелерімен растау қажет екенін көрсетеді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г., Сапрыкина Л.В. Эндохирургические методы лечения предраковых состояний эндометрия // Лечебное дело. – 2010. – № 2. – С. 66-67.
- 2 Orvieto R, Bar-Hava I, Dicker D, Bar J, Ben-Rafael Z, Neri A. Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78 (10): 883-6.
- 3 Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухина И.Б. Гинекология: Национальное руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2013. – С. 473-474.
- 4 Узденова А.И. Отдаленные результаты лечения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде: автореф. дис. д-ра мед. наук: "Рос. ун-т Дружбы народов. – М., 2011. – 23 с.
- 5 Сапрыкина Л.В., Доброхотова Ю.Э., Литвинова М. Гиперпластические процессы эндометрия: вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения // Лечебное дело. – 2011. – № 3. – С. 4-5.
- 6 Пушкарёв В.А., Мустафина Г.Т., Хуснутдинов Ш.М., Кулавский Е.В., Мазитов И.М., Голов Е.К., Пушкарёв А.В. Железистая гиперплазия эндометрия, диагностика, клиника, лечение // Креативная хирургия и онкология. – 2013. – № 4. – С. 23-24.
- 7 Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб.: Фолиант, 2002. – 540 с.
- 8 Клинышкова Т.В., Фролова Н.Б., Мозговой С.И. Клинико-морфологическое обоснование оптимизации лечения больных с гиперплазией эндометрия // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2010. – № 34. – С. 16-20
- 9 Мозговой С.И. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 3. – С.16-20.
10. Перельмутер В. М. Морфологические изменения эндометрия при гиперэстрогении и эндометриальной интраэпителиальной неоплазии // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 5 (29). – С. 7-9.
- 11 Mutter G. L. J. // Gynec. Oncol. – 2000. – Vol. 76, № 3. – P. 287-290.
- 12 Marco Antonio Lenci, Vanessa Alessandra Lui do Nascimento, Ana Beatriz Grandini, Walid Makin Fahmy, Daniella de Batista Depes, Fausto Farah Baracat, Reginaldo Guedes Coelho Lopes. Premalignant and malignant lesions in endometrial polyps in patients undergoing hysteroscopic polypectomy // einstein. 2014. Vol. 12(1). – P. 16-21.

## АННОТАЦИЯ

Проведен анализ гистологических исследований соскобов эндометрия и удаленных очагов гиперплазии, полученных при диагностическом выскабливании стенок полости матки и прицельной биопсии под контролем гистероскопии у 55 пациенток в возрасте 22-57 лет (в среднем 39,5 лет) за период с января 2015 г. по сентябрь 2015 г. на базе оперативной гинекологии ИРМ. У всех пациенток были выявлены гиперпластические процессы эндометрия: диффузная гиперплазия эндометрия – 31 (56,3 %), очаговая гиперплазия эндометрия – 20 (36,3 %), полиповидная гиперплазия – 2 (3,6 %). При гистероскопии выявлена гиперплазия эндометрия и проведено ее сравнение с гистологическим заключением: хронический эндометрит у 3 пациенток (5,4 %), очаговая гиперплазия с хроническим эндометритом у 5 (9,09 %), диффузная гиперплазия с хроническим эндометритом у 14 (16,36 %), железистый полип эндометрия с хроническим эндометритом у 14 (25,45 %), простая гиперплазия у 10 (18,18 %), сложная атипичная гиперплазия у 1 (1,8 %), фиброзный полип эндометрия с хроническим эндометритом у 2 пациентов (3,6 %), без патологии у 7 пациентов (12,7 %). На основании полученных данных при гистероскопическом исследовании с морфологическим заключением в 96,1 % гиперплазия эндометрия подтверждается, а в 3,85 % случаев не подтверждается.

**Ключевые слова:** гиперплазия эндометрия, этиопатогенез, классификация, гистероскопия, морфология.

## SUMMARY

The article presents the results of histologic investigation of endometrium evacuated and removal of foci of hyperplasia and aiming removal under hysteroscopic control from 55 women aged 22-57 (average 39.5), for the period from January 2015 to September 2015 bases of operative gynecology IRM. When carrying out ultrasound in all patients were found to have sonographic signs of endometrial hyperplastic processes. Diffuse endometrial hyperplasia – 31 (56,3 %), focal endometrial hyperplasia – 20 (36,3), polyp hyperplasia – 2 (3.6 percent). Having identified hysteroscopic research of endometrial hyperplastic processes it was compare with histological finding: chronic endometritis – 3 (5,4 %), focal endometrial hyperplasia with chronic endometritis – 5 (9,09%), diffuse endometrial hyperplasia with chronic endometritis – 14 (25,45 %), glands polip endometrial hyperplasia with chronic endometritis – 14 (16,36 %), simple endometrial hyperplastic – 10(18,18 %), complicated with atypical endometrial hyperplastic – 1 (1,8 %), fibrosis polip endometrial hyperplastic with chronic endometritis – 2 (12,7 %). On the basis of the data obtained from hysteroscopic research with histological results not confirmed 3,85 %, were confirmed 96,1 %.

**Key words:** endometrial hyperplasia, etipatology, morphological diagnosis, hysteroscopy, histology.