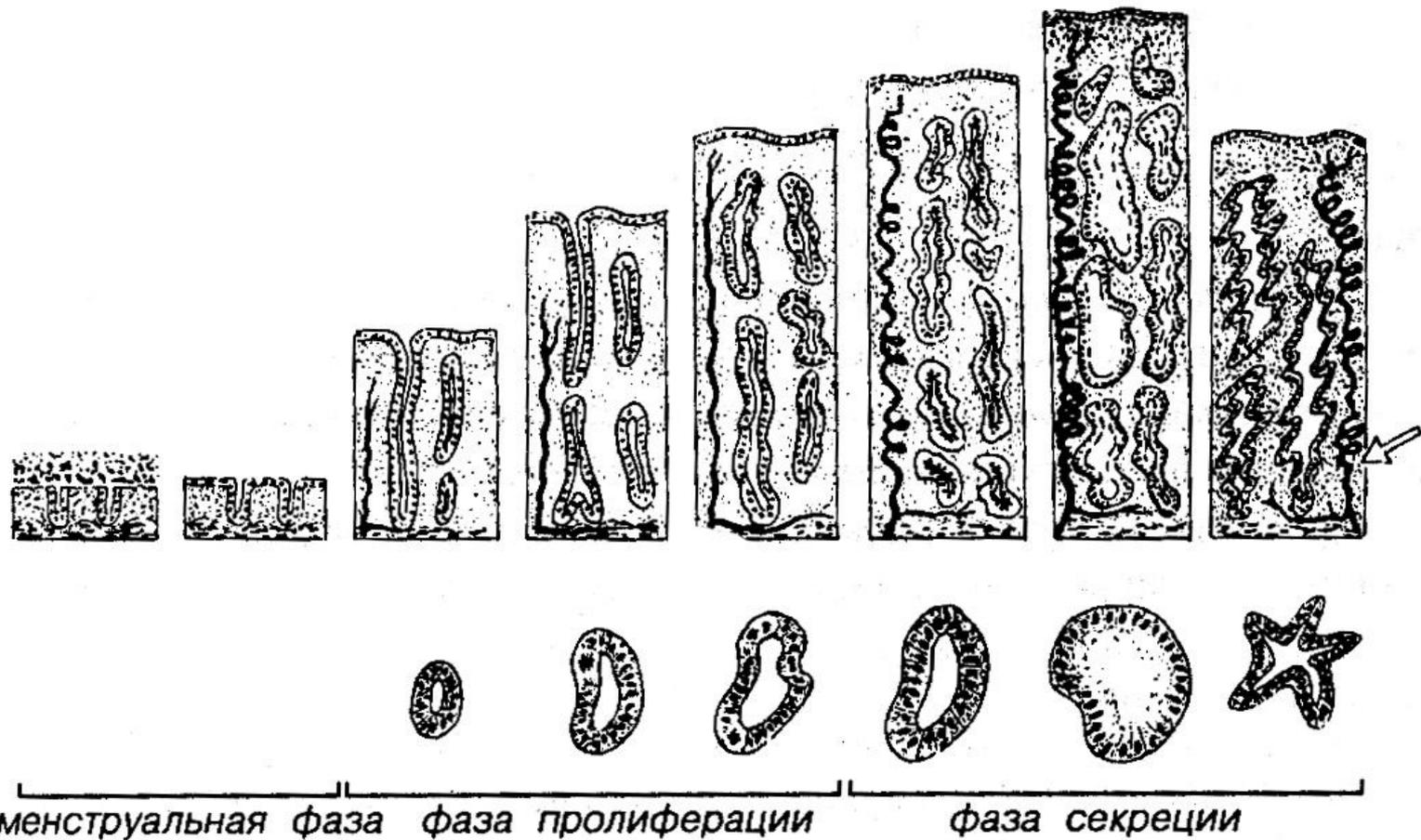


**ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ
ПРОЦЕССЫ
ЭНДОМЕТРИЯ**

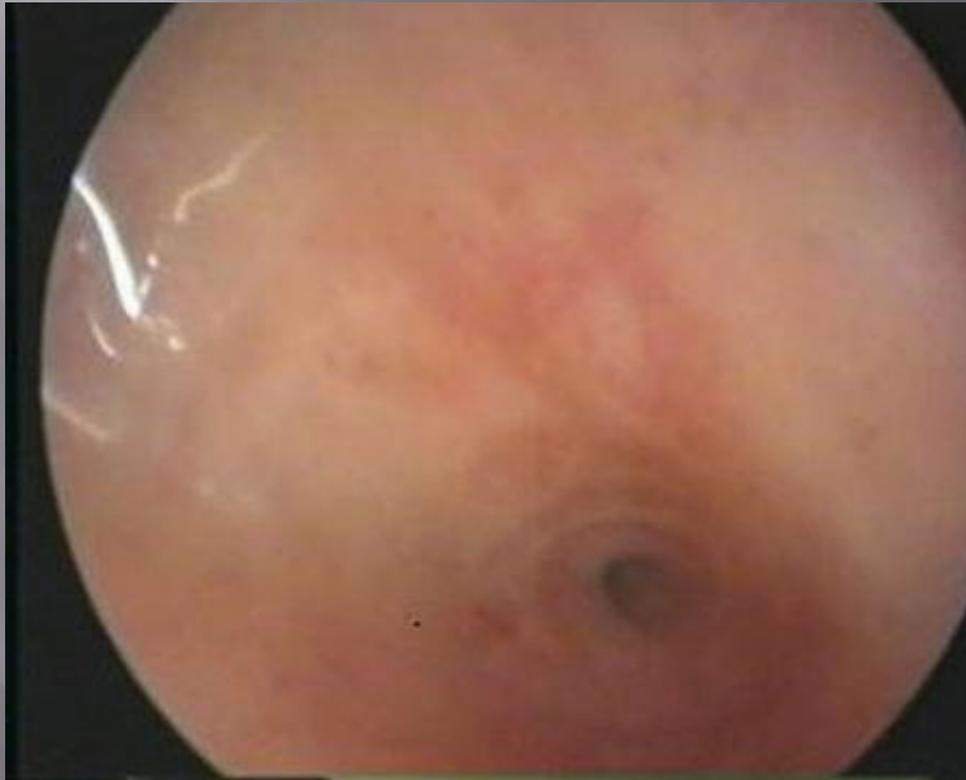
Трансформация эндометрия





Гистероскопия.

Эндометрий в фазе пролиферации

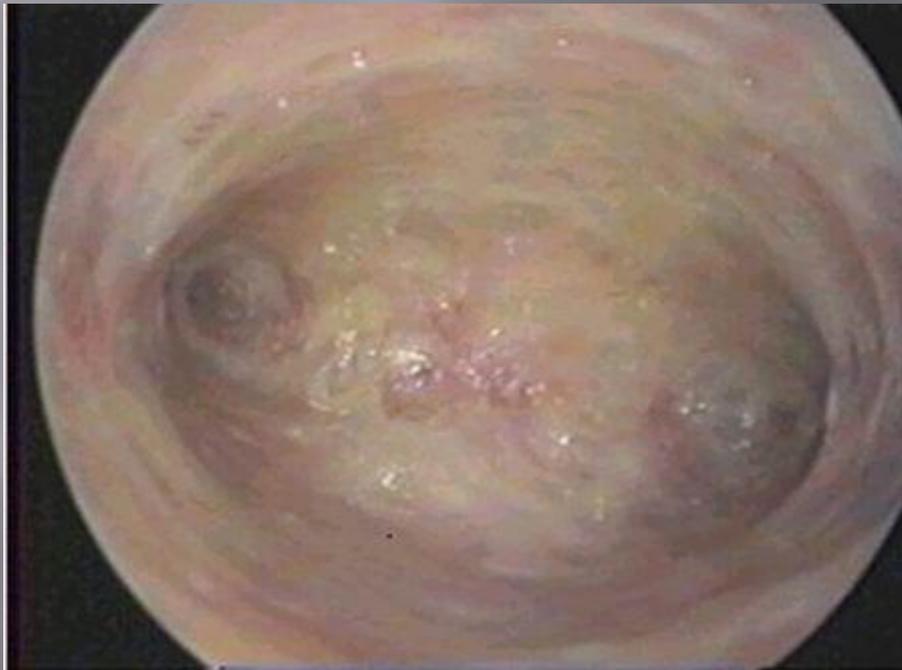


Гистероскопия. Эндометрий в фазе секреции



Гистероскопия.

Эндометрий в постменопаузе



УЗИ. Эндометрий в постменопаузе



Гиперпластические процессы эндометрия

К гиперпластическим процессам эндометрия (ГПЭ) относятся различные варианты гиперплазии эндометрия и полипы эндометрия.

КОД ПО МКБ-10

N84.0 Полип тела матки.

N85.0 Железистая гиперплазия эндометрия.

N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия.

Патологические состояния эндометрия

- Фоновые процессы: железистая гиперплазия, эндометриальные полипы
- Предраковое заболевание: атипическая гиперплазия
- Рак: аденокарцинома, аденоакантома (аденоакантокарцинома), светлоклеточная мезонефроидная аденокарцинома, железисто-плоскоклеточный рак, недифференцированный рак

Гистологическая классификация гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 2003)

I. Эндометриальная гиперплазия

1. Типичная гиперплазия эндометрия:

- ▣ простая
- ▣ сложная

2. Атипичная гиперплазия эндометрия:

- ▣ простая
- ▣ сложная

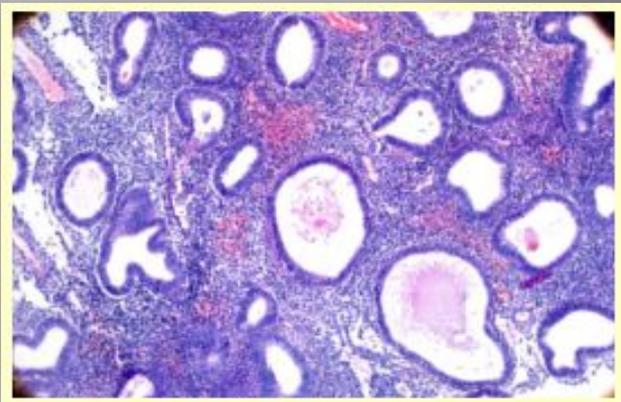
II. Эндометриальный полип

- ▣ полип, содержащий функциональный слой эндометрия
- ▣ полип из базального слоя эндометрия

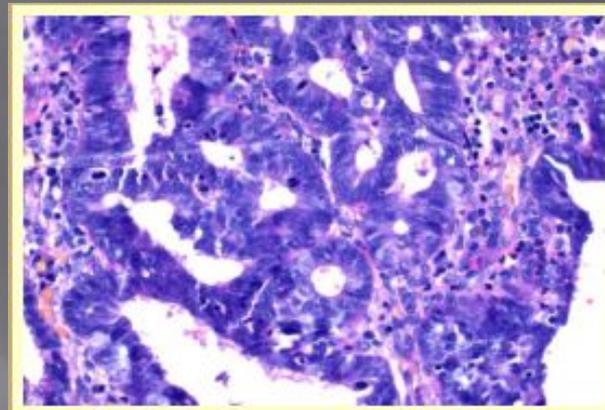
Классификация ВОЗ и Международного общества патологов (1994, пересмотр 2003)

ГИПЕРПЛАЗИЯ БЕЗ АТИПИИ

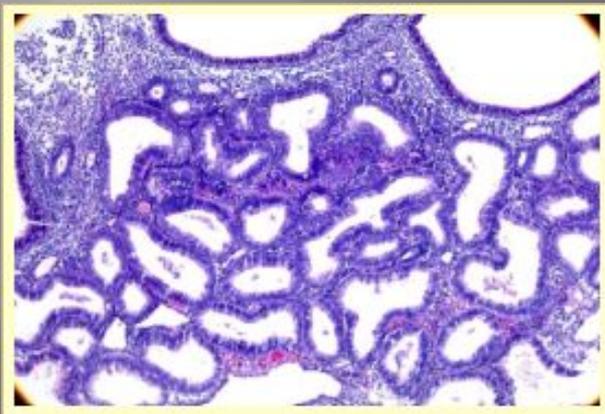
АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ



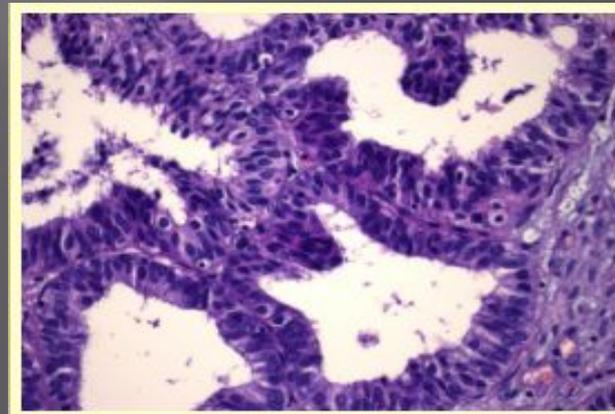
простая



простая



сложная



сложная

Патогенез

гиперпластических процессов эндометрия

Абсолютная или относительная гиперэстрогемия

= абсолютный или относительный дефицит прогестерона

- ▣ Овариальная недостаточность (ановуляция, недостаточность функции желтого тела)
- ▣ Гиперпродукция эстрогенов (стромальная гиперплазия, гиперплазия тека-ткани, эстрогенпродуцирующие опухоли яичников)
- ▣ Несбалансированная гормональная терапия
- ▣ Нарушения метаболизма эстрогенов (ожирение, цирроз печени, гипотиреоз)
- ▣ Гиперплазия коры надпочечников

Установлена роль наследственных факторов, реализуемая как в генетически детерминированных вариантах нарушений обмена, так и в повреждающем действии факторов внешней среды в период полового созревания и внутриутробного развития.

Патогенез

гиперпластических процессов эндометрия

- ▣ Теория воспалительного генеза патологической пролиферации (1987 год)
(изменение структуры и функции рецепторного аппарата приводит к формированию очагов пролиферации)

Длительное существование воспалительных очагов в эндометрии приводит к патологической афферентной импульсации в ЦНС, вторично развивается дисфункция яичников.

Патогенез

гиперпластических процессов эндометрия

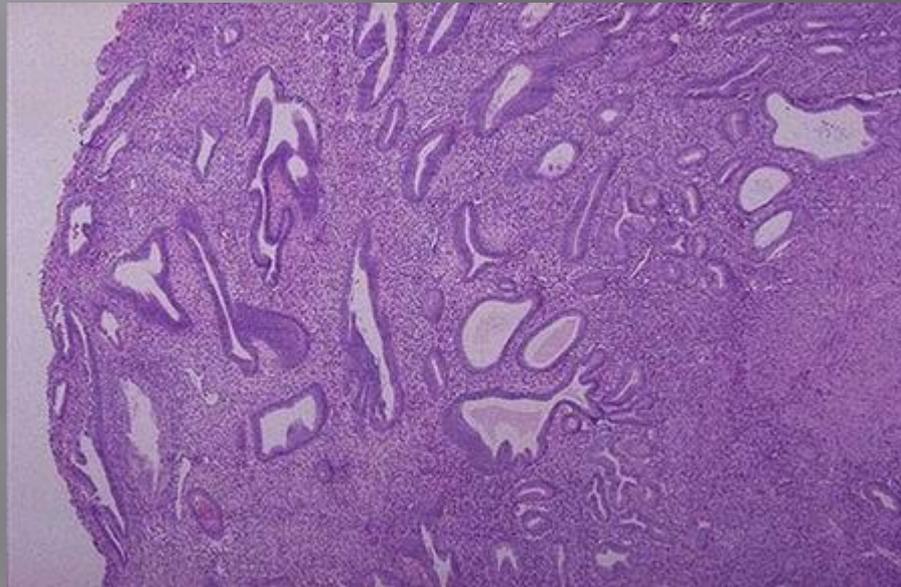
местные факторы

- ▣ Нарушение продукции факторов роста
- ▣ Нарушение баланса в системе апоптоза

Железистая гиперплазия эндометрия (типичная)

- часто определяется у больных с ановуляторными ДМК
- при УЗИ – утолщенный неоднородный эндометрий
- при выскабливании полости матки –обильный соскоб
- при макроскопическом исследовании удаленной матки - утолщенный до 1 – 2 см эндометрий
- при гистологическом исследовании: повышение количества элементов стромы, желез, с некоторым преобладанием желез. Железы различной формы, могут быть кистовидно расширенные железы, железы выстланы высокопризматическим эпителием, встречаются фигуры митоза
- малигнизация встречается в 0,4 - 1 %

Гиперплазия эндометрия



УЗИ. Гиперплазия эндометрия



Гистероскопия. Гиперплазия эндометрия



Полипы эндометрия

- ▣ Полипы базального слоя развиваются вследствие пролиферации желез базального слоя эндометрия (удлинение утолщенных участков базального слоя эндометрия, в условиях сократительной деятельности формируется ножка полипов). Наиболее частой локализацией полипов являются дно и углы матки.
- ▣ Обязательно наличие ножки, состоящей из фиброзной и гладкомышечной ткани
- ▣ Железы располагаются хаотично
- ▣ Малигнизация полипов эндометрия встречается в 2 – 5 %, в постменопаузе – до 10%

Полипы эндометрия

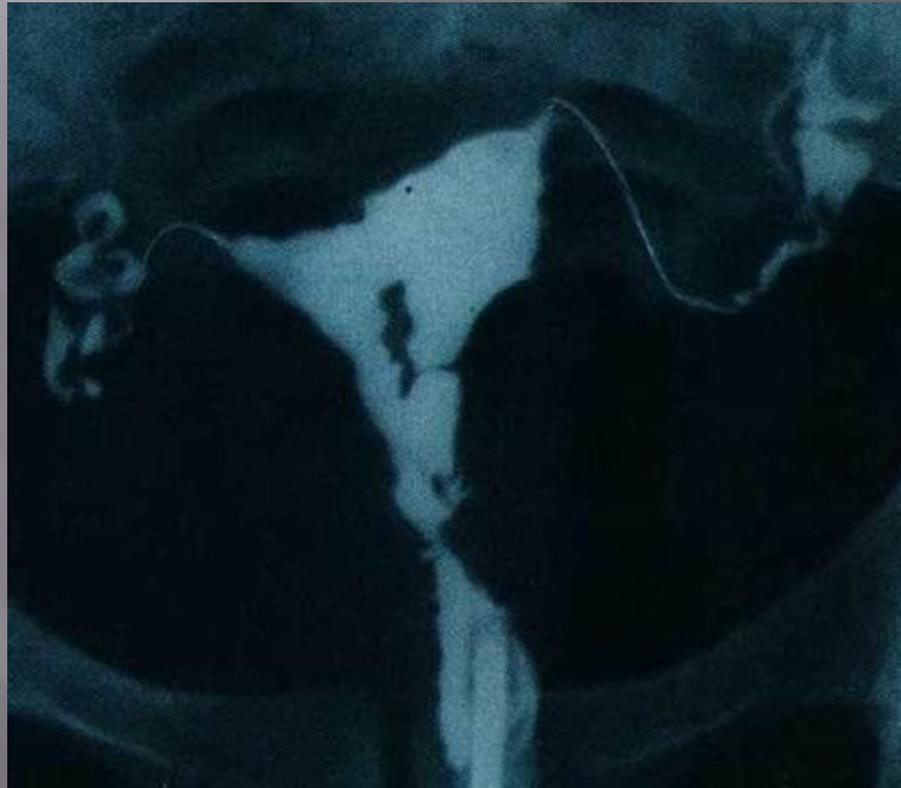
В патогенезе:

- ▣ Патология сосудов базального слоя
- ▣ Локальное повышение концентрации рецепторов эстрогенов

УЗИ. Полип эндометрия



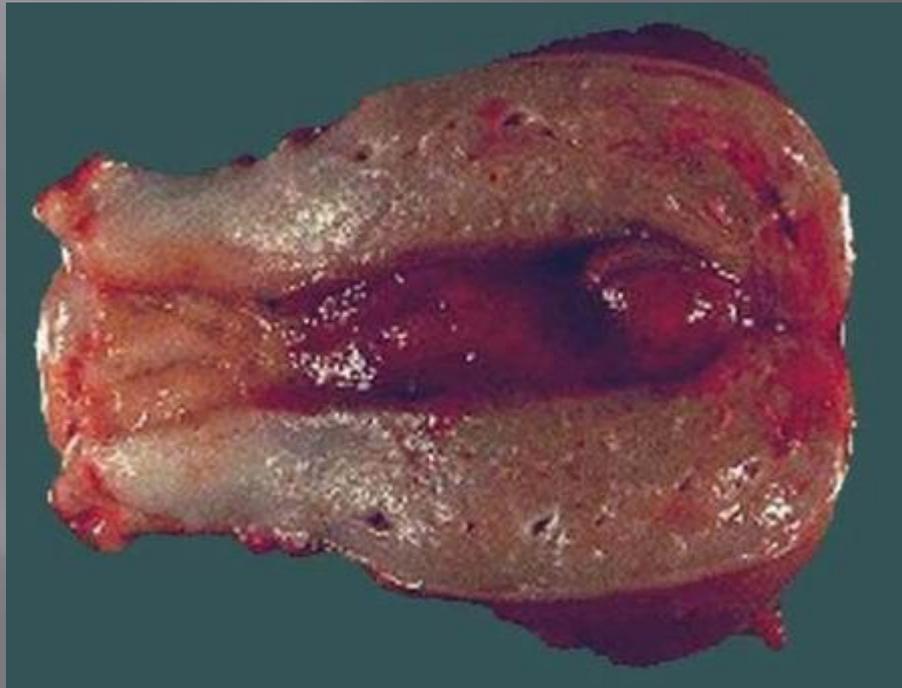
Гистеросальпингография. Дефект наполнения



Гистероскопия. Полип эндометрия



Полип эндометрия



Атипичическая гиперплазия эндометрия

- частота 4,6 – 5,3 %
- микроскопически может обнаруживаться как в гиперплазированном, так и в атрофическом эндометрии и полипах
- может быть структурной – атипия в форме и расположении желез, и клеточной – атипия в клетках эпителия желез и строме
- локальная и диффузная
- значительное преобладание железистых элементов над стромой

Атипичическая гиперплазия эндометрия

- ▣ 3 формы: слабая, умеренная, тяжелая
- ▣ с точки зрения биологического поведения, тяжелая АГЭ эквивалентна современным представлениям о преинвазивном раке
- ▣ прогрессия в рак отмечается в 20-50 % наблюдений (в среднем в 40 %) на протяжении от 1 года до 13 лет

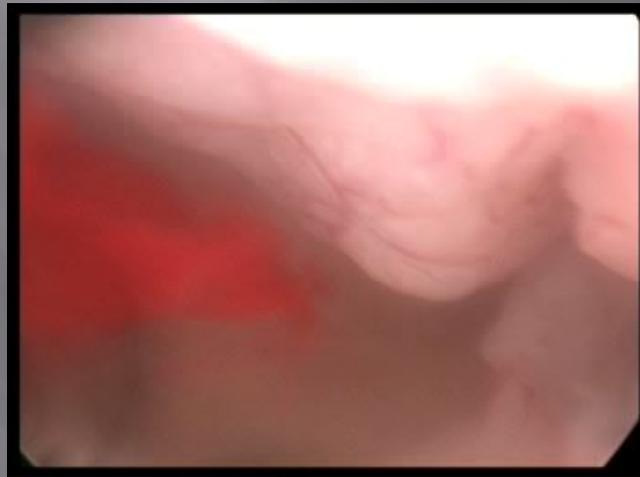
Клиническая картина гиперпластических процессов эндометрия

- Нарушения менструального цикла:
ациклические кровотечения, гиперполименорея
- В репродуктивном возрасте – бесплодие
(ановуляция)
- Полипы эндометрия нередко могут иметь
бессимптомное течение

Диагностика гиперпластических процессов эндометрия

- ▣ Клиника (кровотечения, нарушения менструального цикла)
- ▣ УЗИ (трансвагинальное сканирование)
- ▣ Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, полипэктомия
- ▣ Гистологическое исследование соскоба эндометрия

Гистероскопия (атипическая гиперплазия эндометрия)



Лечение гиперпластических процессов эндометрия

- ▣ остановка кровотечения
- ▣ комплексное воздействие на эндометрий
- ▣ профилактика рецидива:
 - ✓ устранение ановуляции у женщин репродуктивного возраста
 - ✓ переход в постменопаузу у женщин пременопаузального возраста
 - ✓ нормализация массы тела и нарушенных метаболических показателей

Лечение железистой гиперплазии эндометрия

антиэстрогенное влияние на эндометрий:

- Прогестагены – провера, дюфастон, утрожестан, оргаметрил, примолют, 17-ОПК
связываются с рецепторами эстрогенов, прогестерона в эндометрии – подавление пролиферации
- Андроген с антиэстрогенным и антипрогестероновым действием – гестринон
- Левоноргестрел-содержащая ВМС «Мирена»

Лечение железистой гиперплазии эндометрия

подавление выработки эстрогенов – блокада

гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы

- ▣ антагонисты гонадотропинов (даназол)
- ▣ агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (золадекс, бусерелин, диферелин)

блокада эстрогенов

- ▣ антиэстрогены (тамоксифен, фульвестрант)

Лечение железистой гиперплазии эндометрия

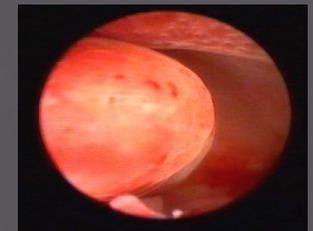
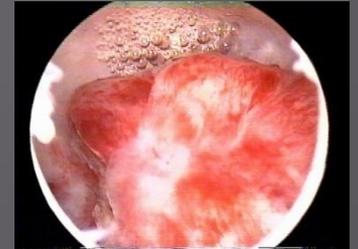
- ▣ ювенильный возраст, репродуктивный – устранение ановуляции, достижение циклической секреторной трансформации эндометрия; может совпадать с терапией бесплодия; создание менструального цикла (КОК)
- ▣ пременопауза – прекращение кровотечения, создание менструального цикла (КОК), нормализация состояния эндометрия
- ▣ постменопауза – достижение стойкой аменореи и атрофии эндометрия

Лечение железистой гиперплазии эндометрия

- ! Отсутствие эффекта от гормональной терапии в постменопаузе может быть связано с опухолями яичников или гиперплазией тека - ткани (своевременное решение вопроса о проведении хирургического лечения)
- Репродуктивный, перименопаузальный возраст – лечение не более 6 месяцев; в постменопаузе – не более 3-4 месяцев

Полипы эндометрия

Прицельная
гистероскопическая
полипэктомия



Полипэктомия

Механическая



- полипы на ножке
- полипы небольших размеров
- железистые полипы

Электрохирургическая



- фиброзные полипы
- пристеночные полипы
- большие полипы

Лечение атипичической гиперплазии эндометрия

- гормональная терапия
- хирургическое лечение:
 - гистерорезектоскопия с аблацией эндометрия;
 - петлевая резекция эндо- и миометрия на глубину 3 – 4 мм
 - другие методики разрушения эндометрия
- экстирпация матки (с придатками)

Схема гормонотерапии (17-ОПК, провера) при атипичической гиперплазии эндометрия

500 мг х
3 раза в
неделю
2 месяца
15 грамм

Тест доза



500 мг
х 2 раза
в неделю
2 месяца

500 мг
х 1 раза
в неделю
2 месяца

ОД
30-32 г

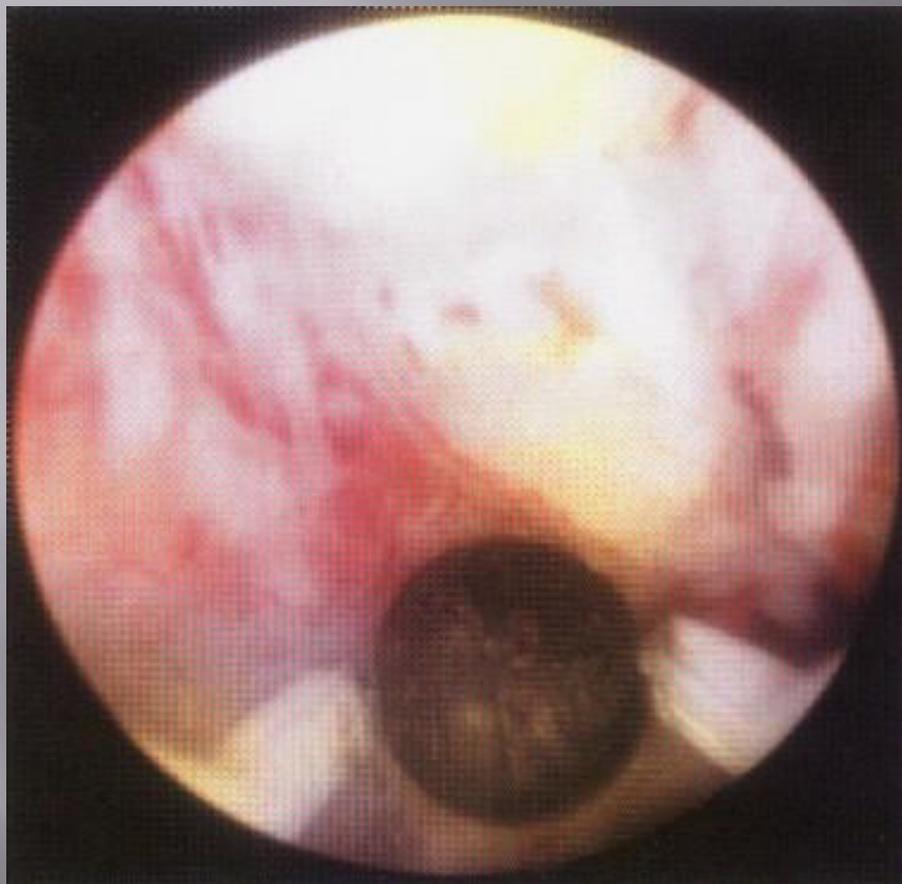
Атрофия
эндометрия



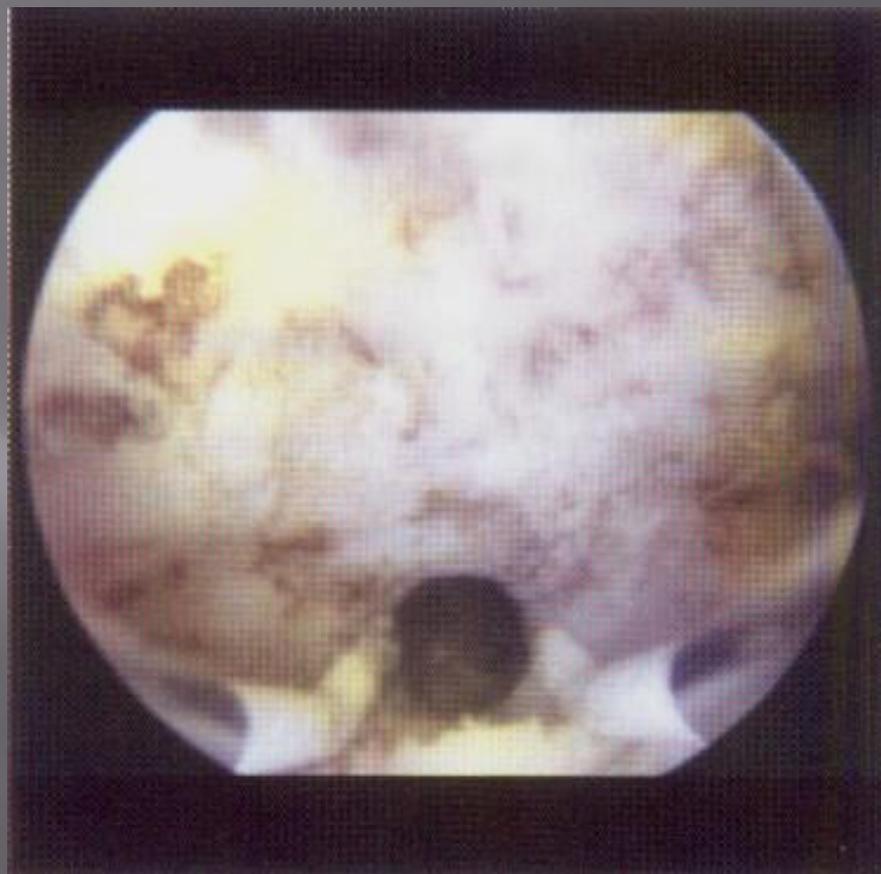
Гормональная терапия больных с атипичической гиперплазией эндометрия

Этап лечения	Возрастной период		
	Репродуктивный	Пременопаузальный	Постменопаузальный
Первый	<p>ОПК в течение 6 мес., курсовая доза 24 – 28 г (МПА, курсовая доза до 6 г) Агонисты ГТ-РГ Антигонадотропины При отсутствии эффекта после 2 мес. лечения – хирургическое лечение</p>		
Второй	<p>КОК в циклическом режиме, 6 циклов, затем – по показаниям, индукция овуляции</p>	<p>41-49 лет – КОК, 6 – 8 циклов. Старше 50 лет – подавление менструального цикла (андрогены)</p>	

Абляция эндометрия шаровым электродом



начало операции

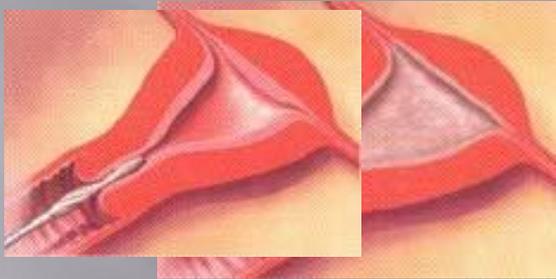


конец операции

Негистероскопические методики абляции эндометрия

- Радиочастотная абляция Vesta/DUB
- Микроволновая абляция эндометрия
- Гидротермоабляция - НТА
- Баллонная термоабляция (Cavaterm)
- Баллонная термоабляция (ThermaChoice)
- Криоабляция
- Фотодинамическая терапия

Баллонная термоабляция (ThermaChoice)



Контроль за эффективностью лечения атипичической гиперплазии эндометрия

Оценивается через 3, 6, 12 месяцев

- ▣ Трансвагинальное УЗИ
- ▣ Биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии
- ▣ Рецидив заболевания после окончания лечения — хирургическое лечение