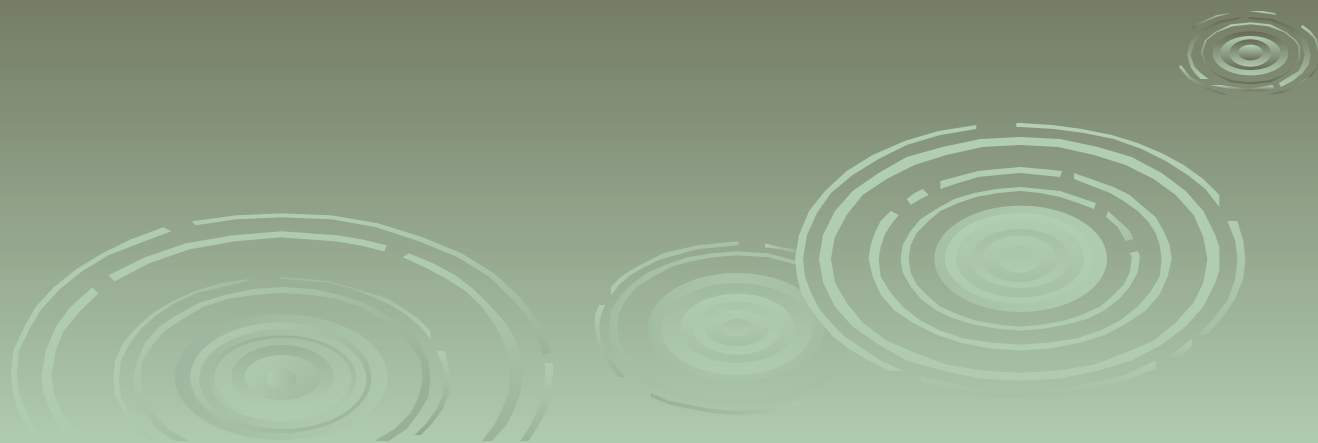
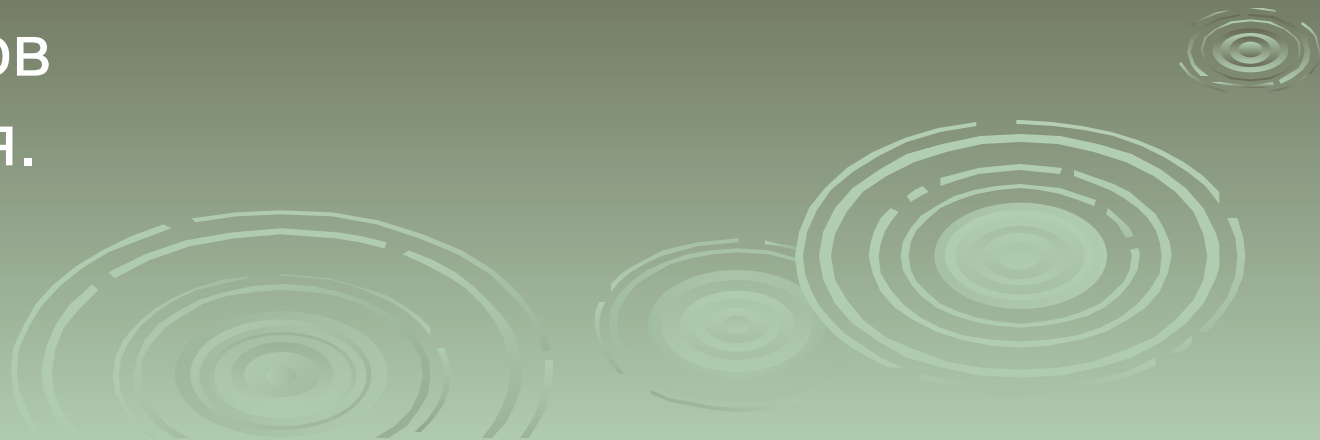


Гиперпластические процессы эндометрия

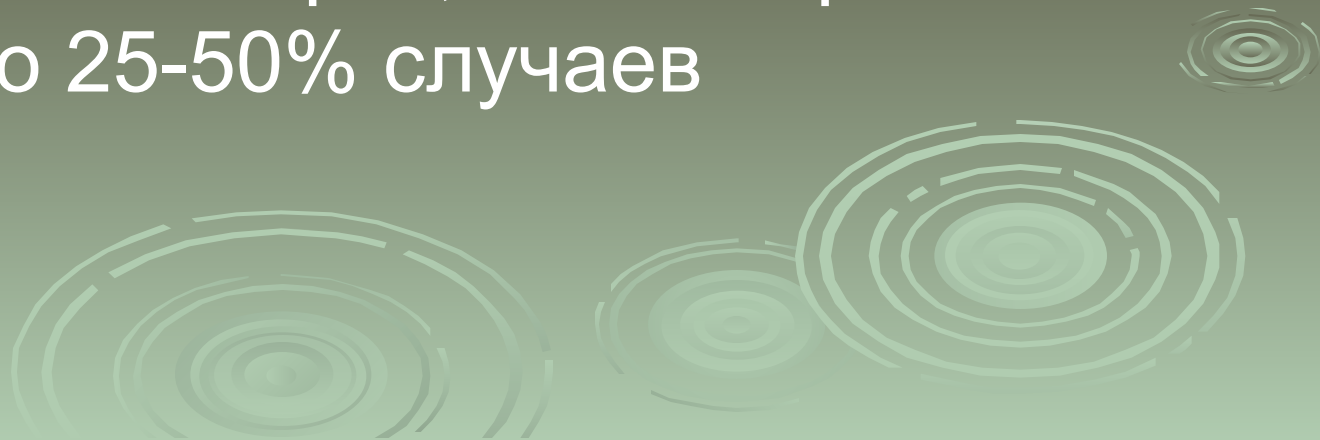


□ ГЭ –
нефизиологическая
пролиферация
эндометрия,
сопровождаящаяся
структурной
перестройкой
железистого и в
меньшей степени
стромального
компонентов
эндометрия.



Актуальность проблемы

- Страдают до 50% женщин
- Может развиваться в любом возрасте
- Нарушает уровень здоровья, т.к. проявляется кровотечениями, бесплодием, болями
- Может перейти в рак, в некоторых случаях до 25-50% случаев

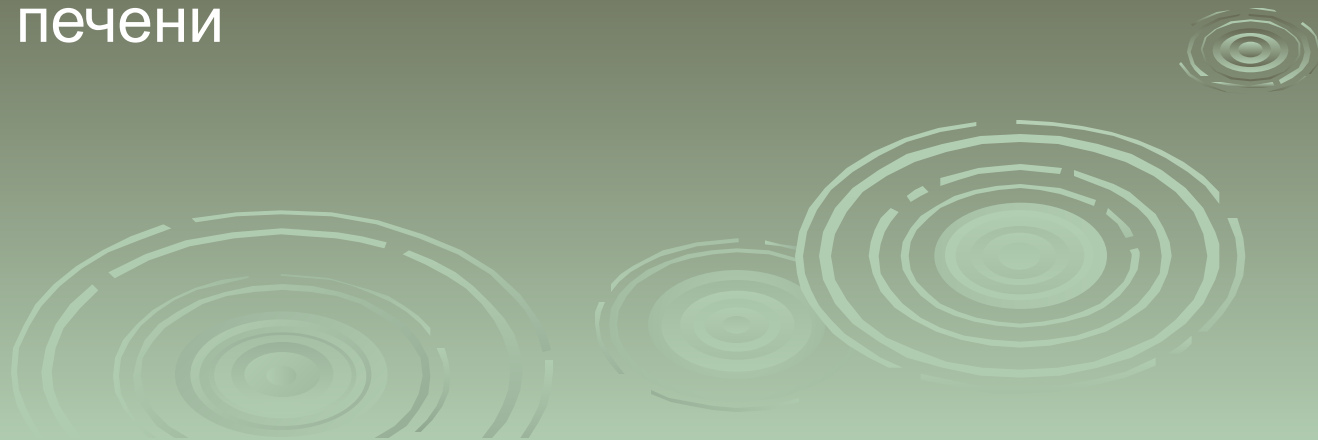


Актуальность проблемы

- Частота озлокачествления в среднем – 0,25-0,5%
- ГЭ обнаруживается у 10% девочек в пубертатном возрасте; ее развитие связывают чаще всего с нервно-психической неуравновешенностью, перенесенными инфекциями, голоданием с недостатком витаминов и микроэлементов, перегрузкой занятиями спортом и др.
- ГЭ отмечают примерно у 5% гинекологических больных. Полипы эндометрия обнаруживают у 5,3 - 25% гинекологических больных.

Факторы риска ГЭ

- ДМК
- Хронический аднексит(выброс провоспалительных цитокинов, запуск факторов роста)
- Миома
- Эндометриоз
- Ожирение
- Гиперандрогения (АГС, СПКЯ)
- Заболевания щитовидной железы (тиреотоксикоз)
- Заболевания печени

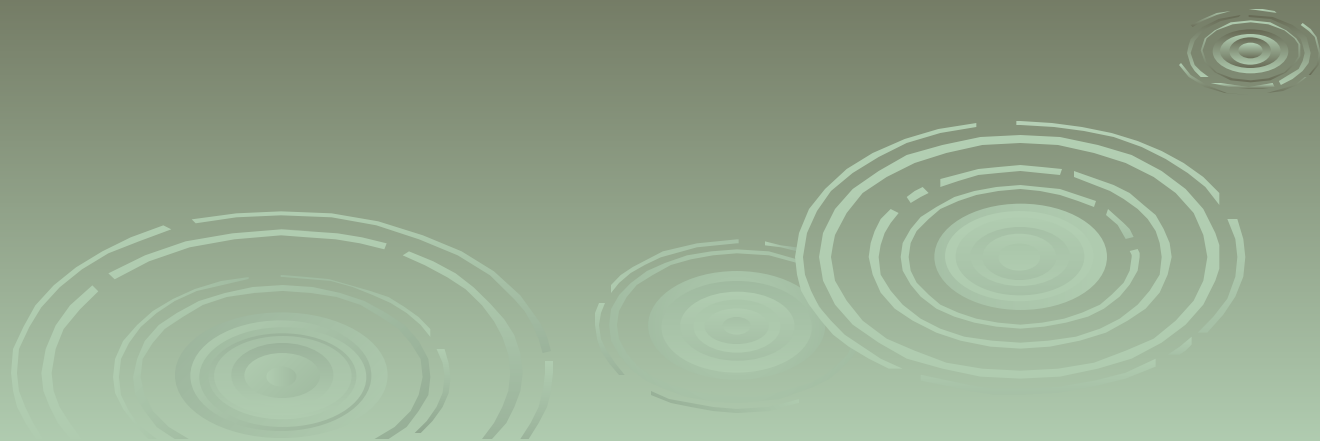


Патогенез

- Гиперэстрогения
- Прогестерондефицитное состояние
- Нарушение баланса в системе - «эстрогены – прогестерон» при низком уровне эстрогенов
- Возможно и при нормальном гормональном фоне в репрод. периоде
- Нарушение секреции тиреоидных гормонов, являющихся модулятором синтеза эстрогенов на клеточном уровне
- Гиперпластическим процессам, как правило, подвергается функциональный слой эндометрия. реже - базальный

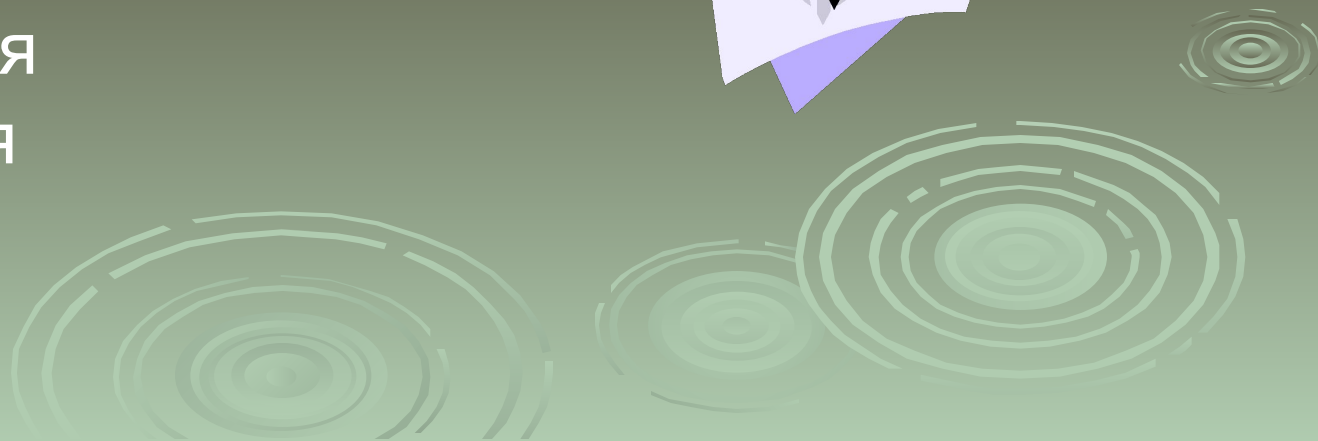
Основные механизмы гиперэстрогении

- Ановуляция
- Гиперплазия тека-ткани яичников
- Ожирение



Классификация мкб-10

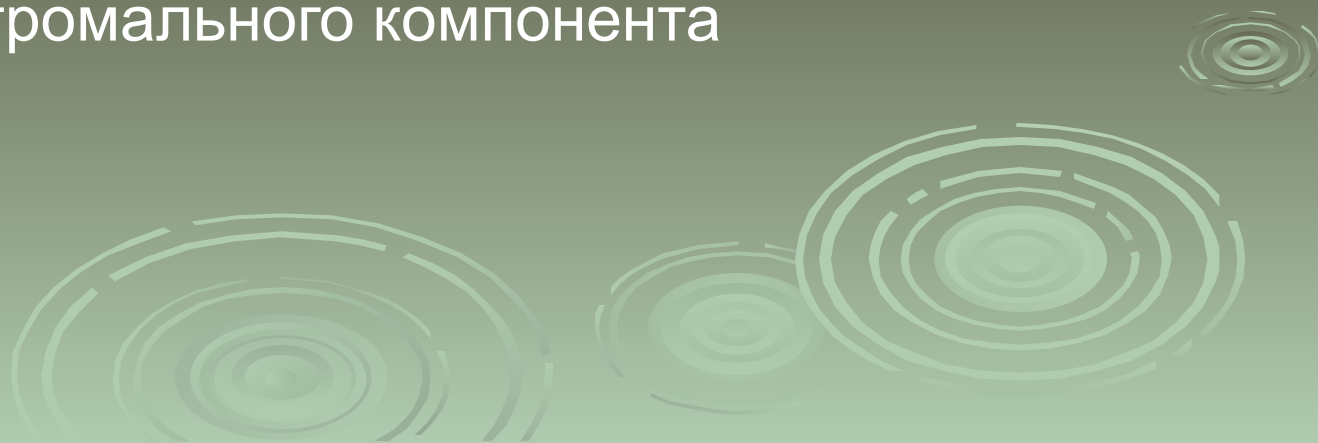
- N 84.0 Полип тела матки.
- N 85.0 Железистая гиперплазия эндометрия.
- N 85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия



ГЭ

□ Без атипии

1. Простая гиперплазия: изменение формы и величины эндометриальных желез, нарушение их распределения, в строме возможна лимфоидно-лейкоцитарная инфильтрация и признаки расстройства кровообращения.
2. Сложная гиперплазия эндометрия (аденоматозная): усиление пролиферативных процессов в стромальном компоненте эндометрия, характеризующихся, в основном, увеличением количества желез, изменением их формы и уменьшением стромального компонента



ГЭ

□ Атипическая гиперплазия:

1. - Простая атипическая гиперплазия: ветвление желез, формирование папиллоподобных выростов в направлении просвета маточных желез, покрытых многоядерным цилиндрическим железистым эпителием, уплотнение стромы, явления стаза и формирование фибриновых тромбов в кровеносных сосудах.
2. - Сложная атипическая гиперплазия (аденоматозная): дезорганизация и скученность маточных желез, цитотипические изменения гистологических свойств цитоплазмы клеток, тенденция к нарушению дифференцировки эпителиальных клеток, строма может быть представлена прослойками соединительной ткани.

Полип

□ Полип эндометрия - опухолевидное образование доброкачественной природы, представляющее собой разрастание сосудов базального слоя эндометрия, формирующее ножку полипа, покрытого эпителием, как правило, без признаков функциональной активности. Различают полипы: - железистые; - железисто-фиброзные; - фиброзные; - аденоматозные; - полипы, покрытые функциональным слоем эндометрия. С морфологических позиций к предраку эндометрия относят: гиперплазию с атипией и аденоматозные полипы.

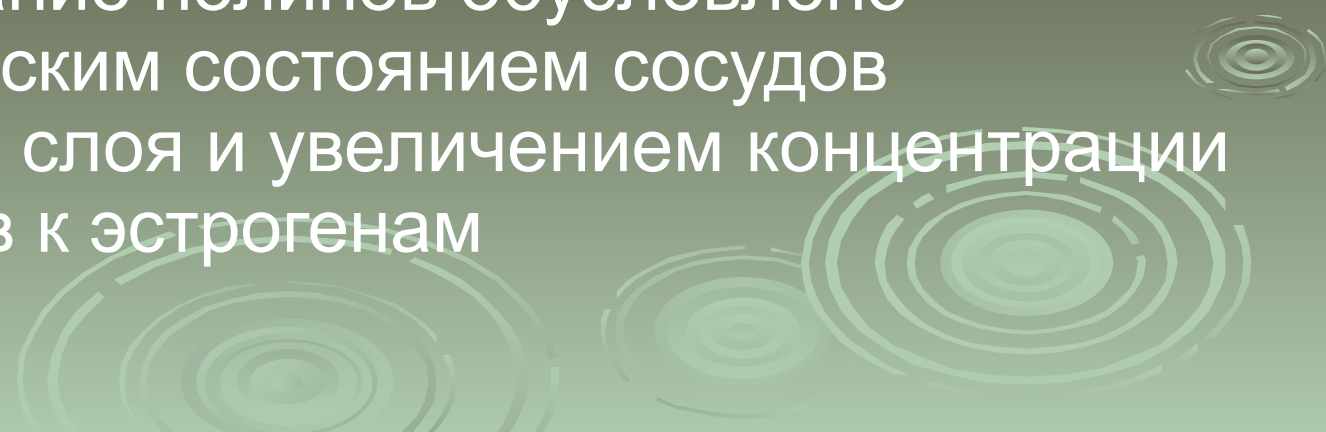
Полипы

Морфологически выделяют:

- Полипы, покрытые функциональным слоем – только в репродуктивном возрасте при сохраненном 2-х фазном цикле, на фоне секреторного эндометрия
- Железистые (железисто-кистозные)
- Фиброзные – железы отсутствуют, эпителий нефункционирующий
- Железисто-фиброзные – стромальный компонент преобладает над железистым
- Аденоматозные
- Полипы с очаговым аденоматозом – интенсивная пролиферация желез и слизистой

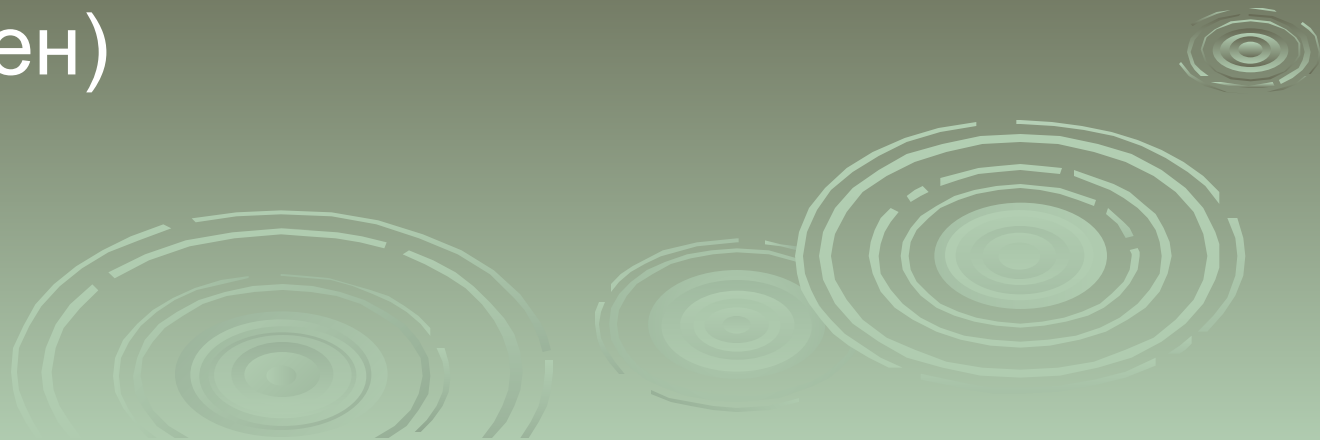


Полипы эндометрия

- Возникают из патологически измененного базального слоя
 - Утолщенные очаги этого слоя вытягиваются, удлиняются, принимают форму полипов, вначале на широком основании, а затем благодаря сократительной деятельности матки – тонкой ножке
 - Формирование полипов обусловлено патологическим состоянием сосудов базального слоя и увеличением концентрации рецепторов к эстрогенам
- 

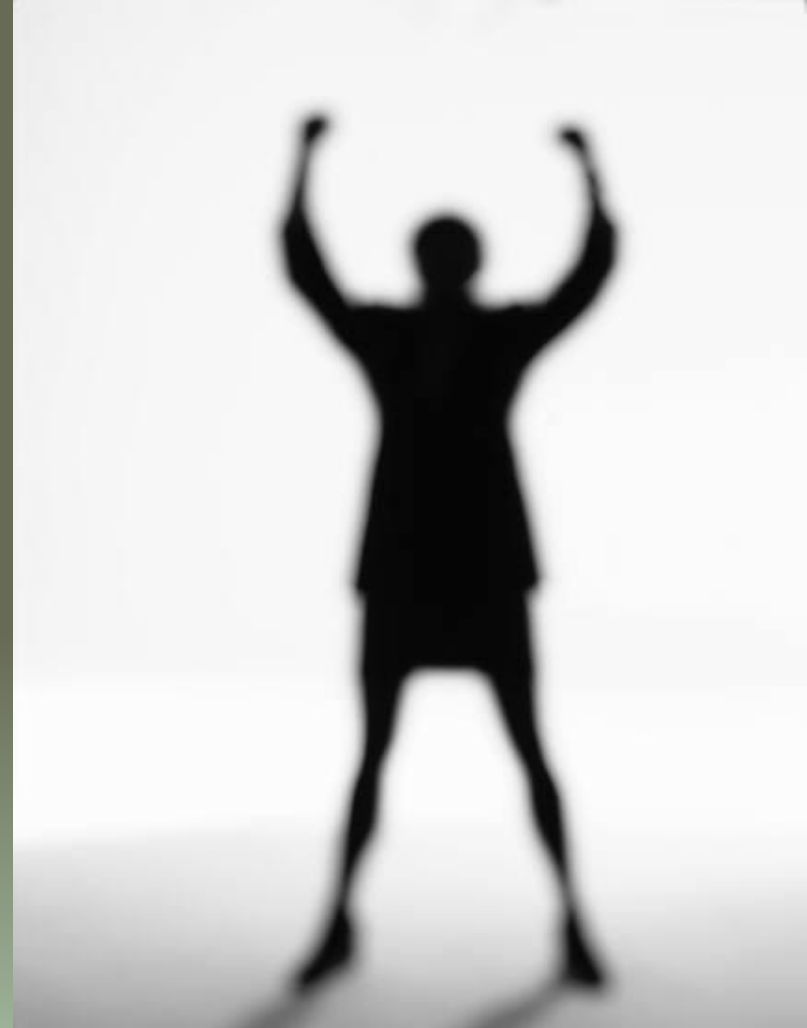
Полипы эндометрия (продолжение)

- Наиболее часто располагаются в дне и трубных углах
- М.б. единичными и множественными
- От полиповидной формы железистой гиперплазии отличаются тонкой ножкой (термин полиповидная гиперплазия не правомочен)



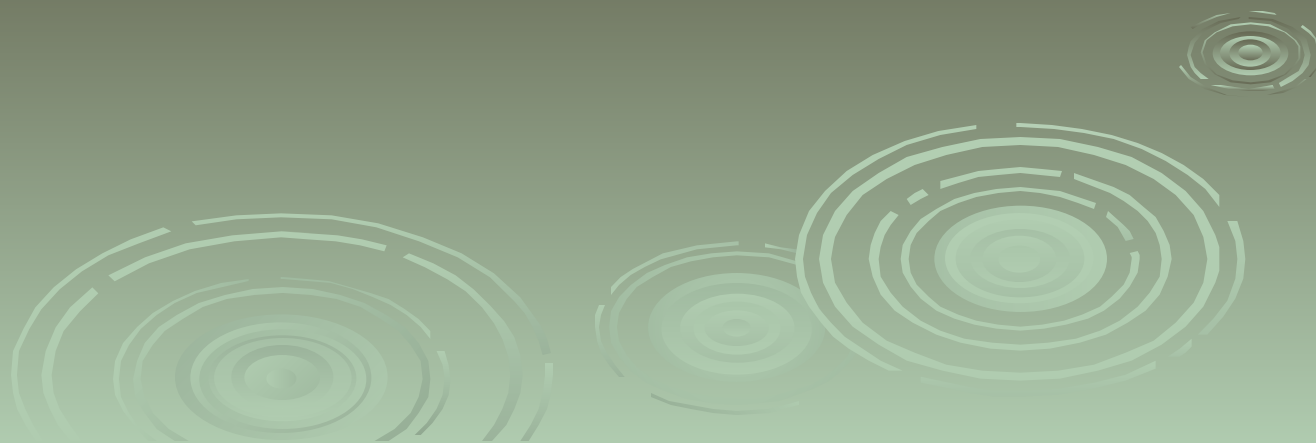
Риск канцерогенеза

- Простая – 1-2%
- Сложная – 3-6%
- Атпическая – 20-30%



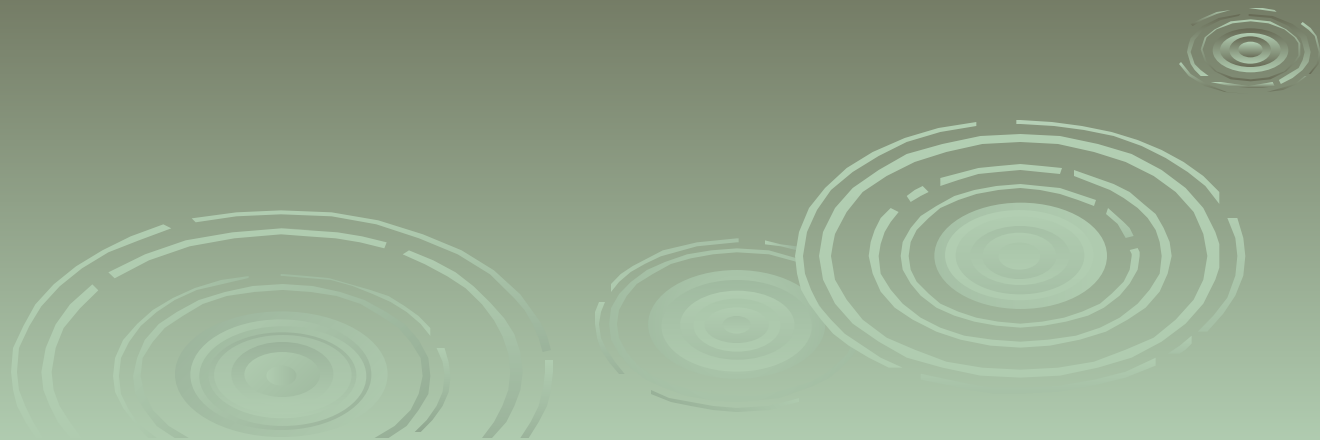
5 этиопатогенетических и клинических варианта

- В пубертатном периоде
- В репродуктивном возрасте
- В пременопаузе
- Связанная с инсулинрезистентностью
- ятрогенная



Отечественная классификация

- Железистая и железисто-кистозная гиперплазия
- Полипы эндометрия
- Атипическая гиперплазия эндометрия (очаговый аденоматоз, аденоматозные полипы)



Железистая гиперплазия

- Эндометрий резко утолщен
- Железы имеют удлиненную форму, извитые, пило- или штопорообразные
- Дифференцирование на компактный и спонгиозный слои отсутствует
- Нечеткое отграничение базального слоя от функционального
- Цилиндрический эпителий в состоянии выраженной пролиферации, большое кол-во митозов
- Строма густая, отечная, с оживленной пролиферацией и митотической активностью
- Густая сеть плотных аргентофильных волокон между клетками

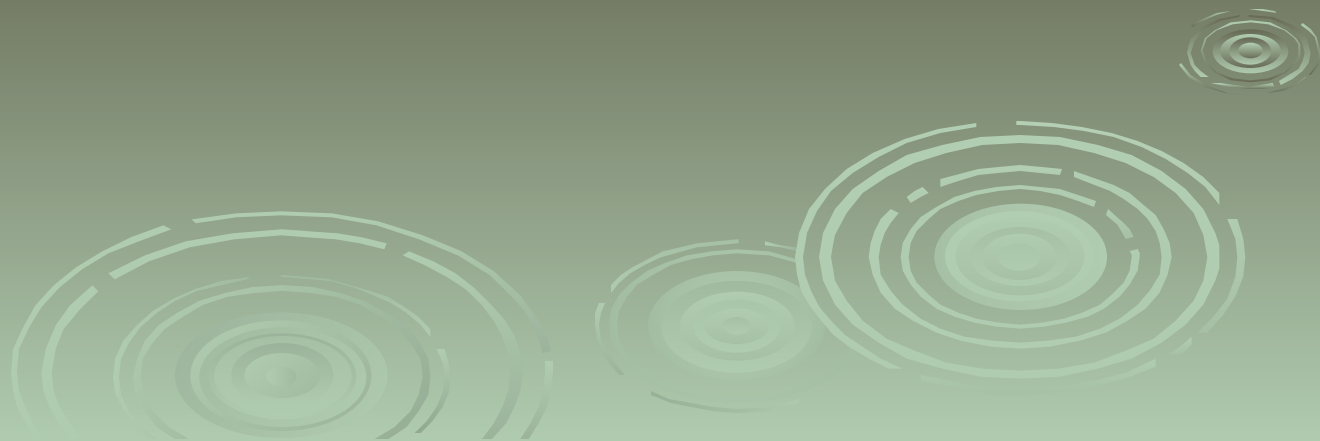
Железистая гиперплазия

- Гиперэстрогения приводит к застойному полнокровию с резким расширением капилляров и образованием гиалиновых тромбов
- Нарушение местного кровообращения приводит к гипоксии
- В ответ на падение эстрогенов - кровотечение



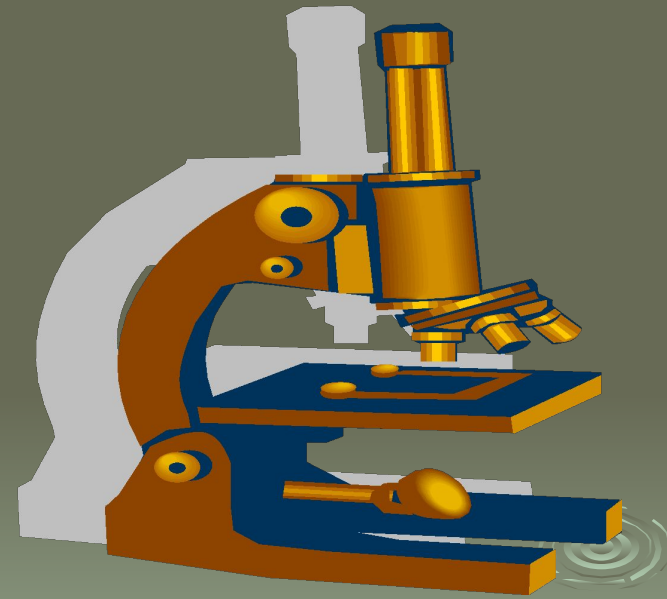
Железисто-кистозная гиперплазия

- Картина «швейцарского сыра»
- Отличия с железистой гиперплазией не принципиальны и сводятся, в основном, к наличию кистозно расширенных желез



Предрак эндометрия (морфологически по Б.И. Железнову)

- Атипичная гиперплазия функционального и базального слоев
 - нерезкая форма
 - выраженная форма
- Очаговый аденоматоз
- Аденоматозные полипы

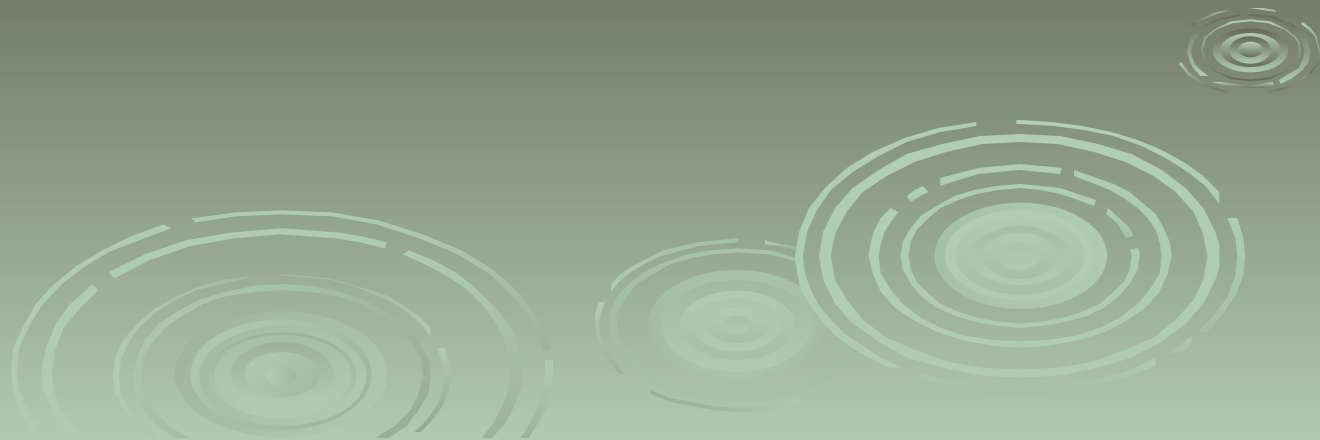


ГИСТОЛОГИЧЕСКИ

- Нерезкая форма – обильное разрастание извитых желез причудливой формы, повышенная митотическая активность
- Выраженная форма – интенсивная пролиферация с атипией эпителия
- Предрак эндометрия – трансформируется в карциному в 10%, редко подвергается обратному развитию

Условия трансформации предрака в рак

- Нейрообменно-эндокринный с-м
- Пре- и постменопауза
- Рецидивирование гиперпластического процесса

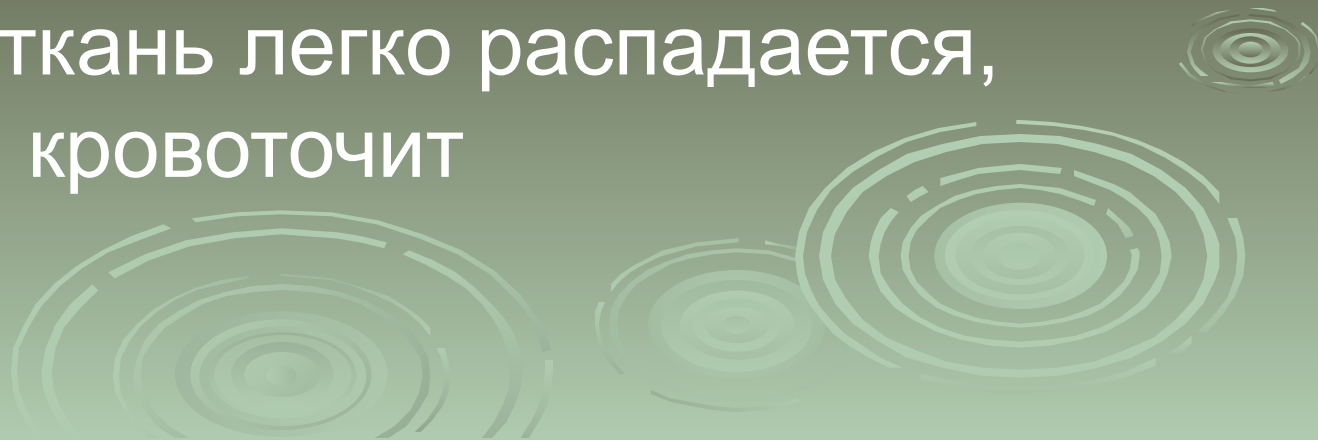


Классификация предрака эндометрия (Г,М.Савельева, В.Н. Серов)

- Аденоматоз и аденоматозные полипы в любом возрасте
- Железистая гиперплазия эндометрия в сочетании с нейрообменно-эндокринным с-мом в любом возрасте
- Железистая гиперплазия, особенно рецидивирующая, в менопаузе

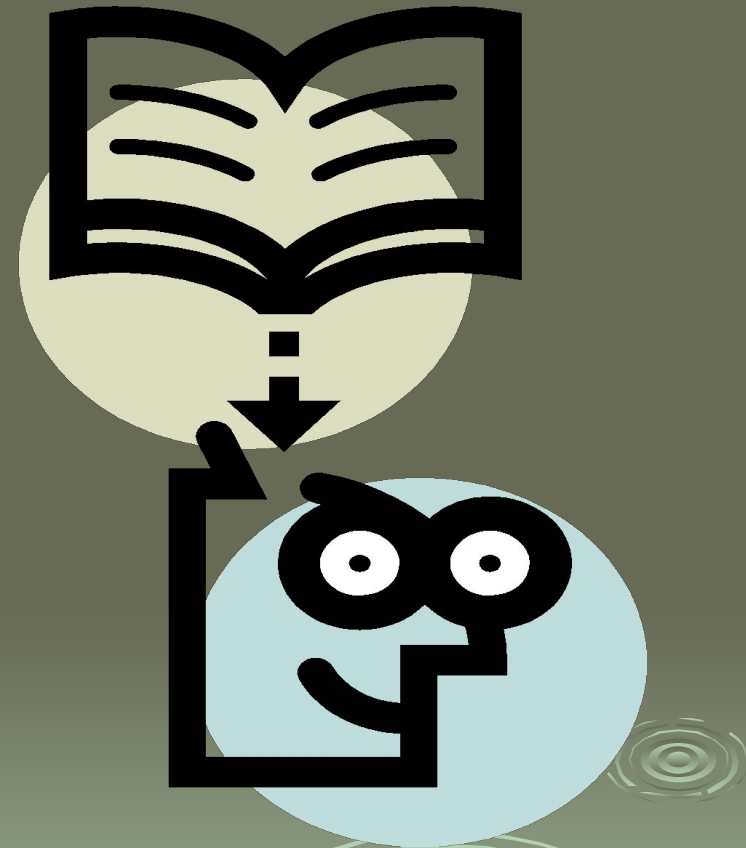
Рак эндометрия

- Поверхность неровная с папилломатозными разрастаниями серого или грязно-серого цвета
- Сосудистый рисунок резко усилен с фрагментами некроза и кровоизлияния
- При изменении объема вводимой жидкости ткань легко распадается, крошится, кровоточит



Диагностика

- Анамнез – мено- или (и) метроррагии
- Гистология!
- Трансвагинальное УЗИ
- Гистероскопия



Морфологическое исследование показано:

- Аномальные кровотоки
- Данные УЗИ
- Группа риска АГЭ и рака

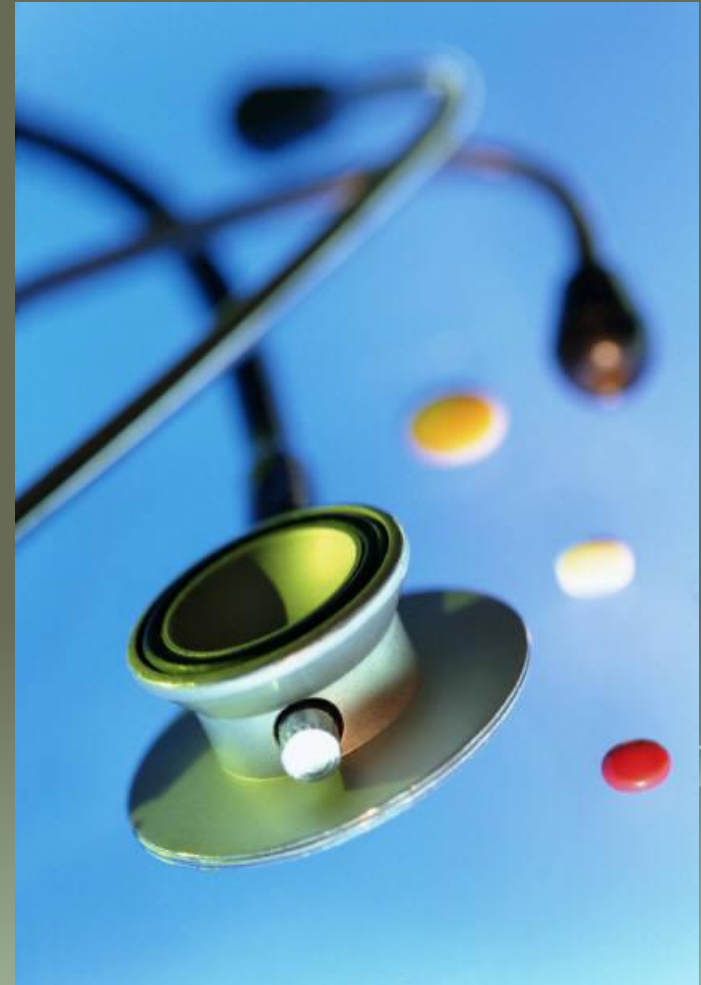
Ограничения:

- 1) подростки,
- 2) впервые нарушение цикла в репрод. возрасте,
- 3) острые инфекционно-восп. процессы в настоящее время,



Лечение

- 1) ЛДВ
- 2) Противорецидивное



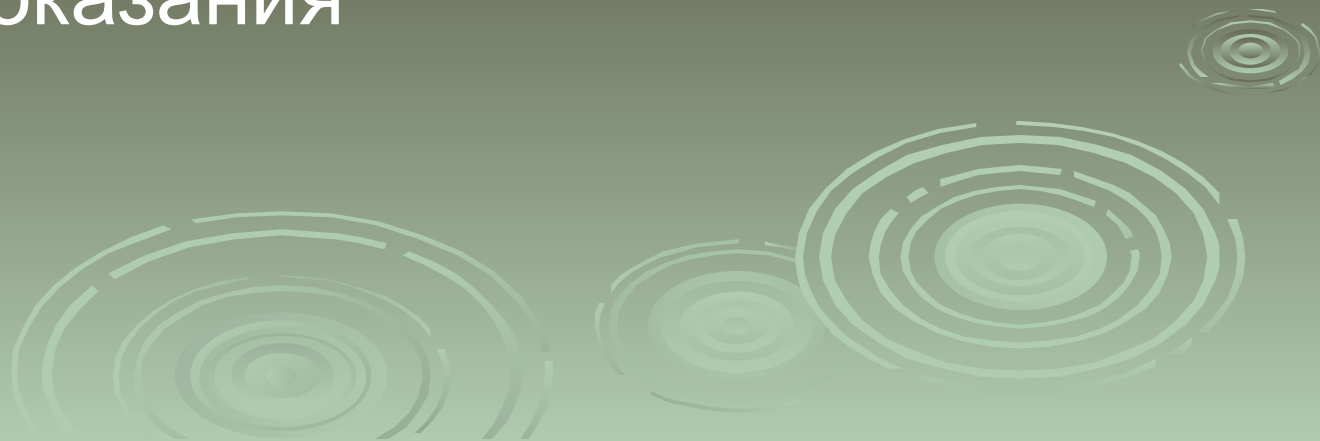
Лечение

- Центральное действие – подавление овуляции
- Периферическое действие – действие на эндометрий



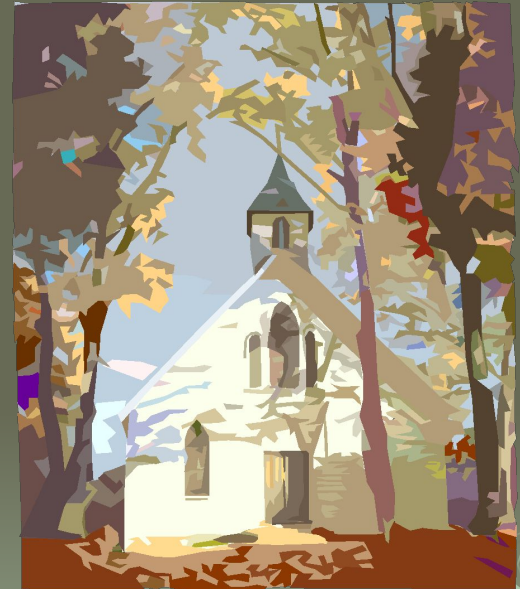
Критерии выбора ГТ

- ❑ Морфология эндометрия
- ❑ Возраст
- ❑ Наличие гиперандрогении
- ❑ Метаболический статус
- ❑ Сопутствующая патология
- ❑ Противопоказания



Основные группы гормональных средств

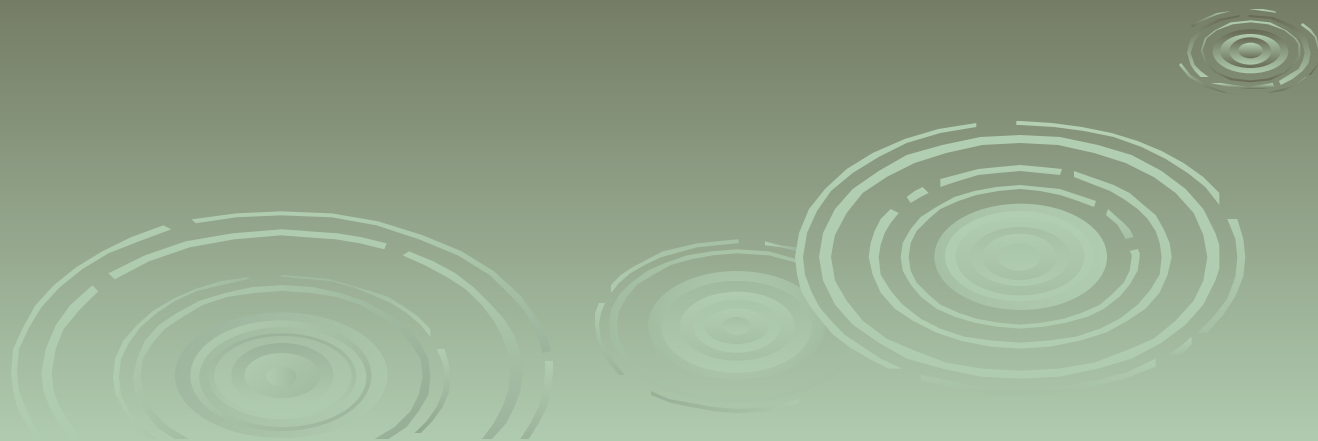
- Прогестагены
- КОК
- Антигонадотропины
- Агонисты гонадолиберина



Прогестагены

- Могут использоваться при любых формах ГЭ

Наиболее значимы их 2 эффекта: 1)
Секреторная трансформация и 2)
Подавление овуляции



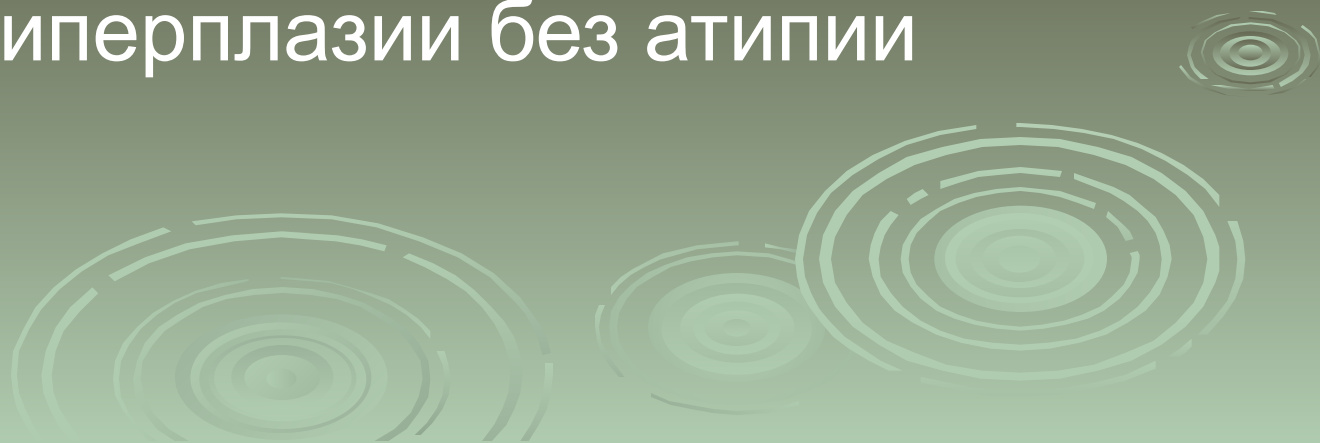
Выраженные трансформирующие свойства

- МПА
- Линестренол
- ЦПА

В трансформирующих дозах они
подавляют овуляцию как норэтистерон
и прогестерон



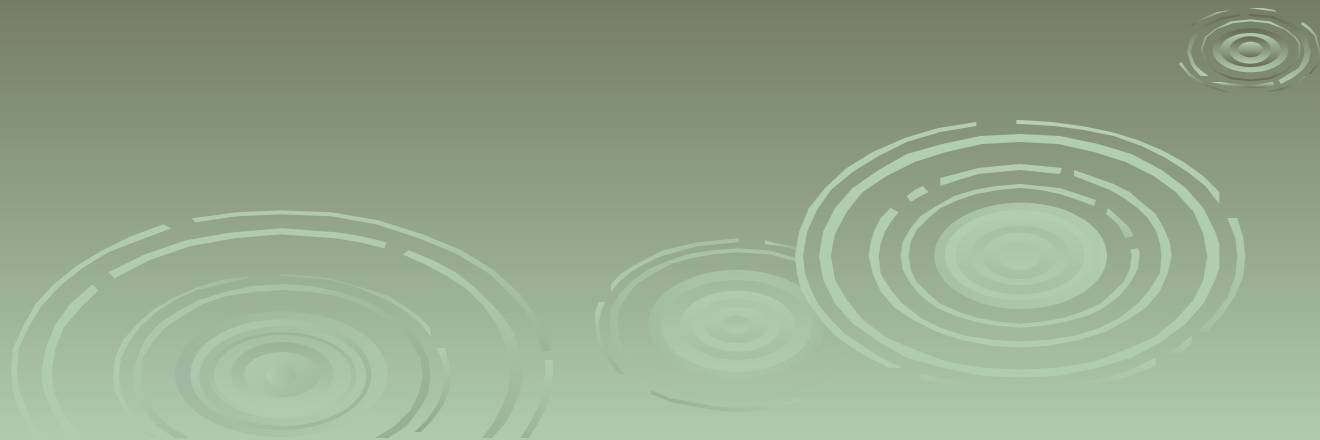
- При простой гиперплазии – аналоги прогестерона (утрожестан, дюфастон)
- Прогестагены в циклическом 10-дневном режиме только сильными гестагенами до 45 лет при отсутствии факторов риска рака эндометрия – при сложной гиперплазии без атипии



прогестины

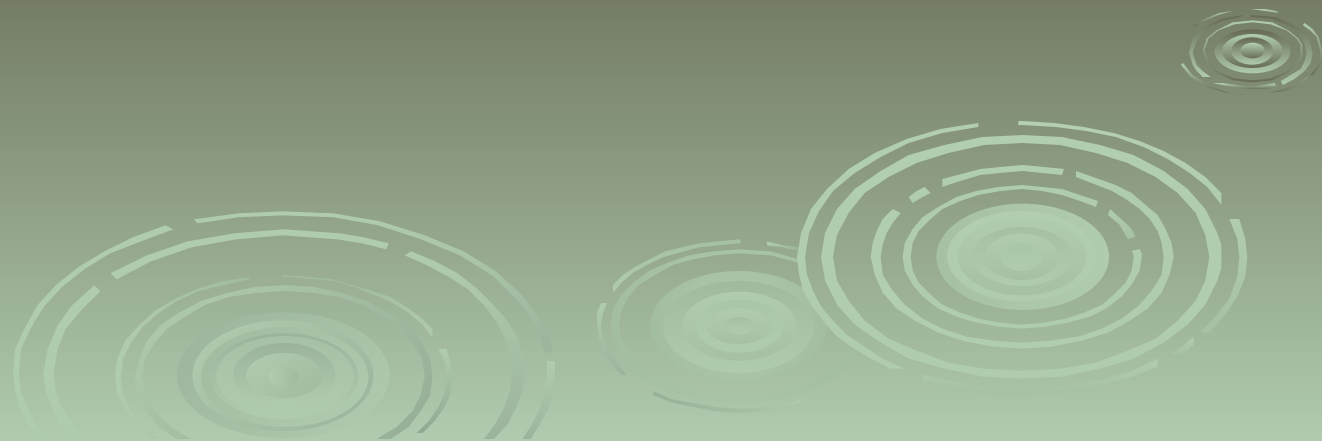
После 45 лет при высоком уровне эстрогенов:

- В режиме 2 –ой фазы
- в 3-недельном режиме(лучше производные норгестостерона)



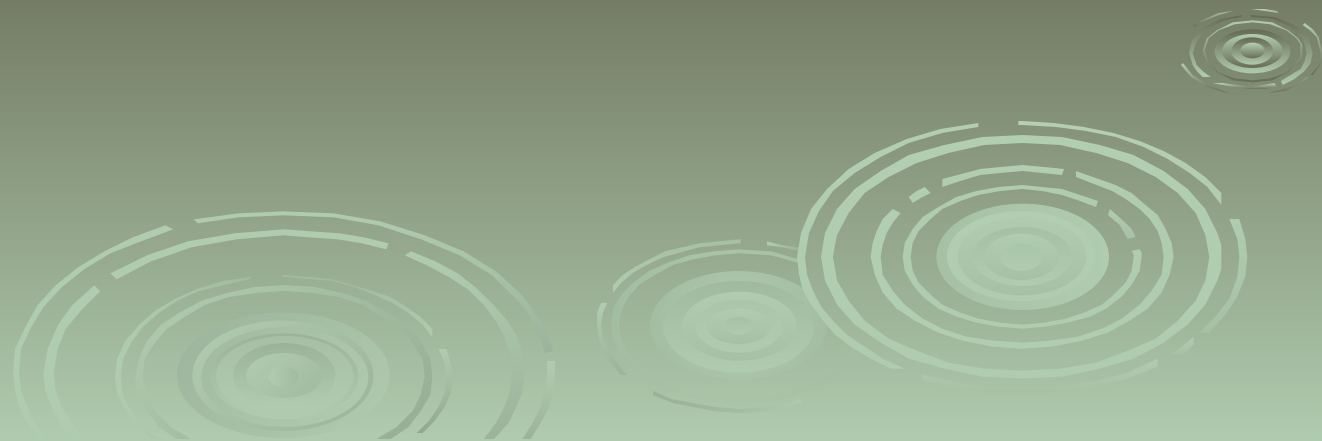
Прогестины пролонгированного действия (МПА депо-провера)

- При сложной гиперплазии без атипии или атипической
- Подавляют овуляцию
- Непосредственно действуют на эндометрий



ВМС

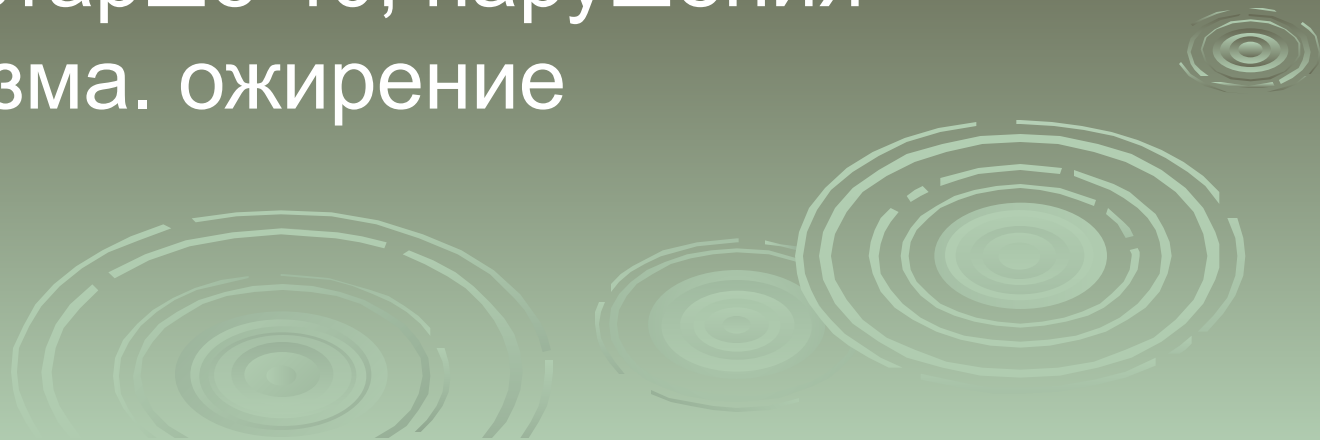
- Подавляет пролиферацию эндометрия



КОК

- Репродуктивный возраст
- Отсутствие клеточной атипии

Ограничения: возраст старше 45,
курящие старше 40, нарушения
метаболизма. ожирение



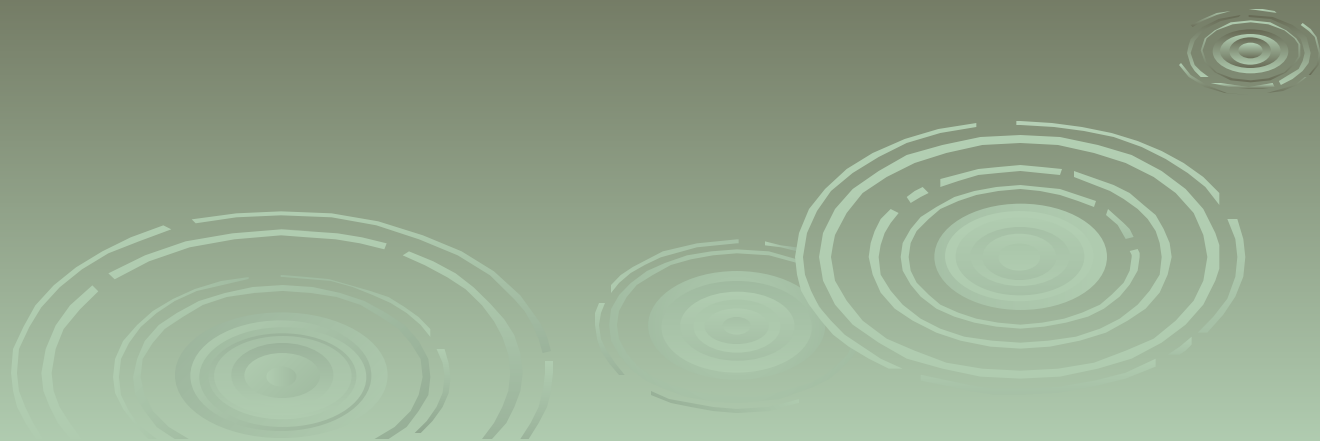
Гиперандрогения

- КОК с антиандрогенным действием
(жанин, ярина, джес, белара)



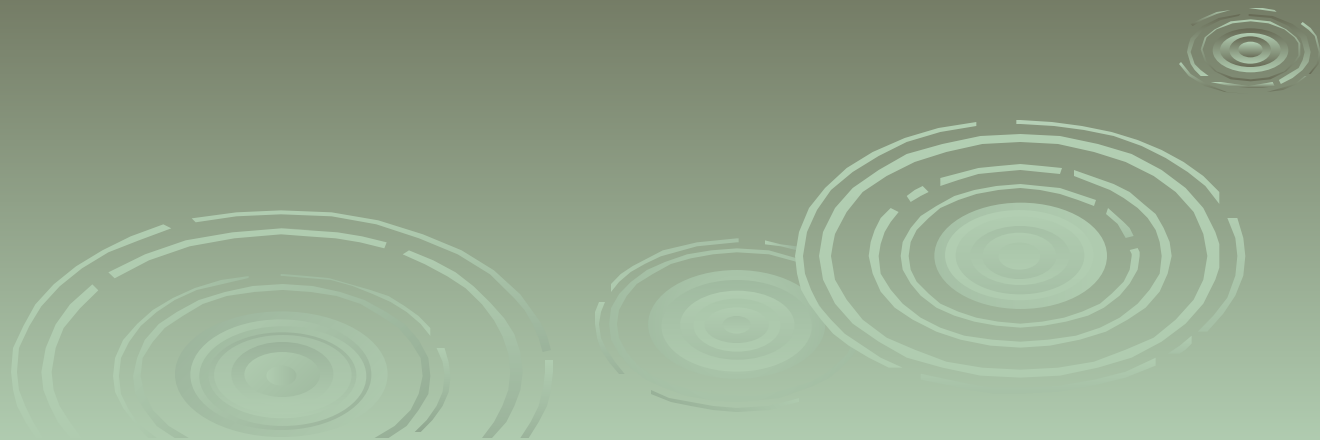
Аналоги гонадолиберинов

- При сложной гиперплазии без атипии или атипической
- При простой гиперплазии без атипии в возрасте , близком к менопаузе
- При сочетании патологии эндометрия и МИОМЫ



Хирургическое лечение

- Абляция
- Гистерэктомия



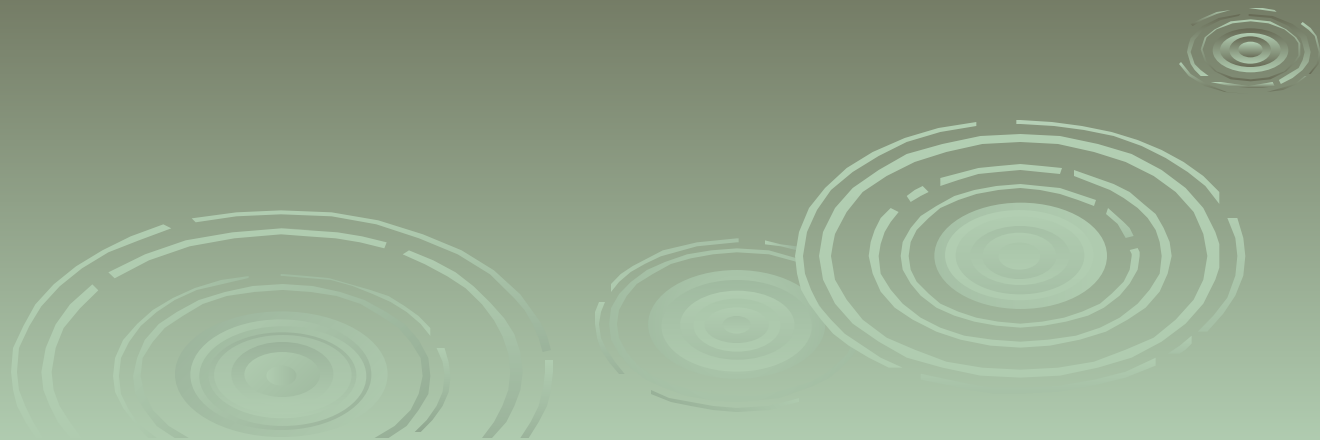
Аблация

- Неаденоматозные полипы
- Простая гиперплазия без атипии
- В постменопаузе
- При наличии противопоказаний к гормонотерапии

У женщин не планирующих беременность

«Сильные» гестагены

- Дезогестрел
- Левоноргестрел
- Гестоден



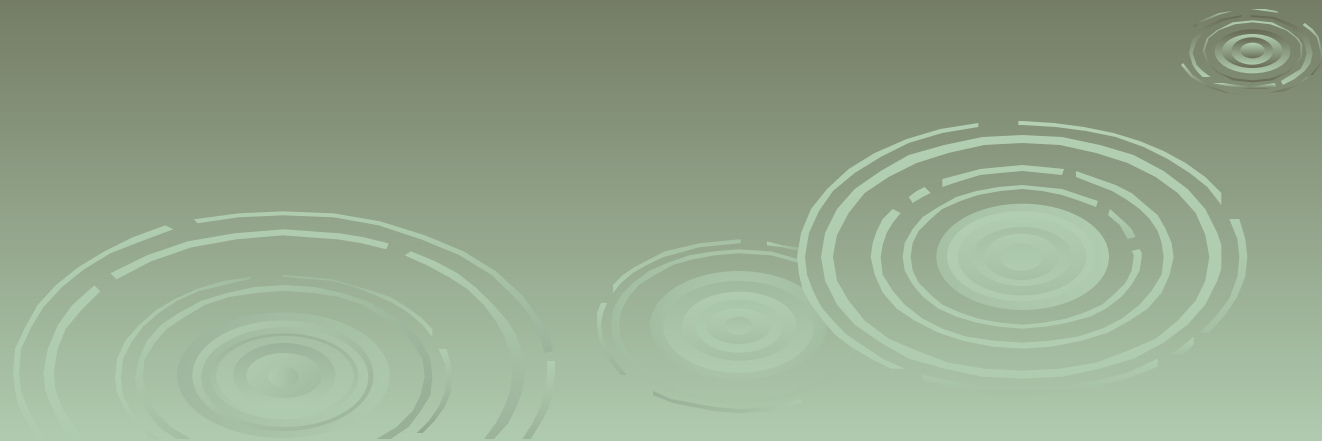
Атипичическая гиперплазия

- Подавление стероидогенеза –аналоги гонадолиберинов или прогестины в непрерывном режиме 3-6 мес с последующим гистологическим исследованием полного соскоба

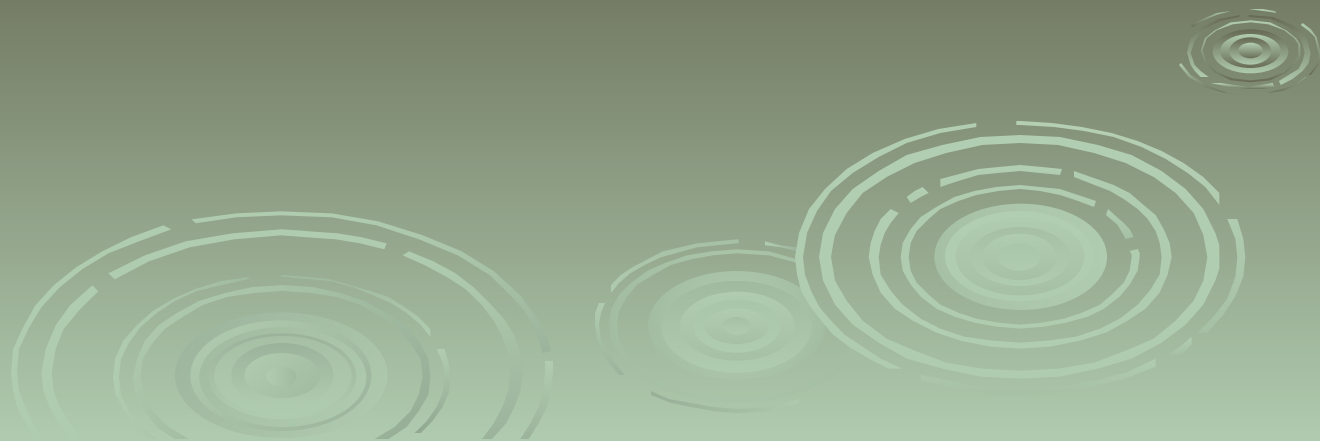
В зависимости от:

- Особенности эндокринного статуса
- Переносимости побочных эффектов
- Стоимости

- При отсутствии эффекта – хир. лечение
- У женщин старше 45 лет наличие атипичической гиперплазии является показанием к гистерэктомии



- Контроль УЗИ и гистероскопия с ЛДВ каждые 3-6 мес



Спасибо за внимание!

