

# ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ

## ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

**Гиперплазия эндометрия** – это патологические пролиферативные изменения слизистой оболочки матки.

Различают следующие типы гиперплазии эндометрия:

1

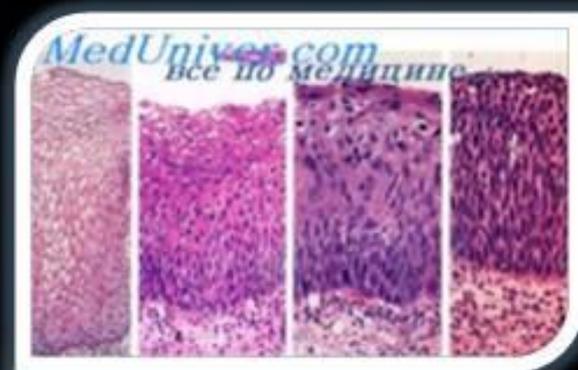
- Железистая

2

- Железисто-кистозная

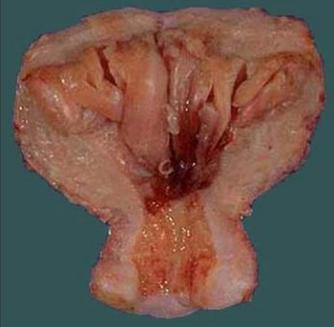
3

- Атипическая (очаговая и диффузная формы)



# Классификация

- железистая, железисто-кистозная гиперплазия (очаговая или диффузная);



- железистые полипы, исходящие из базального или функционального слоя эндометрия, и фиброзные полипы, растущие из подэпителиального слоя и покрытые эндометрием;
- атипическая гиперплазия или аденоматоз очаговый либо диффузный, включающий и аденоматозные полипы.

# ФАКТОРЫ РИСКА

- ГИПЕРЭСТРОГЕНИЯ
- ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ
- ЭНДОМЕТРИЯ
- ОБМЕННО-ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ
- ДИСБАЛАНС КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА
- НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ
- ОТСУТСТВИЕ РОДОВ ИЛИ ОДНИ РОДЫ В АНАМНЕЗЕ
- ЧАСТЫЕ АБОРТЫ
- ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Гиперплазии эндометрия сочетается с:

Миомой матки

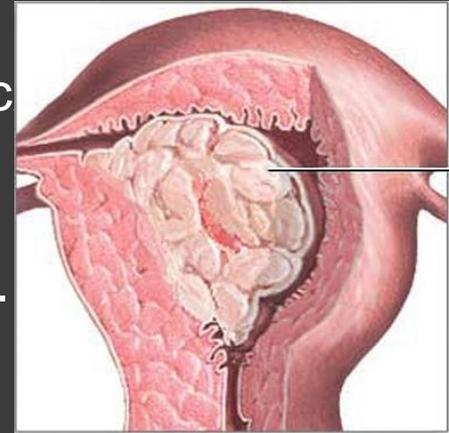
Генитальным  
эндометриозом

Воспалительными  
заболеваниями  
женских половых  
органов

Бесплодием

# Железистая и железисто-кистозная гиперплазия

- Гиперплазированный эндометрий представляет собой обильную мягкую розовую сочную ткань, при гистологическом исследовании которой в ней находят очаги некроза и кровоизлияния. Отмечается отсутствие деления на базальный и функциональный слои, но при этом сохраняется четкая граница между эндометрием и миометрием. Количество желез увеличено, их форма и расположение очень неравномерны, часть желез представлена в виде кист, выстланных однорядным эпителием с четко очерченным апикальным краем клеток, ядра овальные или несколько вытянутые, богатые хроматином; в строме имеется густая сеть аргирофильных волокон, сами клетки стромы несколько увеличены в объеме. Гистологическая картина приобретает вид «швейцарского сыра».



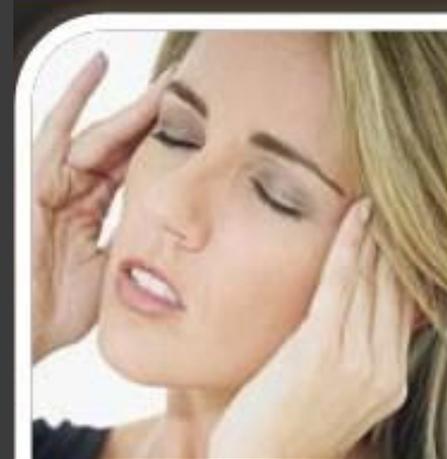
# Эндометриальные полипы (железистые, железисто- фиброзные)

- Полипы характеризуются разрастанием покровного и железистого эпителия вместе с подлежащей тканью. Форма их чаще округлая или овальная, имеют тело и ножку, они могут быть единичными или множественными и располагаются, как правило, в области дна и трубных углов тела матки. Строма полипа состоит из фиброзных и гладкомышечных элементов. Наружная поверхность обычно гладкая, розового цвета, но может быть и пестрой из-за имеющих очагов изъязвлений и кровоизлияний.

# *Атипичическая гиперплазия*

- Атипическую гиперплазию эндометрия в любом возрасте следует рассматривать как предраковое заболевание.

# Клиника



## ◎ Основными жалобами больных являются :

- 1) нарушения менструальной функции (или кровянистые выделения из половых путей в менопаузе);
- 2) болевой синдром или контактные кровяные выделения;
- 3) жалобы, обусловленные обменными и эндокринными нарушениями.

- Для всех гиперпластических процессов эндометрия характерны нарушения менструального цикла по типу дисфункциональных маточных кровотечений или циклических ановуляторных менструальноподобных кровотечений. Последние могут создавать иллюзию сохраненной менструальной функции.
- Клинике гиперпластических процессов часто присущи проявления гипертонической болезни, сахарного диабета, ожирения, т. е. метаболических нарушений, являющихся фоном для развития пролиферативных процессов в органах-мишенях.

# ДИАГНОСТИКА

- Обследование больных должно быть комплексным и направлено на выявление характера патологического процесса эндометрия, общих заболеваний, определение гормонального профиля. Целесообразно двухэтапное обследование больных с патологией эндометрия: I этап – в амбулаторных условиях, II этап – более углубленное в стационаре.

- Внедрение *ультразвукового исследования* в гинекологическую практику позволило косвенно судить о состоянии эндометрия, ориентируясь на толщину и структуру срединного М-эха. Эндометрий имеет четкие очертания и большую акустическую плотность по сравнению с миометрием. При нормальном менструальном цикле толщина эндометрия зависит от фазы цикла, постепенно возрастая от 3-4 мм в 1-й фазе до 12-15 мм - во 2-й фазе цикла.

увеличение этих показателей. Полипы эндометрия, как правило, визуализируются на эхограммах в виде округлых или удлинённых овальных образований с четким контуром и тонким эхонегативным ободком («гало») на фоне расширенной полости матки. В постменопаузе увеличение срединного М-эха до 5 мм и более становится косвенным признаком гиперпластического процесса даже без клинических проявлений.

- Наиболее ценным первичным обследованием является *цитологическое исследование* эндометрия. Основной задачей этого метода является обнаружение и изучение изменений, происходящих в клетках эндометрия: при ГПЭ отмечается увеличение ядер по сравнению с размерами клетки, полиморфизм величины и формы отдельных клеток. Таким образом, цитологическое исследование аспирата из полости матки позволяет определить выраженность пролиферативных изменений эндометрия, но не дает четкого представления о его патоморфологической структуре.

- Наиболее достоверным и объективным методом диагностики является гистологическое исследование соскобов из цервикального канала и полости матки, полученных при раздельном лечебно-диагностическом выскабливании. Информативность исследования повышается, если оно проводится под контролем **гистероскопии**, которая позволяет выявить сопутствующую внутриматочную патологию.

◎ *Гистерография* обычно выполняется при подозрении на сочетанную внутриматочную патологию (гиперпластический процесс эндометрия, внутренний эндометриоз, миома матки) или в связи с отсутствием возможности для проведения гистероскопии. Это исследование проводят на 7-8-й день цикла, используя водорастворимые контрастные вещества (верографин, урографин, уротраст). Гиперплазированный эндометрий и полипы на гистограммах проявляются в виде зазубренности контуров матки или дефектов наполнения.

- *Радионуклидное исследование с P32* основано на способности радионуклидов накапливаться в гиперплазированной эндометрии в больших концентрациях, нежели в здоровой ткани. Накопление P32 в секреторном эндометрии составляет в среднем 175 %, при гиперплазии эндометрия эти цифры достигают 250-300 %. Локальное повышение накопления P32 до 260 % отмечается при очаговой гиперплазии и полипах эндометрия. Для предраковых состояний (аденоматоз) характерно большое накопление P32, достигающее 340% и более.

- **Дифференциальный диагноз ГПЭ** необходимо проводить с рядом общих заболеваний, которые могут сопровождаться маточными кровотечениями: с заболеваниями крови, щитовидной железы, печени, надпочечников. Необходимо также исключить гормонально-активную опухоль яичников (текому, гранулезоклеточную опухоль, опухоль Бреннера). В репродуктивном возрасте причинами кровотечения могут быть нарушенная беременность (маточная, внематочная), трофобластическая болезнь, миома матки, аденомиоз, полип и эрозия шейки матки, рак шейки и тела матки. У женщин пожилого возраста ГПЭ необходимо дифференцировать с гормонопродуцирующей опухолью яичника, миомой матки, раком матки.

# ***Лечение больных с железисто-кистозной гиперплазией***

- ◎ Предложено несколько схем лечения больных с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия

- *Схема 1* – эстроген-гестагены (нон-овлон, ригевидон) по 1 таблетке на ночь с 5-го по 25-й день цикла, затем 7-дневный перерыв. Курс лечения 4-6 мес.
- *Схема 2* – 17-ОПК по 1 мл (125 мг) 12,5% раствора на 12-14-17-й день цикла в течение 406 мес. под контролем тестов функциональной диагностики (или по 250 мг на 14 и 16-й день цикла).
- *Схема 3* – норстероиды (норколут) по 1 таблетке (5 мг) с 5-го по 25-й день цикла в течение 3-4 мес. или по 1 таблетке с 16-го по 25-й день на протяжении 4-6 мес.
- *Схема 4* – дюфастон по 20 мг в сутки в течение 3-4-6-мес.
- *Схема 5* – циклическая гормонотерапия.

- ◎ **Лечение больных с эндометриальными полипами** заключается в назначении женщинами в возрасте 45-47 лет эстроген-гестагенов по контрацептивной схеме в течение 9-12 мес. При рецидиве полипов и больным старше 45-47 лет показаны гестагены (17-ОПК 500 мг, 2 раза в неделю, 9 мес.). При длительных скудных выделениях у больных с полипами эндометрия на фоне гормонотерапии рекомендуется метод внутриматочного введения 5% раствора йода по Грамматикати (всего 25-30 инстилляций).

- ◎ **Терапия больных с аденоматозными изменениями эндометрия** проводится, как правило, гормональными средствами в непрерывном режиме или, реже, по контрацептивной схеме в течение 6 мес. и более. В перименопаузальном периоде аденоматозная гиперплазия эндометрия требует назначения более высоких доз и желательно парентерального введения «чистых» гестагенов (17-ОПК, депо-провера, депостат).

- ◎ ***Лечение больных с атипической формой ГЭ.***  
В репродуктивном периоде на 1-м этапе лечения обычно используют 17-ОПК в непрерывном режиме по 500 мг 3 раза в неделю в течение 3 мес. Затем по 500 мг 2 раза в неделю на протяжении 3 мес.
- ◎ На 2-м этапе назначают эстроген-гестагенные препараты по контрацептивной схеме в течение 6 мес.
- ◎ 3-й этап состоит в стимуляции овуляции клостилбегитом по 50-100 мг в течение 6 мес.
- ◎ В ходе лечения необходимо каждые 3-4 мес. производить контрольное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии.

- ⦿ У больных в пре- и постменопаузе на 1-м этапе назначают 17-ОПК по 500 мг 3 раза в неделю в течение 3 мес., затем по 500 мг 2 раза в неделю в течение 3 мес., затем по 500 мг 1 раз в неделю еще в течение 3 мес.
- ⦿ На 2-м этапе показано применение андрогенов (метилтестостерон, сустанон и др.): метилтестостерон – по 15-20 мг в течение 3 мес., сустанон – по 1 мл в/м 1 раз в месяц в течение 3 мес.
- ⦿ При длительных кровяных выделениях возможно использование метода Грамматикати.
- ⦿ Суммарная доза 17-ОПК при лечении атипической ГЭ составляет 24 г.
- ⦿ Для лечения атипической ГЭ возможно также использование МПА (депо-провера) по 200-400 мг в/м 1 раз в 7-10 дней в течение 6 мес.

- ◎ ***Показаниями к хирургическому лечению служат:***
- ◎ Рецидивирующая ГЭ на фоне метаболических нарушений, в сочетании с миомой матки, аденомиозом.
- ◎ Атипическая ГЭ, особенно в сочетании с миомой матки, аденомиозом.
- ◎ Неэффективность гормонотерапии, невозможность наблюдения за больной.
- ◎ Наличие атипической ГЭ у больных старше 50 лет.

# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

