Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего

образования "Красноярский государственный медицинский университет имени

профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой:

кмн., доцент Базина М.И.

РЕФЕРАТ

# на тему: « Гиперпластические процессы эндометрия»

Выполнила:

Клинический ординатор

Кафедры акушерства и гинекологии ИПО

Медведева С.А.

Проверил:

кмн., доцент Базина М.И.

г. Красноярск

2019г

Оглавление:

1. Этиология и патогенез.
2. Клиника.
3. Диагностика и обследование.
4. Лечение.
5. Диспансерное наблюдение.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

Многочисленные исследования подтверждают, что в возникновении предопухолевых состояний эндометрия важная роль принадлежит гормональным нарушениям. Нормальные изменения слизистой матки во время менструального цикла и патологичеькие изменения эндометрия обусловлены нервными и эндокринными факторами, находящимися между собой в сложном н многообразном взаимодействии.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

Клинически ГПЭ проявляются нарушением менструальной функции. При развитии заболевания можно наблюдать внезапное наступление кровотечения, (при котором кровопотеря достигает значительной степени, ослабляет больную, приводит к анемии). В других случаях кровотечение необильное, но длительное, продолжается несколько недель, а иногда месяцев и также приводит к вторичной анемии. По характеру кровотечения у больных с ГПЭ могут быть как ациклическими, так и циклическими. Ациклические кровотечения чаще возникают после аменореи различной продолжительности (от 6-8 нед до нескольких месяцев).

Иногда они проявляются через 2-3 нед после окончания предыдущей менструации или кровотечения. В молодое возрасте при, наличии аденоматозных полипов и сохранении нормальной функции эндометрия наблюдаются межменструальные кровянистые выделения. Циклические кровотечения наступают в срок очередной менструации, продолжаются длительно и сопровождаются явлениями анемии: общая слабость, общая слабость, недомогание, головокружение и т.д. Кровянистые выделения, возникшие в постменопаузальном периоде, всегда должны расцениваться как признак предракового состояния или и рака.

Хорошо известен факт частого сочетания гиперплазии н рака эндометрия с ожирением, гипертонической болезнью, диабетом, изменением функции печени.

Нередко наблюдается сочетание таатологии эндометрия с пролиферативными изменениями в молочной железе н с миомой матки, что указывает на общность патологических процессов.

**ДИАГНОСТИКА и ОБСЛЕДОВАНИЕ.**

Диагностика основывается на данных анамнеза, объективного обследования (как общего, так и гинекологического), вспомо-гательных методах исследования.

Обследование больных должно быть комплексным. При изучении данных анамнеза особое внимал не следует обратить на наследственность, особенности менструального цикла в прошлом, состояние детородной функции, общие и гинекологические заболевания. Необходимо подробно выявить динамику гиперпластического процесса, его рецидивы, тщательно проанализировать качество и эффективность предыдущего лечения ГПЭ.

Так как в этиологии и патогенезе ГПЭ особая роль принадлежит функциональному состоянию яичников, широкое распространение в работе врача женской консультации получили тесты функциональной диагностики. Наиболее доступным и простым является измерение ректальной температуры, на основании данных которого возможно определить двухфазность цикла. Большее распространение получил метод, который основан на способности влагалищного эпителия реагировать на гормональную насыщенность. В вагинальных мазках самыми главными элементами являются отторгшиеся эпителиальные клетки разных типов, по состоянию которых судят о функциональных изменениях в яичниках.

В качестве первичного обследования можно рекомендовать цитологическое исследование аспиратов из полости матки.

Оснвной задачей цитологического метода является обнаружение и изучение изменений, происходящих в клетках эндометрия, при гиперплазиях отмечается увеличение ядер по сравнению с размерами клетки, полиморфизм величины и формы отдельных клеток.

Среди существующих многочисленных методов диагностики патологии эндометрия следует считать наиболее достоверным и объективным гистологическое исследование соскобов слизистой цервикального канала и полости матки, полученных при раздельном диагностическом выскабливании. Распознавание предопухолевых состояний эндометрия является одним из наиболее сложных разделов гистологической диагностики, так как они возникают на фоне нарушений гормонального баланса и имеют определенное морфологическое сходство.

**Дифференциальная диагностика.**

В первую очередь следует исключить ряд общих заболеваний, которые могут сопровождаться маточными кровотечениями: заболевания крови, печени, щитовидной железы, надпочечников. В дальнейшем необходимо исключить органические поражения в яичниках — гормонально-активные опухоли.

В репродуктивном периоде маточные кровотечения могут быть проявлением нарушения правильного течения беременности (аборт, внематочная беременность, трофобластическая болезнь), полипа или эрозии шейки матки, рака тела матки. В пожилом возрасте следует дифференцировать со злокачественным поражением матки, гормонопродуцирующей опухолью яичника, миомой матки.

**Обследование больных**

**с гиперпластическими процессами эндометрия**

В тактическом плане чрезвычайно важно уже при первом осмотре больных в женской консультации разделить их на две основные группы: женщины с кровянистыми выделениями из матки, у которых вероятность рака эндометрия незначительна

(1 группа) и женщин с кровянистыми выделениями из матки, у которых наличие рака, как причина кровянистых выделений весьма вероятно (11 группа).

К 1-й группе следует отнести женщин детородного возраста, а также находящихся в климактерическом периоде без выраженных нейроэндокринных изменений, у которых патологические выделения из матки появились впервые, или длятся в течение короткого времени. Например, мажущие кровянистые или гноевидные выделения после аборта, при остром аднексите или обострении хронического аднексита, после незначительной задержки менструаций в связи с начинающейся климактерической дисфункцией яичников.

Ко 11-й группе следует отпасти женщин: в менопаузе - с кровянистыми выделениями возникшими впервые или повторно после произведенного ранее диагностического выскабливания или симптоматического лечения; в климактерическом периоде - с длительными мажущими кровянистыми выделениями вне менструального цикла при выраженных нейроэндокринных изменениях, возникшими впервые, а также повторно доело диагностического выскабливания, при котором был обнару- в любом возрасте - если при проведенном ранее диагностическом выскабливании были обнаружены аденоматозные полипы или атипическая гиперплазия эндометрия, независимо от того повторялись или отсутствуют кровянистые выделения вне менструального цикла, восстановился или остался нарушенным менструальный цикл.

На первом этапе обследование больных должно быть направлено на выявление характера патологического процесса эндометрия, а т же общих заболеваний, определение гормонального профиля.

Объем и характер обследований зависит от возраста больной. В детородном и раннем климактерическом периоде необходимо в течение трех месяцев проводить обследование по тестам функциональной диагностики, определять количественное содержание гормонов яичника, надподчечников.

Гиперпластические процессы эндометрия в детородном и раннем климактерическом периоде встречаются одинаково часто.

При атом у каждой 3-й больной в детородном и раннем климактерическом периоде в аменезе выявляются воспалительные процессы женских половых органов.

Для уточнения этиологии кровянистых выделений необходимо тщательно осмотреть наружные половые органы, влагалище, шейку матки (обязательно с применением ложкообразного зеркала и подъемника), обратив особое внимание на характер выделений из цервикального канала,

Наиболее ценным является аспирационное цитологическое исследование эндометрия, производимое в амбулаторных условиях. Материал на полости матки может быть получен следующими способами:

1 способ - после определения размера и положения матки обнажают с помощью зеркал шейку матки, обрабатывают ее спиртом, фиксируют пулевыми щипцами, в полость матки вводят катетер диаметром 2-4 мм и производят аспирацию содержимого полости матки с помощью шприца (может быть использован шприц Брауна). После извлечения катетера из матки, полученный материал наносят на предметное стекло, приготовляют тонкий мазок (как при исследовании крови). Полученные мазки передают в цитологическую лабораторию соответствующим образом оформив направление.

2 способ - в шприц набрать 2-3 мл стерильного физиологического раствора с добавлением нескольких капель 10% раствора Нитрата натрия для предотвращения образования сгустков крови в аспирате; ввести указанный раствор через катетер в полость матки и тотчас аспирировать его в шприц. После извлечения катетера из матки полученную смывную жидкость поместить в центрифужную пробирку и центрифугировать несколько минут при скорости вращения центрифуги н более 1000 об/мин. Надосадочную жидкость слить, а из осадка приготовить цитологические препараты.

3 способ - изготовить двухканальный катетер общим диаметром 3,5-4,5 мм с боковыми отверстиями на конце каждого канала. Противоположные концы каналов соединяются каждый с отдельным шприцем одинакового объема (по 10-20 мл) с помощью гибких и достаточно упругих трубок (могут быть использованы дуоденальные зонды или хлорвиниловые трубки от систем переливания крови). В один шприц набирают физ раствор с добавлением Нитрата натрия другой шприц - для сбора смывной жидкости. После введения Катетера в полость матки производят синхронно (!) введение раствора и его аспирацию (что может быть облегчено, если оба шприца зафиксировать на жесткой подставке). Таким образом; полость матки тщательно промывается достаточным количеством жидкости. При этом исключается ее нагнетание в маточные трубы и брюшную полость. В последующем смывная жидкость центрифугируется и из осадка приготовляются цитологические препараты.

Все больные 2 группы у которых при аспирационном цитологичеоком исследовании не обнаружено признаков рака, должны в последующем обследоваться в гинекологическом стационаре.

Цитологическое исследование является самостоятельным методом, который позволяет получить важные данные о выраженности пролиферативного процесса в эндометрии, степени клеточной атипии вплоть до неопровержимых признаков рака.

Необходимо знать, что отсутствие признаков злокачественных изменений в материале, полученном методом аспирации гарантирует отсутствие злокачественного процесса с глубоких слоях слизистой оболочки. Поэтому диагностическое выскабливание является обязательным, если по данным цитологического исследования не обнаружен рак.

Радиоизотопное исследование матки является высокоинформативным методом дифференциальной диагностики рака эндометрия, а также позволяет получить важные данные о степени выраженности пролиферативных изменений в эндометрии. Метод основан на способности тканей, находящихся в состоянии пролиферации, накапливать радиоактивный фосфор быстрее и в большем количестве, чем в состоянии покоя,

Комплексное применение радиоизотопного и аспирационно-цитологического исследования позволяет получить существенные дополнительные данные о больной н значительно улучшить точность диагностики рака и гиперпластических изменений эндометрия.

Повторное исследование больных гиперпластическими изменениями эндометрия с использованием указанных методов позволяет сулить о динамике пролиферативных изменений на фоне лечения н соответственно с этим корректировать лечебные мероприятия.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ

с гиперпластическими процессами эндометрия.

Известно, что исход ГПЭ связан с тактикой врача в отношении этих больных. Лечение гиперпластических процессов эндометрия, особенно рецидивируюших, является ответственной и сложной задачей. Надо подчеркнуть недопустимость оставления этих больных без специального лечения.

Прежде всего для остановки кровотечения и с диагностической целью следует произвести выскабливание слизистой оболочки матки. Выскабливание представляет собой чрезвычайно сильный раздражитель, действие которого влияет на функцию половых желез. После него значительно повышается способность матки реагировать на эндо- н экзогенные гормоны. Наиболее ценен этот метод в сочетании с гистероскопией. Удаление эндометрия без гистероскопии нередко приводит к оставлению патологических очагов в матке и, следовательно, к ошибочной диагностике рецидива заболевания, что, в свою очередь, приводит 'к неоправданному оперативному лечению.

Выбор лечения порой сугубо индивидуален, зависит от результатов комплексного обследования, возраста больной, степени выраженности пролиферативных процессов, наличия сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний, индивидуальной переносимости препарата.

Если у молодых женщин при всех формах гиперплазий, включая атипическую, ведущим методом лечения является консервативный, преследующий цель восстановления менструальной и генеративной функций, то в пременопаузальном и постменопаузальном периодах расширяются показания к хирургическому лечению, особенно при предраковых состояниях эндометрия. Патогенетический подход х лечению больных с ГПЭ предусматривает применение гормональных средств, направленных на устранение или компенсацию эндокринно-обменных нарушений.

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ**

При выборе метода лечения больной с гиперпластическим процессом эндометрия следует учитывать результаты полученных методов обследования и руководствоваться периодом жизни женщины.

Учитывая частый центральный генез маточных кровотечений, показана терапия, направленная на нормализацию деятельности центральной нервной системы: настойка или отвар валерианы, малые транквилизаторы, воротник по Щербаку, циркулярный душ, хвойные ванны, массаж воротниковой зоны. При астенических состояниях параллельно с общеукрепляющей терапией целесообразно назначение жемчужных, морских или хлоридно- натриевых ванн. Длительность сёдативной терации от 2 до 4 недель.

Больным, у которых в анамнезе отмечены воспалительные процессы придатков матки, необходимо провести курс противовоспалительной терапии: аутогемотерапия с глюконатом кальция, микроклизмы с ромашкой, витамины группы В внутримышечно или подкожно, электрофорез с йодистым калием, цинком, ультразвук.

Гормональная терапия назначается после клинического обследования, исключающего рак эндометрия, субмукозную миому матки, полип эндометрия, аденоматоз, опухоли и опухолевидные образования придатков.

При обнаружении в соскобе полипа, состоящего из соединительно-тканной основы с проходящими в ней сосудами и функционирующего эндометрия, гормональная терапия не показана.

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АДЕНОМАТОЗОМ ЭНДОМЕТРИЯ**

Наиболее целесообразно назначить женщинам детородного возраста лечение гестагенами пролонгированного действия.

Курс лечения 8-12 месяцев. При возникновении менструальной реакции следует прекратить лечение на время кровотечения и возобновить в том же режиме через 3-4 дня после прекращения кровянистых выделений.

Отсутствие аденоматоза при контрольном гистологическом исследовании позволяет продолжить гормональную терапию, снизив дозу препарата. Если в течение года при контрольном обследовании больной гиперпластические процессы в эндометрии не обнаруживаются, гормональное лечение может быть прекращено, однако, больная должна находиться на диспансерном наблюдении (два раза в год показано цитологическое исследование аспирата из матки, содержимого влагалища, контроль за характером менструальной функции). Длительность диспансерного наблюдения до 5 лет. Рецидив аденоматоза в детородном и климатерическом периодах после проведенного лечения, а также отсутствие эффекта от лечения на протяжении его курса является показанием для оперативного лечения.

Хирургическое лечение (пангистерэктомия) производится больным с аденоматозом (атипической гиперплазией) в следующих случаях:

1. Неэффективность гормонотерапии н рецидив аденоматоза при контрольных исследованиях;

2. Женщинам с нейро-обменно-эндокринными нарушениями в возрасте старше 45 лет;

3. При невозможности наблюдения больной.

### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗИСТО-КИСТОЗНОИ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ

В репродуктивном периоде у этих больных после предвари-тельного диагностического выскабливания слизистой матки гор-мональное лечение направлено на сохранение менструальной функции и коррекцию ановуляции путем циклической секреторной трансформации эндометрия. Существует несколько схем лечения больных с железисто-кистозной гиперплазией. Назначение эстрогенного компонента целесообразно больным, у которых по тестам функциональной диагностики выявлена гипоэстрогения, приводящая эндометрий при длительном воздействии, как и гитаерэстрогения, к железисто-кистозной гиперплазии.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫЕ С ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫМИ (НЕАДЕНОМАТОЗНЫМИ) ПОЛИПАМИ

Многие больные этой группы имеют сопутствующие гинеко-огические заболевания - миому матки и хронические воспали-тельные изменения в придатках. Следует подчеркнуть, что эти. больные заслуживают особого внимания ввиду трудности их из-лечения. Железы полипа не только проникают в базальный слой эндометрия, до и миометрий. Подавить деятельность этих желез возможно лишь при длительном и систематическом гормональном лечении после тщательного оперативного удаления полипов при выскабливании с обязательной ревизией трубных углов.

Больным этой группы показано в любом возрасте применение гормональных препаратов в течение 9-12 мес. Больным до 45-47 лет рекомендуются эстроген-гестагены по схеме с 5дня по 25 день менструального цикла, при рецидивах и больным старше 45-47 лет - инъекции оксипрогестерон капраната по 4 мл (500 мг) 12,5% раствора 2 раза в неделю в течение 9 мес.

Контроль за эффективностью лечения больных с полипами эндометрия следует осуществлять с помощью лечебно-диагно-стических выскабливаний каждые 3 месяца, так как в этих случаях контрольное выскабливание расценивается и как метод до-полнительного устранения патологически измененных участков эндометрия. Особенно этот контроль показан больным продолжающимися длительными мажущими кровяными выделениями.

### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АТИПИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ

**ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ**

Прежде всего, показанием к операции (экстирпация матки с придатками) у 'больных этой группы является наличие атипической гиперплазии в менопаузе, а также невозможность динамического врачебного наблюдения за больной в процессе консервативной терапии. Гормонотерапия при атипической таперплазии показана молодым женщинам, а также пожилым, имеющим значительные сопутствующие экстрагенитальные заболевания.

**Последовательность лечения атипической гиперплазии**

*в репродуктивном периоде:*

1 этап. Оксипрогестерон капронат (по 4 мл (500 мг) 12,5% раствора 3 раза в неделю в течение 3 мес., затем по 500 млг 2 раза .в неделю на протяжении 3 мес.

11 этап. Эстрогенгестагены с 5 по 25 день цикла в течение нескольких мес.

III этап. Стимуляция овуляции клостилбегитом (кломифеном) по 50-100 мг с 5 по 10 день цикла в течение 6 мес.

Во время лечения рекомендуется производить 2-3 раза контрольные диагностические выскабливания в комплексе с другими

**Последовательность лечения больных с атипической**

**гиперплазией в п*ременопаузальном и постменопаузальном периодах:***

1 этап. Оксипрогестерон капронат ио 500 мт 12,5% раствора 3 раза в неделю в течение 3 мес., затем по 500 мг 2 раза в неделю а течение нескольких мес.

11 этап. Андрогены: Метилтестостерон по 15-20 мг в день в течение 3 мес. Тестенат по 1 мл 10% раствора 2 раза в месяц в течение 3 мес. Суета ион (омнандрен) 'но 1 мл внутримышечно 1 раз в месяц в течение 3 нес.

Основной причиной недостаточной эффективности гормонального лечения являются органические изменения в миометрии и яичниках.

### Обследование в стационаре

Если при амбулаторном исследовании рак не обнаружен, больная должна быть госпитализирована в гинекологический стационар для обследования, включающего раздельное диагностическое выскабливание, а также гистерографию и лапароскопию (по показаниям). Чрезвычайно важным условием для правильного выполнения диагностического выскабливания является осмотр полости матки гистероскопом до и после выскабливания.

Выскабливание эндометрия без гистероскопии нередко приводит к оставлению патологического очага в матке, и, следовательно, к ошибочной диагностике. При этом может быть нераспознан своевременно рак эндометрия и упущены сроки для своевременного оперативного лечения. Неполное удаление эндометрия при выскабливании может привести к грубой ошибке - ь к не всегда оправданному оперативному вмешательству.

**СИСТЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

Больные гиперпластическими процессами эндометрия, которым после обследования в гинекологическом стационаре назначается консервативное лечение, должны находиться под диспансерным наблюдением, включающим регулярные осмотры (каждые 2-2,5 месяца), контроль за выполнением предложенной схемы лечения, ее коррекция при необходимости; проведение в назначенные сроки контрольных исследований эндометрия; аспирационного, цитологического и радиоизотопного исследования матки, а при показаниях - раздельного диагностического выскабливания под контролем гистероскопии. Последнее необходимо производить во всех случаях, если при предыдущем диагностическом выскабливании был обнаружен аденоматозный полип или атипическая гиперплазия эндометрия и предпринята попытка их консервативного лечения. Этим больным срок контрольного диагностического исследования назначается в зависимости от степени выраженности аденоматозных изменении (в среднем через 3-6 месяцев), контрольное диагностическое выскабливание назначается также больным железистой гиперплазией или полипозом эндометри.

Диагностическое выскабливание может подтвердить и уточнить нарастание гиперпластических изменений в эндометрии.

Для четкой организации диспансерного наблюдения необходима согласованность и преемственность в работе женских консультаций, гинекологических стационаров, цитологических и радиоизотопных лабораторий. Координирующим звеном (центром) при этом должен быть специализированный кабинет патологии эндометрий, создаваемый на базе онкологического диспансера, либо одной из крупных поликлиник города, имеющих цитологическую или радиоизотопную лабораторию.

Женщины, у которых в соскобе эндометрия были обнаружены полипоз или железистая гиперплазия эндометрия снимаются с диспансерного учета:

а) в возрасте до 45 лет - через 1,5-2 года регулярного менструального цикла;

б) старше 45 лет, через 1,5-2 года менопаузы.

Непременным условием для снятия с учета является положительные результаты исследований, контролирующих эффективность лечения.

Непременным условием диспансерного наблюдения за больными является регистрация характера менструального цикла (или кровянистых выделений у женщин климактерического периода) и гормональной терапии (название препарата, дни введения или приема во внутрь, общая доза препарата).

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1.Э.К. Айламазян. «Акушерство», С-Птб, 1998г, «Специальная литература»

2. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей и студентов. Под ред. акад. РАМН Савельевой Г.М., Сичинава Л.Г. М:Медицина, 1997г.

3. О.И.Линева, С.И.Двойникова, Т.А.Гаврилова «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии», М, 2000.