

# Гиперпластические процессы эндометрия. Внутриматочная хирургия.

Выполнила врач хирургического отделения №2  
Ахундзадэ Х.Т.

# Гиперплазия Эндометрия

Гиперплазия эндометрия – это патологический процесс слизистой оболочки матки, характеризующийся пролиферацией желез и увеличением железисто-стромального соотношения. Частота простой ГЭ составляет 58 случаев на 100 000 женщин-лет, сложной ГЭ - 63 на 100 000 и АГЭ - 17 на 100 000.

Риск прогрессирования ГЭ без атипии в РЭ в течение 20 лет достигает 5%, при АГЭ риск возрастает до 27,5%



# Этиология

- Одной из ведущих причин развития ГЭ является абсолютная или относительная гиперэстрогения.
- К патогенетическим механизмам формирования ГЭ относят также подавление процессов апоптоза.

# Факторы риска

- причины, связанные с менструальным циклом: раннее менархе или поздняя менопауза, бесплодие, ановуляция, обусловленная фазой менопаузального перехода и/ или синдромом поликистозных яичников (СПЯ);
- ятрогенные факторы (монотерапия эстрогенами или тамоксифеном); (
- сопутствующие заболевания (ожирение, сахарный диабет 2го типа, артериальная гипертензия и синдром Линча, а также эстроген-секретирующие опухоли яичников, например, гранулезноклеточные опухоли)
- курение
- возраст старше 35 лет
- наследственность

# Эпидемиология

- Частота простой ГЭ составляет 58 случаев на 100 000 женщин-лет, сложной ГЭ - 63 на 100 000 и АГЭ - 17 на 100 000.
- Риск прогрессирования ГЭ без атипии в РЭ в течение 20 лет достигает 5%, при АГЭ риск возрастает до 27,5% .

# Классификация

В настоящее время в клинической практике используется бинарная классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2014 года (оставленная без изменений в редакции 2020 года). Согласно этой классификации выделяют две формы

- - гиперплазия эндометрия без атипии
- - гиперплазия эндометрия с атипией.

Существует также альтернативная система – классификация ЭИН (эндометриальная интраэпителиальная неоплазия), где вместо термина «атипическая гиперплазия эндометрия» используется термин «эндометриальная интраэпителиальная неоплазия». ЭИН предполагает наличие латентных генетически трансформированных клеток (недоступных световой микроскопии), которые могут привести к возникновению мутантных клонов, проявляющихся фенотипически структурными и цитологическими перестройками. В классификации ЭИН также есть категория доброкачественной ГЭ. С 2014 г. термин «ЭИН» инкорпорирован в классификационную систему ВОЗ, которая рекомендует его использование наравне с термином «АГЭ», с единым гистологическим кодом.



## По гистологической картине:

- железистая. Простая ГЭ, когда разрастаются именно клетки желез.
- железисто-кистозная. Наряду с характерными клетками в биоматериале обнаруживают кисты и полости, заполненные жидкостью.
- атипическая. В этом случае отдельные железистые клетки мутируют и изменяют свой вид. Атипическую форму или аденоматоз эндометрия относят к предраковым состояниям, требующим незамедлительного лечения.

# Клиническая картина заболевания

- ГЭ проявляется аномальными маточными кровотечениями (АМК) в виде обильных или межменструальных маточных кровотечений при регулярном менструальном цикле или олигоменореи . Характер АМК не позволяет предположить тип ГЭ.
- ГЭ формируется, как правило, на фоне прогестерон-дефицитного состояния и может быть причиной ановуляторного бесплодия.



Диагноз ГЭ устанавливается на основании

- жалоб,
- анамнестических данных,
- физикального обследования (обязательно расчет ИМТ),
- заключения УЗИ органов малого таза.

**Окончательный диагноз ГЭ подтверждается патолого-анатомическим исследованием эндометрия.**

# Обследование пациента

1) контроль лабораторных данных с целью выявления сопутствующих заболеваний, предоперационного обследования и определения тактики ведения всем пациенткам с подозрением на ГЭ:

- ОАК, БАК, общий коагулограмма
- оценка гормонов сыворотки крови для диагностики и выявления причин ановуляции и олигоменореи (исследование уровняФСГ,ЛГ,эстрадиола, прогестерона, свободного тестостерона, андростендиона, дегидроэпиандростерона сульфата в крови, пролактина в крови, тиреоидные гормоны)
- исследование уровня хорионического гонадотропина в крови

2) Рекомендуется проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с подозрением на ГЭ для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза, цитологического исследования микропрепарата шейки матки у пациенток с подозрением на ГЭ с целью выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Возможно проведение скрининга на ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*) методом ПЦР (при подозрении на инфекции).

3) Рекомендуется всем пациенткам с ГЭ проведение УЗИ органов малого таза (по возможности трансвагинального) для оценки состояния эндо- и миометрия.

УЗИ органов малого таза, проводимое при возможности в 1ую фазу цикла или на фоне АМК, рассматривается как скрининговая процедура для оценки эндо- и миометрия. В репродуктивном возрасте увеличение м-эхо более 7-8 мм на 5-7й дни цикла при неоднородной структуре с эхогенными включениями позволяет заподозрить ГЭ. Четких эхографических признаков ГЭ в репродуктивном возрасте нет, в связи с чем диагностическая значимость УЗИ для выявления ГЭ у женщин данной возрастной группы ограничена.

В постменопаузе при толщине эндометрия **3-4 мм** вероятность РЭ составляет менее 1% . В постменопаузе у женщин с АМК при толщине эндометрия **менее 5 мм**, риск развития РЭ составляет примерно 0,07% и 7,3% при эндометрии **более 5 мм** .

**Не рекомендуется** рутинно использовать магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов малого таза в качестве метода диагностики ГЭ. Однако этот метод рассматривается как перспективный в дифференциальной диагностике АГЭ и РЭ. Поскольку МРТ с использованием диффузно взвешенных последовательностей позволяет выявить начальные признаки инвазии ткани эндометрия в миометрий, характерные для ранней стадии РЭ.



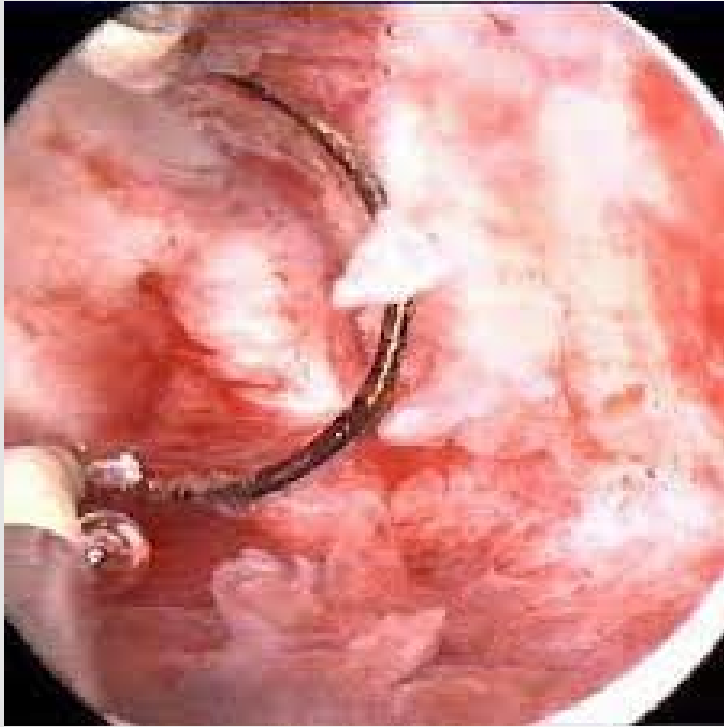
SP/General  
E9-4/CH7MHz  
DR70/M2/P2  
G76/E1/100%  
\_ MI1.3 TIs0.2  
5.0 cm  
13 Hz  
ZSI 0  
**Cine**

Гиперплазия эндометрия

Z

- 4) Рекомендуется при подозрении на ГЭ по данным УЗИ органов малого таза проведение патолого-анатомического исследования биопсийного(операционного) материала эндометрия, полученного путем биопсии эндометрия или диагностического выскабливания полости матки по возможности под контролем гистероскопии.

Гистероскопия (ГС) обеспечивает проведение биопсии или диагностического выскабливания полости матки под визуальным контролем.



# Лечение

Терапия ГЭ включает

- консервативное (гормональное)
- оперативное лечение.

Выбор тактики ведения ГЭ зависит от морфологического патолого-анатомического заключения, возраста пациентки, ее репродуктивных планов, наличия факторов риска ГЭ и сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Цель терапии ГЭ состоит в купировании АМК, профилактике рецидивов ГЭ и развитии РЭ.





# Тактика ведения пациенток с ГЭ без атипии

- 1-Рекомендуется после морфологической верификации диагноза ГЭ в качестве медикаментозной терапии локальное воздействие левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы. Эффективность левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС) при ГЭ без атипии достигает 100% при минимальном системном воздействии и побочных эффектов.
- 2-В случае противопоказаний к ЛНГ-ВМС или отказа от ее введения при ГЭ без атипии возможно назначение в непрерывном или пролонгированном циклическом режимах прогестагенов. Прогестагены в циклическом режиме менее эффективны для регрессии ГЭ без атипии в сравнении с непрерывным режимом приема и ЛНГ-ВМС.

- 3-Рекомендуется применение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГн-РГ) при сочетании ГЭ с миомой матки и эндометриозом. При выраженных симптомах эстрогендефицита на фоне терапии и необходимости проведения терапии более 6 месяцев целесообразно назначение возвратной терапии препаратами для непрерывного режима менопаузальной гормонотерапии.

- 4) Рекомендуется при морфологически верифицированной ГЭ проводить терапию ЛНГ-ВМС или прогестагенами в течение 6 месяцев с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала эндометрия (при наличии внутриматочной терапевтической системы – без ее удаления) для определения дальнейшей тактики ведения
- 5) Рекомендуется информировать пациентку о возможности рецидива ГЭ после завершения курса терапии

- 6) Рекомендуется при отсутствии эффекта от консервативного лечения и прогрессировании ГЭ рассмотреть вопрос о хирургическом лечении (гистерэктомия, по возможности, лапароскопическим доступом или резекция эндометрия под гистероскопическим контролем (гистерорезектоскопия)). Вопрос о гистерэктомии решается при незаинтересованности пациентки в реализации репродуктивной функции, при прогрессировании ГЭ в АГЭ, при рецидиве ГЭ после 12 месячного курса лечения, при отказе пациентки от консервативного лечения.

# Тактика ведения женщин с АГЭ

- Рекомендуется при АГЭ проведение гистерэктомии, по возможности, лапароскопическим доступом. Окончательный объем - гистерэктомия с маточными трубами, а в ряде случаев – гистерэктомия с придатками, решается в зависимости от сопутствующей патологии и факторов риска.

Рекомендуется при выявлении АГЭ у пациенток репродуктивного возраста с настойчивым желанием сохранить детородную функцию и отказе от гистерэктомии, проведение врачебной комиссии для определения возможности консервативного лечения путем локального введения ЛНГ-ВМС или прогестагенами в непрерывном режиме с обязательным патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала эндометрия каждые 3 месяца.

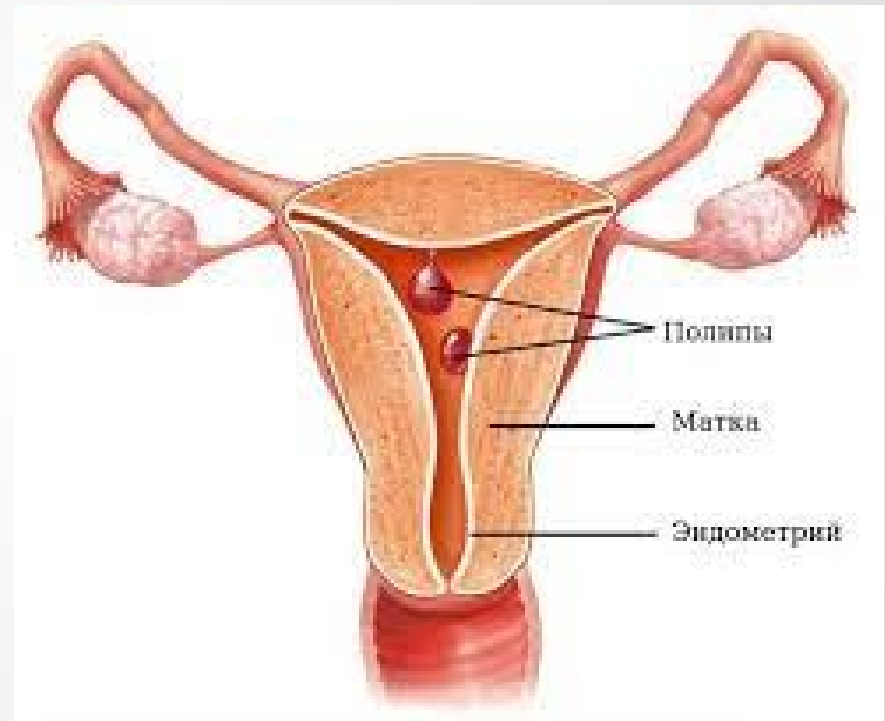


# Профилактика и диспансерное наблюдение

Рекомендуется динамическое наблюдение с проведением ультразвукового исследования органов малого таза и ежегодным проведением биопсии эндометрия пациенткам из группы высокого риска рецидива ГЭ и развития РЭ.

# Полипы эндометрия

- Полипы эндометрия (ПЭ) - доброкачественные очаговые образования эндометрия, состоящие из желез, фиброзированной стромы и кровеносных сосудов. ПЭ могут иметь размеры от нескольких миллиметров до 2-3 см, располагаться на тонкой ножке или широком основании, быть единичными или множественными



- Распространенность ПЭ составляет от 7,8 до 34,9 % и имеет тенденцию к увеличению к пери- и постменопаузе. Доля ПЭ с атипическими и злокачественными нарушениями, по данным систематических обзоров и мета-анализов, составляет 0,3-5,4% , причем она существенно выше в постменопаузе 2,3-5,4%, чем в пременопаузе -1,1-1,7% . Риск малигнизации ПЭ повышается с возрастом, достигая максимальных значений в постменопаузе, при наличии АМК, размерах ПЭ более 1,0-1,5 см. Рак эндометрия выявляется у 9% женщин в постменопаузе с ПЭ.



# Этиология и патогенез

- Этиология и патогенез ПЭ точно не известны. Рассматриваются различные механизмы возникновения ПЭ. К ним относят нарушение экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в эндометрии, усиление активности сигнальных путей, индуцирующих пролиферацию и ангиогенез, снижение апоптоза. ПЭ рассматривают также, как моноклональные разрастания генетически измененных эндометриальных стромальных клеток с вторичным образованием желез, выстланных доброкачественным эпителием и имеющих поликлональное происхождение. В 23-27% случаев ПЭ могут формироваться на фоне сопутствующего хронического эндометрита (ХЭ), что, свидетельствует о значимости хронического воспаления, как одного из звеньев патогенеза ПЭ.

Факторы риска те же, что и при гиперплазии эндометрия.

Дополнительно: длительный прием менопаузальной гормональной терапии (МГТ) в циклическом режиме.

Кодирование по МКБ: N84.0 - полип тела матки.

Классификация:

Полипы эндометрия

Полипы эндометрия с атипией.

Клиническая картина –идентична с клинической картиной ГЭ.

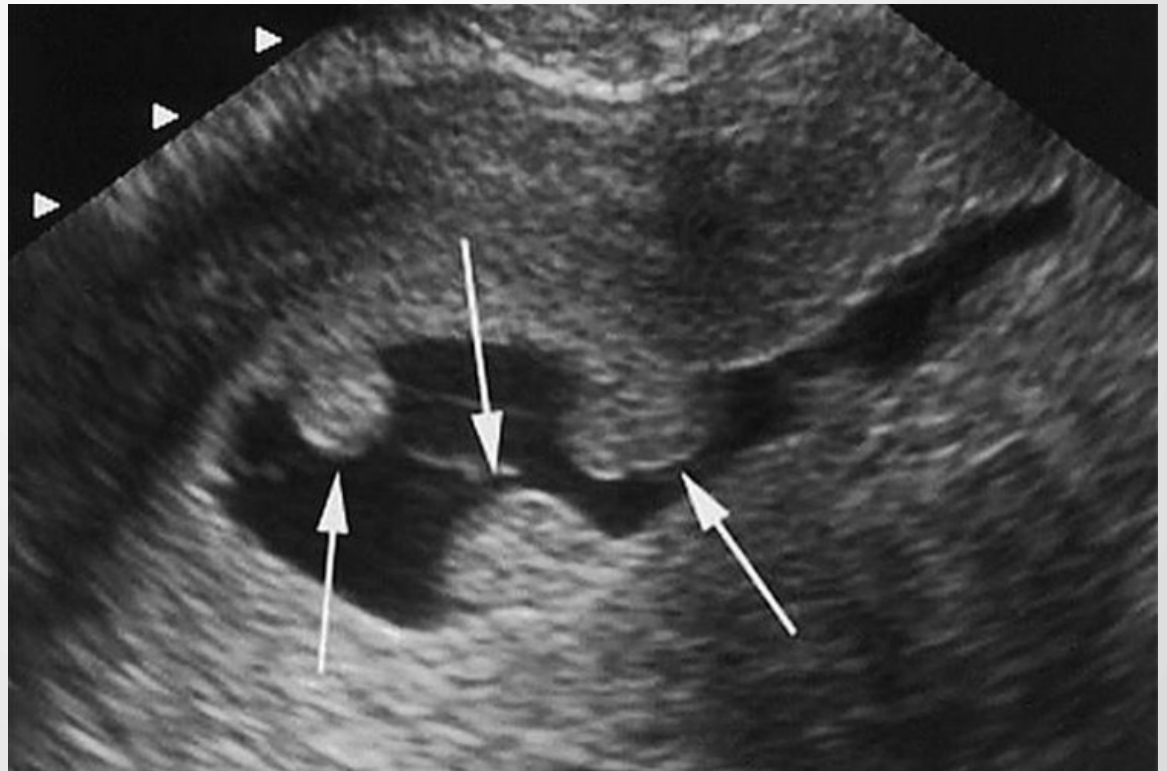
Дополнительно: случайная находка при проведении планового УЗИ матки и придатков.



# Диагностика

Та же, что и при ГЭ.

Дополнительно- при подозрении на ПЭ и неубедительных данных рекомендовано проведение соногистерографии. Данный метод основан на проведении трансвагинального УЗИ с предварительным внутргшатовым введением 5-15 мл физиологического раствора, что улучшает визуализацию слизистой матки и позволяет более точно оценить особенности ее строения.



# Лечение

- Не рекомендуется применение гормональной терапии для лечения ПЭ, в том числе прогестагенов, комбинированных оральных контрацептивов в качестве самостоятельного лечения, в пред- и послеоперационном периоде.
- Рекомендуется проведение полипэктомии и биопсии эндометрия пациенткам (гистероскопия), в том числе в репродуктивном возрасте при АМК, бесплодии, планировании беременности, наличии факторов риска малигнизации, а также всем женщинам в пери- и постменопаузальном периоде с обязательным проведением патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала.
- Рекомендуется при рецидивирующих ПЭ проведение гистерорезектоскопии в качестве профилактики их повторного возникновения. Использование гистерорезектоскопа позволяет проконтролировать полное удаление и коагуляцию основания ПЭ, что приводит к снижению частоты рецидивирования



# Подслизистая миома матки

Миома матки – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки.

Субмукозная миома:

- 0 Узел в полости на «ножке»
- 1 < 50% интрамуральный компонент
- 2 ≥ интрамуральный компонент.

Этиопатология: помимо гормонального влияния, так же играет огромную роль тот факт, что миома матки является моноклональной опухолью, т.е. рост ее происходит из одной первичной мутантной клетки, которая приобретает способность нерегулируемого роста+неогенез.

Факторы риска-те же, что и при ГЭ и ПЭ. Дополнительно: прием КОК.



# Клиническая картина

Течение миомы матки может быть бессимптомным и симптомным.

Симптомы заболевания:

аномальные маточные кровотечения,

боли внизу живота различного характера и интенсивности,

болезненные и обильные менструации,

бесплодие при отсутствии других причин,

невынашивание беременности.

Диагностика та же, что при ПЭ.

Дополнительно

- МРТ м/т
- гистероскопия диагностическая.

Лечение:

нецелесообразно терапия прогестагенами при наличии субмукозной миомы матки

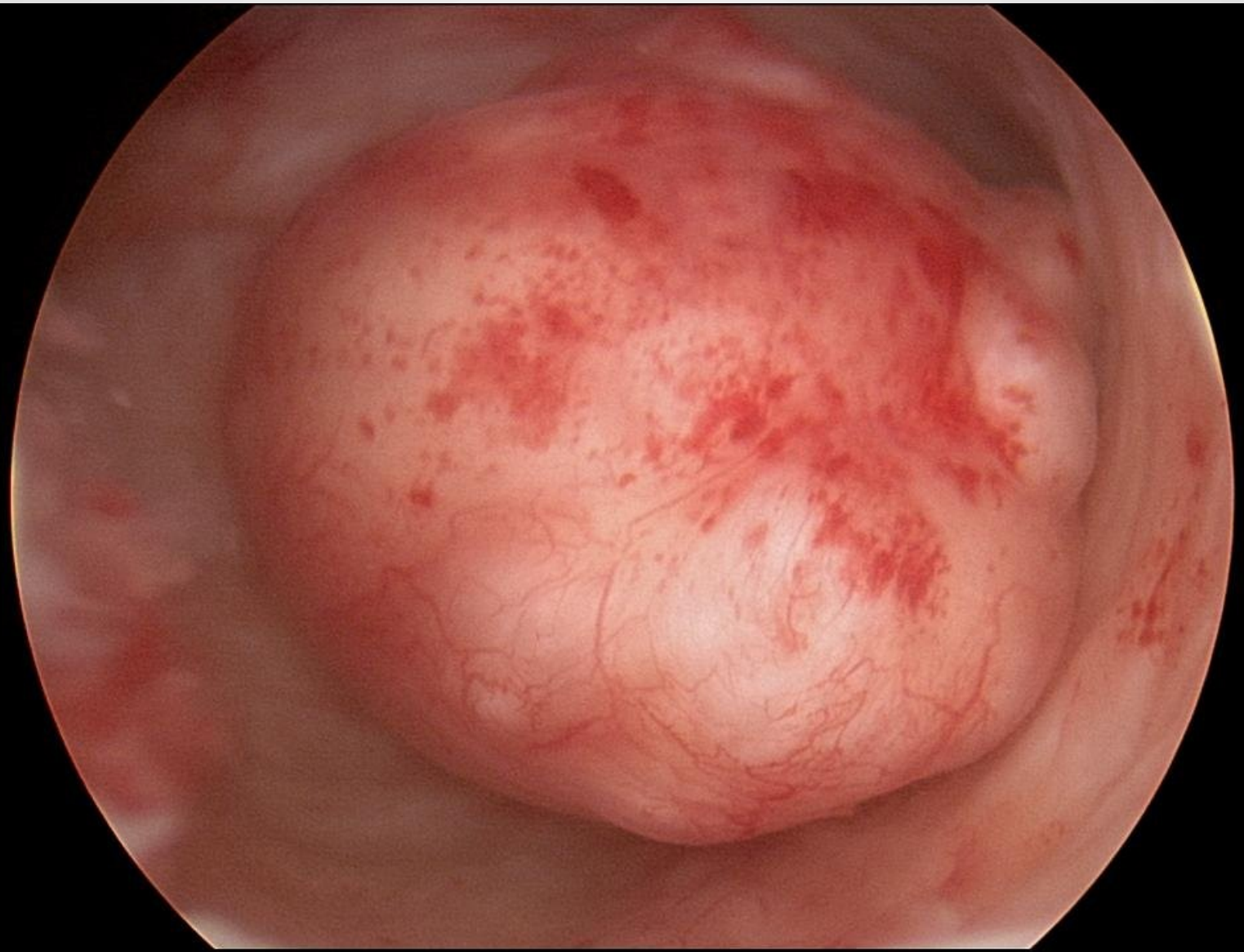
При наличии кровотечения- использование гемостатических препаратов, при болевом синдром- прием НПВС.

Рекомендовано использование агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона (аГн-РГ) у пациенток с миомой матки и анемией в качестве предоперационного лечения, а также для уменьшения размеров миоматозных узлов и уменьшения интраоперационной кровопотери

Рекомендуется гистероскопическое удаление подслизистых миоматозных узлов, не превышающих 4-5 см в диаметре.

Гистеропическая миомэктомия может сочетаться с аблацией и резекцией эндометрия. В случае рождающихся субмукозных узлов следует проводить миомэктомию влагалищным доступом с ревизией полости матки.





# Осложнения

- Бесплодие
- Длительное и/или обильное аномальное маточное кровотечение-> анемия средней и тяжелой степени
- Перерождение в злокачественную опухоль эндометрия

# Рак эндометрия

- Рак тела матки ( РТМ ) — злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки тела матки (эндометрия).

РТМ — самая частая злокачественная опухоль женских половых органов в развитых странах и 2-я по частоте после рака шейки матки злокачественная опухоль женских половых органов в мире.

У большинства пациенток РТМ носит спорадический характер. Только примерно в 5% случаев РТМ ассоциирован с наследственными синдромами, в частности с синдромом Линча 3 .

В качестве факторов риска развития данной патологии рассматриваются:

гиперэстрогения,

раннее менархе,

отсутствие родов в анамнезе,

поздняя менопауза,

возраст старше 55 лет,

применение тамоксифена

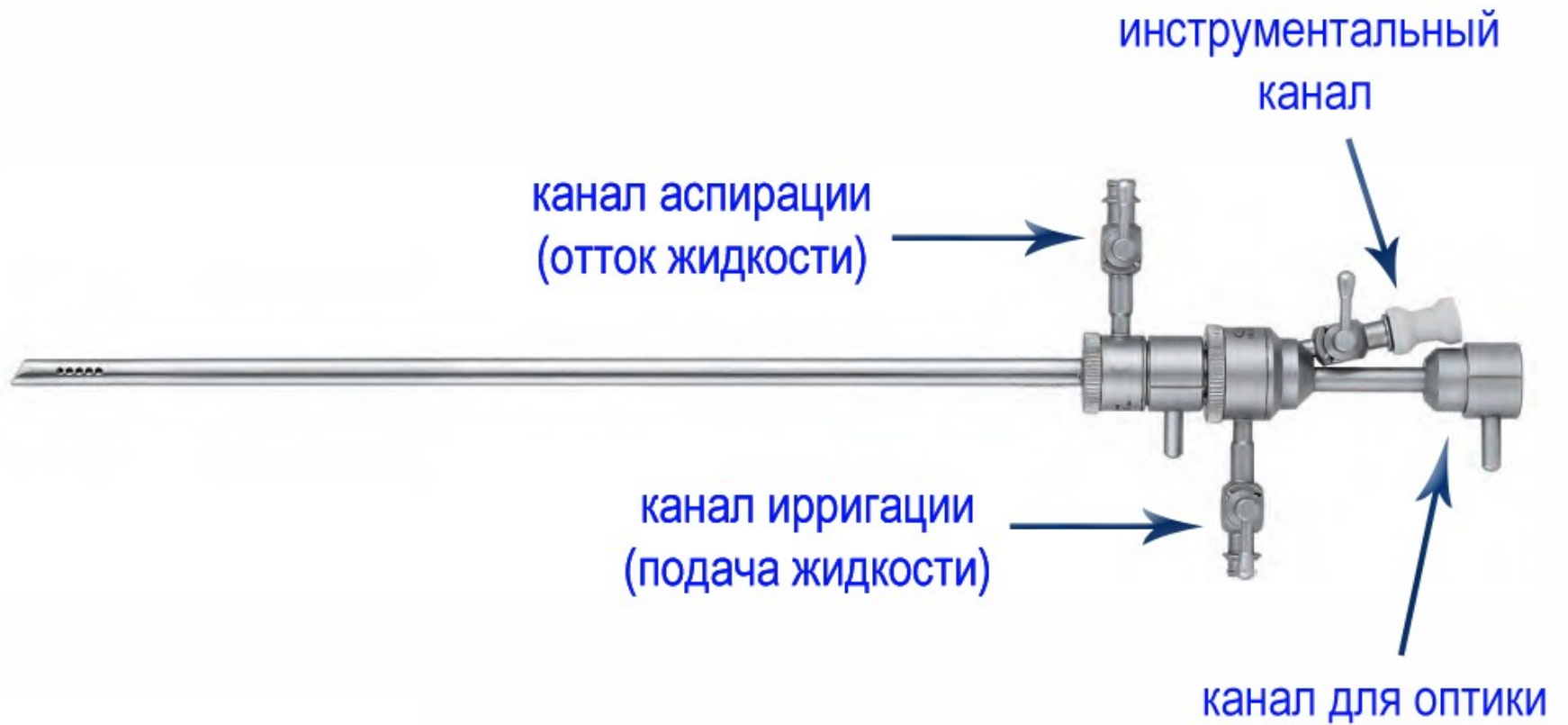


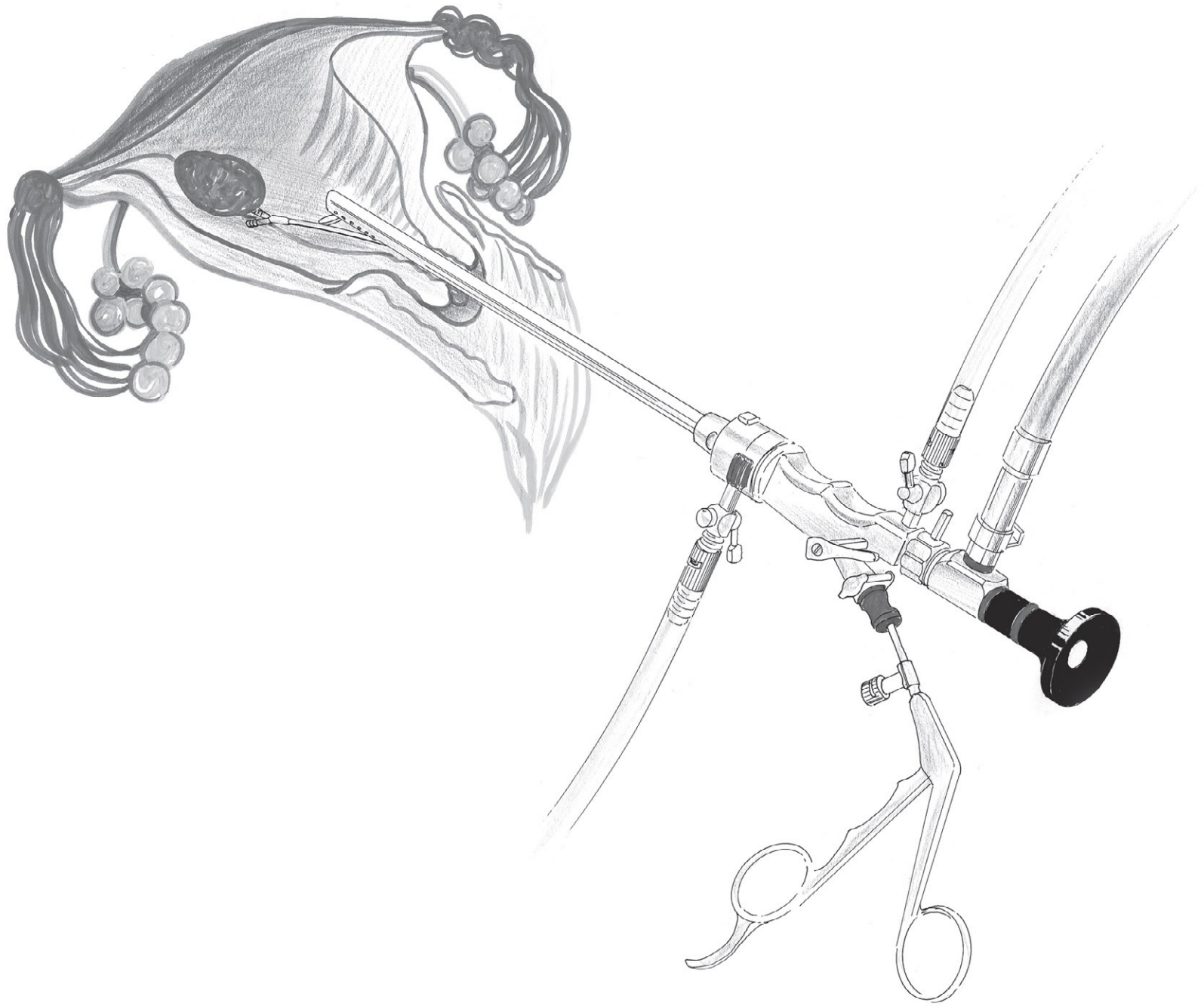
# Диагностика

- Такая же, что при других гиперпластических процессах.  
Дополнительно:
- Уровень Са-125-повышение уровня СА-125 является косвенным признаком экстрагенитального распространения опухоли
- Проведение аспирационной биопсии эндометрия или РДВПМ с гистероскопией или без неё –диагноз устанавливается на основании гистологического заключения с обязательным указанием гистологического типа и степени дифференцировки опухоли
- МРТ м/т с в/в контрастированием
- При увеличении размеров и/или изменении структуры лимфатических узлов по данным УЗИ рекомендуется выполнить КТ с контрастированием для оценки состояния лимфатических узлов.

# Внутриматочная хирургия

- Гистероскопия – это метод эндоскопического обследования полости матки. Во время манипуляции используется специальный инструмент – гистероскоп, в котором есть маленькая камера, позволяющая визуально оценить состояние тканей в полости матки и в области фаллопиевых труб.
- Гистерорезектоскопия-хирургическая гистероскопия, во время которой ликвидируется патологический процесс в полости матки.









# Противопоказания

Общие противопоказания :

- подтвержденный рак эндометрия и/или шейки матки;
- острые воспалительные заболевания половых органов;
- острые инфекционные заболевания (общие);
- тяжелая экстрагенитальная патология;
- беременность.

Относительные противопоказания к гистероскопии:

- массивное маточное кровотечение;
- стеноз цервикального канала
- стеноз влагалища;
- менструация

# Осложнение

Интраоперационные осложнения:

- перфорация матки (проникающее ранение матки с повреждением серозного покрова);
- формирование ложного хода (непроникающее ранение матки без повреждения серозного покрова);
- интраоперационное кровотечение, связанное с травмой шейки матки или перфорацией матки, либо обусловленное глубоким повреждением миометрия с травмой крупных сосудов.

- Другие осложнения:
- аллергическая реакция на вводимые анестетики;
- нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, связанные с поступлением в сосудистое русло большого объема жидкости (через вскрывшиеся при операции просветы крупных маточных сосудов или путем всасывания брюшиной раствора, попавшего в брюшную полость через маточные трубы);
- газовая эмболия;
- повреждение крупных нервных сплетений, связанное с длительным вынужденным положением пациентки во время операции; тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛа.

## Послеоперационные:

- послеоперационное кровотечение;
- инфекционные осложнения;
- образование внутриматочных синехий;
- формирование гематометры;
- термические повреждения внутренних органов (при гистерорезектоскопии)