

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра акушерства и гинекологии по интернатуре

СРС

Ведение больных с гиперплазией эндометрия (разбор клинического случая).

Проверила: Ивашевская Р.Ф.
Подготовила: Качулина А. 740
АиГ

Астана, 2015г.

• ***Байсалбаева Балжан Кенжебаевна***

- **Дата рождения:** 09.01.1955 г.р. (60 лет)
- **Поступление:** 03.09.2015 г 10 ч 30 мин
- **Выбытие:** 07.09.2015 г 13 ч 00 мин

Обследована в ГКП на ПХВ ГП №4,
направлена на плановое оперативное
лечение в условиях гинекологического
отделения ГКП на ПХВ ПЦ№1 с Дз:
Железистая гиперплазия эндометрия.
Миома матки. Кистозные образования
яичников.

На момент осмотра жалоб не предъявляет.

Результаты исследований на базе ГКП на ПХВ ГП№4:

- **МРТ органов малого таза от 20.07.2015г.:** МРТ признаки гиперплазии эндометрия, миома матки, кист яичников.
- **УЗИ ОМТ от 17.07.2015г.:** М-эхо 12,5 мм. Гиперплазия эндометрия. Миома матки Кистозное образование яичников.

В постменопаузе длительностью до 5 лет толщину М-эха до 5 мм можно считать нормой, при длительной постменопаузе толщина М-эха не должна превышать 4 мм (при однородной структуре). У пациенток в постменопаузе, получающих ЗГТ, характер М-эха оценивают в зависимости от вида и режима ЗГТ и доз гормональных препаратов.

Точность диагностики ГПЭ при УЗИ составляет 60—70%. Гидросонография не улучшает диагностику.

- **Онкогинеколог от 23.07.2015г.** Миома матки. Гиперплазия эндометрия. Миома Кистозное образование яичников.

Полипы эндометрия - наиболее частый вид гиперплазии эндометрия (ГПЭ) встречается у 5,3—25% гинекологических больных всех возрастных групп. Наиболее часто полипы эндометрия выявляются в пре- и постменопаузе и малигнизируются в 2—3% случаев.

Полип эндометрия представляет собой доброкачественную опухоль, исходящую из базального слоя эндометрия. Железы в полипе расположены неравномерно, беспорядочно, имеют различную величину и форму, выстланы призматическим эпителием индифферентного или пролиферативного типа. Сосуды имеют утолщенные, склерозированные стенки, в основании полипа могут образовывать клубки.

Патогномоничный анатомический признак полипа эндометрия — его основание («ножка»).

В зависимости от гистологического строения

различают:

- *Железистые (функционального, базального типа),*
- *железисто-фиброзные*
- *фиброзные полипы эндометрия.*

Аденоматозные полипы относят к предраковым состояниям слизистой оболочки матки.

Железистые полипы наиболее характерны для репродуктивного периода, железисто-фиброзные — для пре- и перименопаузы, фиброно-железистые и фиброные — для постменопаузы.

В репродуктивном и пременопаузальном периодах полипы эндометрия как гистологически самостоятельная форма могут определяться как на фоне ГПЭ, так и при нормальной слизистой оболочке различных фаз менструального цикла.

Полипы эндометрия в постменопаузе, как правило, бывают одиночными, у 20-26% больных они множественные. Полипы эндометрия в постменопаузе определяются всегда на фоне атрофичной слизистой оболочки, достигая иногда больших размеров. Выходя за пределы шейки матки, полипы эндометрия имитируют полипы цервикального канала.

Проведенное обследование в отделении:

Группа крови: А (11) вторая, резус фактор
положительный.

Соматический анамнез:

- Росла и развивалась соответственно возрасту. На «Д»-учете у терапевта 28.08.2015г. с дз: Пояснично-позвоночный остеохондроз, противопоказаний к оперативному лечению нет. Туберкулез, гепатит, вен заболевания отрицает. Травмы отрицает. Операции:
- 2003 г. Холецистэктомия.
- 2010г. удаление полипа в желудке.
- 2012г. операция по поводу варикозного расширения вен правой нижней конечности.
- Гемотрансфузии отрицает.
- Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность не отягощена.

Репродуктивный анамнез:

- Менструации с 13 лет, по 5-7 дней, через 28-29 дней, безболезненные, обильные, регулярные. *Менопауза в течение последних 12 лет.*
- Половая жизнь с 20 лет, в браке 1, зарегистрированном.
- Беременностей – 2 Родов - 2, аборт– 0.
- 1 беременность, 1975 г. –срочные роды, жен., вес – 3300 гр., жив; б/о;
- 2 беременность, 1985 г. – срочные роды, муж., вес – 3500 гр., жив, б/о.
- Гин.заболевания: миома матки, гиперплазия эндометрия, кистозные образования яичника.

Патогенез ГПЭ:

Ведущее место в патогенезе ГПЭ отводится *относительной или абсолютной гиперэстрогении, отсутствию антиэстрогенного влияния прогестерона или недостаточном влиянии.*

Причины гиперэстрогении: ановуляция, обусловленная персистенцией или атрезией фолликулов; **гиперпластические процессы в яичниках или гормонопродуцирующие опухоли яичников** (стромальная гиперплазия, текоматоз, гранулезоклеточная опухоль, тека-клеточные опухоли и т.д.); нарушение гонадотропной функции гипофиза; гиперплазия коры надпочечников; неправильное использование гормональных препаратов (эстрогены, антиэстрогены).

Однако ГПЭ могут развиваться и при ненарушенных гормональных соотношениях. В развитии таких патологических процессов ведущая роль отводится нарушениям тканевой рецепции. Инфекционно воспалительные изменения в эндометрии могут приводить к развитию ГПЭ у 30% больных.

В патогенезе ГПЭ большое место занимают также обменно-эндокринные нарушения: изменения жирового обмена, метаболизма половых гормонов при патологии гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта, иммунитета, функции щитовидной железы.

Диагностика ГПЭ: Гистероскопия.

Информативность гистероскопии в диагностике ГПЭ составляет 63—97%. Гистероскопия необходима как перед выскабливанием слизистой матки, для верификации характера и локализации патологии, так и после него для контроля за тщательностью проведенной операции.

Гистологическое исследование соскобов слизистой матки — метод окончательной диагностики ГПЭ.

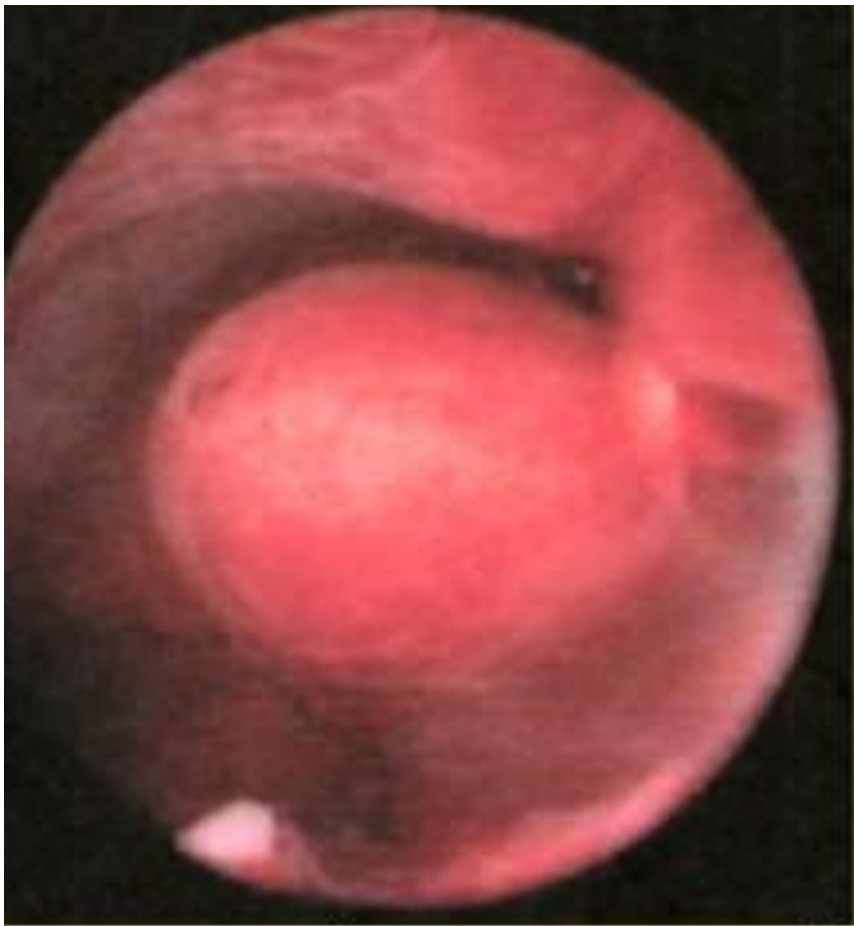
Лечение больных с полипами эндометрия:

*Основной метод лечения — прицельная
полипэктомия.*



Полное удаление полипа эндометрия (с базальным слоем эндометрия на месте полипа) возможно только с помощью гистероскопического оборудования. Для полипэктомии можно использовать как механические эндоскопические инструменты, так и электрохирургическую технологию, лазерный проводник. Электрохирургическое иссечение при гистероскопии рекомендуется при фиброзных и пристеночных, а также при рецидивирующих полипах эндометрия.

**04.09.2015г.в 08ч30мин произведена операция:
Гистероскопия. Гистерорезектоскопия.
Полипэктомия. Выскабливание полости матки.**

Ход операции: В асептических условиях, после обработки рук хирурга и операционного поля, шейка матки обнажена в зеркалах, взята на пулевые щипцы. Длина полости матки по зонду 8,5 см. Без расширения цервикального канала введен диагностический гистероскоп, слизистая цервикального канала: складчатость слабо выражена, протоки желез умеренные.



Все полипы имели широкое основание, что привело к необходимости удаления по частям.

Полип эндометрия в области левой маточной трубы. 
Полип эндометрия в нижнем сегменте матки. 





В полости матки:

Полость матки обычной формы. Эндометрий атрофичен, соответствует фазе постменопаузы, бледно-розового цвета. Полость матки занимает образование до 3 см, округлой формы, мягкое, подвижное, исходящее из нижнего сегмента матки, обнаружены два полипа в области дна матки, один из них закрывает устье левой маточной трубы. Устье правой маточной трубы визуализируется. Цервикальный канал расширен до 10 расширителем Гегара, введён гистерорезектоскоп. Биполярной электропетлей полип отсечен от стенки матки по частям. При дальнейшей ревизии полости матки: полость матки обычной формы, не деформирована стенки матки ровные. При контрольной гистероскопии - стенки матки целы. Ложе полипа дополнительно коагулировано. В обратной последовательности удалены инструменты. Шейка матки обработана р-ром бетадина. Кровопотеря: 20 мл. Осложнений нет.

Лечебные и трудовые рекомендации:

- 1. Диспансерное наблюдение у гинеколога по месту жительства.
- 2. Явка за результатами гистологии через 10 дней.
- 3. По результатам гистологии решить вопрос о целесообразности гистерэктомии.

Спасибо за внимание!