

DSO | Department of Surgical Oncology

Предраковые заболевания женской репродуктивной системы

Выполнила студентка 5 группы

педиатрического факультета

V курса

Попова Анастасия Викторовна

Краснодар, 2017

Предраковые состояния и предраковые изменения

*Предраковые состояния = фоновые заболевания = **факультативный предрак***

- ▶ Хронические заболевания, сопровождающиеся дистрофическими и атрофическими изменениями тканей с включением регенераторных механизмов
- ▶ Дисрегенераторные процессы и метаплазия, приводящие к возникновению очагов пролиферации клеток, среди которых может возникнуть очаг опухолевого роста

*Предраковые изменения = предраковые условия = **облигатный предрак***

- ▶ Дисплазия, которая характеризуется (по ВОЗ):
 - 1) Клеточная атипия
 - 2) Нарушение дифференцировки клеток
 - 3) Нарушение архитектоники ткани

Фоновые и предраковые изменения шейки матки

Фоновые заболевания:

- 1) истинная эрозия
- 2) Эктропион и эрозированный эктропион
- 3) лейкоплакия
- 4) эритроплакия
- 5) полип цервикального канала
- 6) хронический эндоцервицит
- 7) папилломы
- 8) эндометриоз

Предраковые изменения:

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN):

- CIN I (слабая дисплазия многослойного плоского эпителия)
- CIN II (умеренная дисплазия)
- CIN III (выраженная дисплазия и carcinoma in situ)

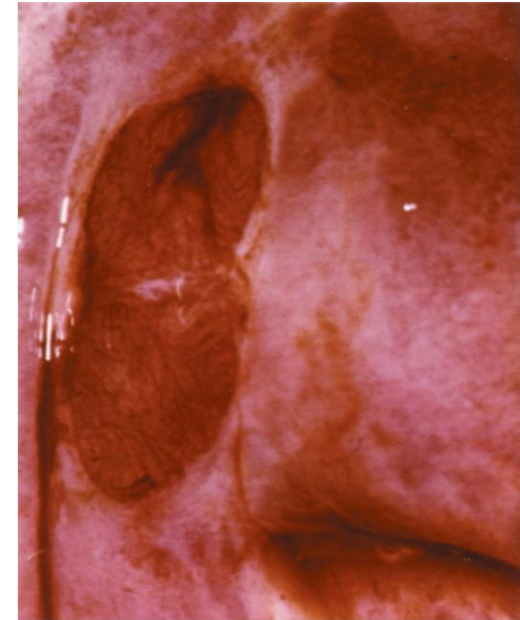
Истинная эрозия

- ▶ **Эрозия шейки матки** - дефект эпителия шейки матки с обнажением субэпителиальной ткани (стромы).
- ▶ **Эпидемиология:** 2% женского населения, в структуре заболеваний шейки матки 5-10%.
- ▶ **Этиология:** 1) воспалительная; 2) ожоговая; 3) травматическая; 4) специфическая; 5)трофическая; 6)раковая
- ▶ **Клиника:** кровяные выделения из половых путей; характерные проявления для эрозии специфической этиологии (сифилис, туберкулез); для лучевых эрозий характерны торпидное течение и неуклонное прогрессирование.
- ▶ **Диагностика:**

Осмотр влагалищной части шейки матки в зеркалах - глубокий дефект эпителия в виде красного пятна. Проба Кробака (плотность ткани) - зондирование язвы металлическим зондом (проба «+», если зонд легко проникает в ткань).

Лабораторные исследования - цитологическое, микробиологическое, серлогическое и др. исследования

Инструментальное исследование - расширенная кольпоскопия (Проба Шиллера в области дна эрозии «-»), прицельная биопсия



Истинная эрозия

► Лечение:

Цели лечения

1. Излечение основного заболевания, приведшего к развитию эрозии шейки матки
2. Эпителизация эрозии
3. Восстановление биоценоза влагалища
4. Стимуляция репаративных процессов (строго по показаниям).

Медикаментозное лечение: тампоны с мазями, обладающими антибактериальным, противовоспалительным и регенерирующим действиями (левосин, левомеколь), ускоряющие процессы клеточной регенерации и стимулирующие клеточный и гуморальный иммунитет (метилурациловая мазь 10%). Длительность курса лечения определяют индивидуально.

Немедикаментозное лечение: низкоинтенсивное облучение гелийнеоновым лазером (10 сеансов по 5-10 мин).



шейка в зеркалах

эрозия шейки матки

ацетобелый эпителий
проба Шиллера

Эктропион

- ▶ **Эктропион - выворот слизистой оболочки цервикального канала.**
- ▶ **Этиология:** 1) Дисгормональное происхождение - врожденная эктопия; 2) приобретённый (посттравматический)
- ▶ **Клиническая картина:** не имеет специфических проявлений, выявляют при профилактическом осмотре. При сочетании с воспалительными процессами - жалобы на бели, зуд, дизурию, на контактные кровяные выделения.
- ▶ **Диагностика:**

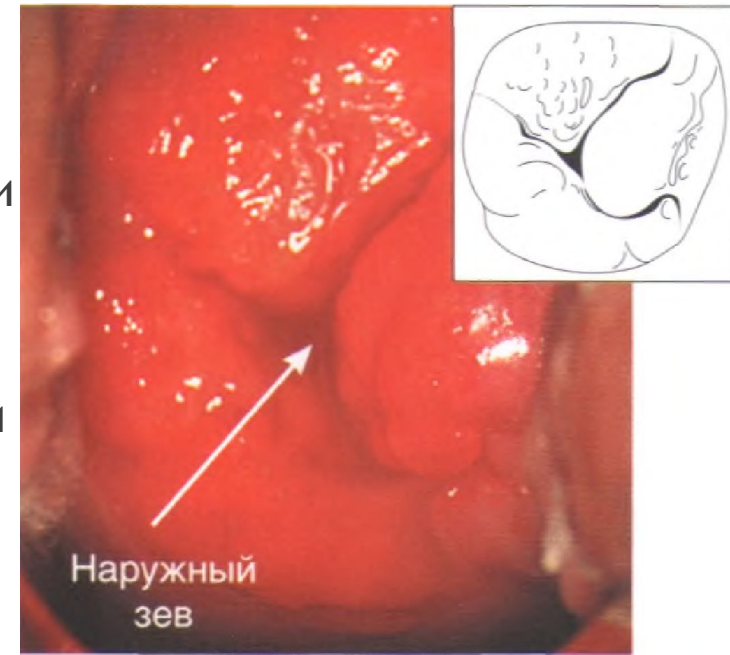
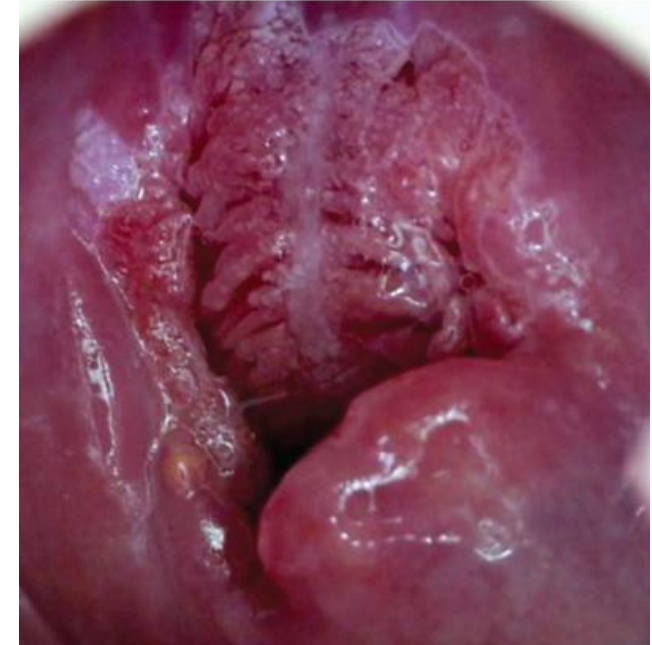
Осмотр влагалищной части шейки матки в зеркалах - выворот цилиндрического эпителия цервикального канала в области передней или задней губы шейки матки.

Цитологическое исследование:

- 1) цитограмма без особенностей (клетки плоского эпителия поверхностного и промежуточного слоёв);
- 2) пролиферация цилиндрического эпителия;
- 3) цитограмма эндоцервикоза (соответствует клиническому диагнозу эктопии цилиндрического эпителия).

Бактериоскопический, бактериологический методы, ПЦР

. Травматический эктропион.



Эктропион

Расширенная кольпоскопия

- участок цилиндрического эпителия с palma cervicalis (plica palmatae) - складчатость слизистой оболочки цервикального канала. При врождённом эктропионе palma cervicalis располагаются равномерно, в виде еловых ветвей, при посттравматическом эктропионе - хаотично. Чаще расположен на передней губе шейки матки.

Прицельная биопсия с гистологическим исследованием - тяжи грубо-волокнистой соединительной ткани и пучки мышечных волокон.

- ▶ **Лечение:** Цели: 1) восстановление анатомии и архитектоники шейки матки; 2) ликвидация сопутствующего воспаления; 3) коррекция микробиоценоза влагалища.

Медикаментозное лечение: этиотропная противовоспалительная терапия, коррекция микробиоценоза влагалища, коррекция гормональных нарушений, коррекция иммунных нарушений.

Немедикаментозное лечение: физиохирургическая абляция (криодеструкция, лазерная коагуляция, радиохирургия, аргоноплазменная терапия).

Хирургическое лечение: реконструктивно-пластическая операция методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову, восстанавливающая анатомическое строение шейки матки до внутреннего зева

Лейкоплакия шейки матки

- ▶ Лейкоплакия шейки матки (ЛШМ) - патологический процесс, связанный с кератинизацией (ороговением) многослойного плоского эпителия (=дискератоз)
- ▶ **Эпидемиология:** Частота 1,1%, в структуре заболеваний шейки матки — 5,2%, у женщин с нарушениями менструального цикла — 12-13%. Злокачественная трансформация многослойного плоского эпителия наблюдается у 31,6% больных с ЛШМ.
- ▶ **Этиология:**
 1. Эндогенные (нарушения гормонального гомеостаза, изменения иммунного статуса) и экзогенные (инфекционные, вирусные, химические, травматические) факторы
 2. У женщин репродуктивного возраста - перенесённые воспалительные процессы матки и придатков с нарушением менструальной функции
 3. Папилломавирусная инфекция
 4. Гиперэстрогения (абсолютная или относительная)
- ▶ **Клиника:** Специфические жалобы отсутствуют. Часто - бессимптомное течение.



Лейкоплакия шейки матки

► **Диагностика:**

Осмотр влагалищной части шейки матки в зеркалах

Цитологическое исследование - скопления клеток многослойного плоского эпителия с явлениями гиперкератоза и паракератоза.

Расширенная кольпоскопия с прицельной биопсией

Выскабливание слизистой оболочки цервикального канала с гистологическим исследованием — основной метод диагностики ЛШМ.

Выявление факта наличия или отсутствия **клеточной атипии** в нижних слоях многослойного плоского эпителия.

► **Простая ЛШМ** -сохранность вертикальной анизоморфности, но есть признаки гиперкератоза и паракератоза, нередко сочетающиеся с акантозом.

► **При ЛШМ с атипией** - CIN протекает под прикрытием дискератоза. Именно эту форму ЛШМ относят к морфологическому предраку.

Клинико-лабораторная диагностика: бактериоскопический, бактериологический методы, типирование ВПЧ

Лейкоплакия шейки матки

Цели лечения

- 1) Лечение ПВИ и сопутствующих воспалительных заболеваний половых органов.
 - 2) Деструкция патологически изменённой ткани шейки матки (при наличии CIN).
- ▶ *Немедикаментозное лечение:* деструктивные методы (диатермокоагуляцию, криогенное воздействие, лазерную деструкцию).
 - ▶ *Медикаментозное лечение:* противовоспалительное, антибактериальное, лечение ВПЧ и т.д.
 - ▶ *Хирургическое лечение:* При сочетании ЛШМ с резко выраженной деформацией и гипертрофией шейки матки - диатермокоагуляция, ножевая, лазерная, ультразвуковая или радиоволновая эксцизия, конизация, ампутация шейки матки, реконструктивно-пластические операции.



Электрокоагуляция



перед конизацией



первые сутки после конизации



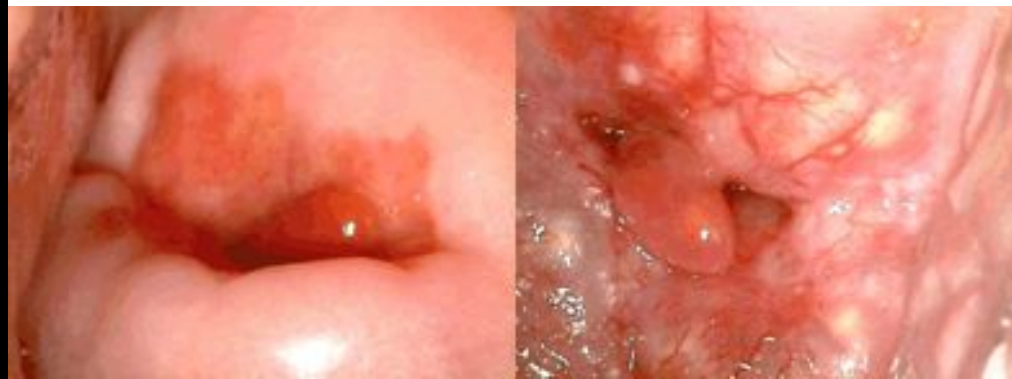
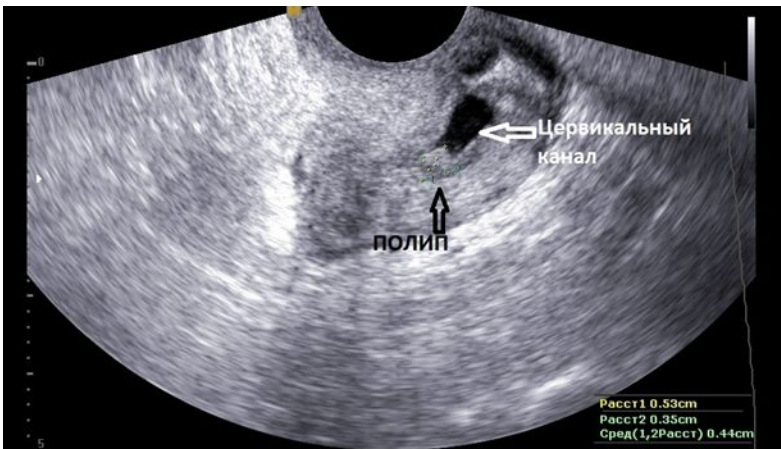
пятые сутки после конизации



тридцатые сутки после конизации

Полип цервикального канала

- ▶ **Этиология:** возникновения полипов до конца не установлены. Определенную роль в их образовании играют гормональные нарушения, воспалительные процессы слизистой оболочки цервикального канала.
- ▶ **Морфология:** Чаще одиночные. Величина и форма их разнообразны: преимущественно они небольшие (диаметр 0,2-0,4 см), овальные или круглые, реже языкообразной или гроздьевидной формы, свисают во влагалище. Поверхность полипов гладкая, консистенция мягкая. При осмотре в зеркалах полипы обнаруживают невооруженным глазом в области наружного зева. Основание полипов представляет собой тонкую либо широкую ножку.
- ▶ **Лечение:** полипа состоит в его удалении (полипэктомия) с последующим отдельным выскабливанием слизистой цервикального канала и стенок полости матки. Уменьшение числа рецидивов достигается эндоскопическим контролем (цервикоскопия, гистероскопия) и коагуляцией ножки полипа одним из методов.



Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN)

= Дисплазия шейки матки, цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН), плоскоклеточные интраэпителиальные повреждения (ПИП).

- ▶ **Эпидемиология:** распространённость CIN I степени составляет 30 млн. случаев, а CIN II-III степени — 10 млн. Средний возраст — 34,5 года. Частота перехода CIN в CIS варьирует от 40 до 64%.
- ▶ Дисплазия включает в себя цитологический и гистологический спектр поражений, занимающих промежуточное положение между CIS и нормальным эпителием шейки матки.
- ▶ **Этиология:** У женщин, инфицированных ВПЧ, CIN возникает в 10 раз чаще, чем у неинфицированных. ДНК ВПЧ обнаруживают при CIN любой степени тяжести. ВПЧ индуцирует нестабильность клеточного генома и хромосомные нарушения, активирует прогрессию CIN III в РШМ.
- ▶ **Факторы риска ЦИН и РШМ:**
 1. раннее начало половой жизни;
 2. ранняя первая беременность и роды до 18 лет;
 3. частая смена половых партнеров;
 4. курение
 5. некоторые ИППП (ВПГ-2; □ ЦМВ; *Gardnerella vaginalis*; □ *Candida spp*; □ *Mycoplasma hominis*; *Chlamydia trachomatis*)

Инфицирование ВПЧ и дисплазия

- ▶ ВПЧ — мукозотропные высококонтагиозные вирусы с инкубационным периодом 1-8 мес.
- ▶ *Интеграция вирусной ДНК индуцирует нестабильность клеточного генома и хромосомные нарушения*
- ▶ Передается при непосредственном контакте кожных покровов и слизистых оболочек, преимущественно при половом контакте (в том числе нетрадиционном).
- ▶ Кроме того, ВПЧ передаётся от матери к плоду, вызывая папилломатоз гортани плода; поражает клетки трофобласта, приводя к спонтанным абортам.
- ▶ По способности инициировать неопластические изменения и рак условно различают **группы ВПЧ**:
 1. ВПЧ низкого риска (6, 11, 42-44) вызывают остроконечные кондиломы, CIN I и II
 2. ВПЧ высокого риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 50, 51, 53, 55, 56, 58, 59, 64, 68) обнаруживают в CIS и в CIN II-III степени
 3. ВПЧ типов 31, 33, 35, 51 и 52 некоторые авторы относят к «промежуточным», так как они реже встречаются при РШМ, чем при CIN II-III степени.
- ▶ На трансформацию латентного носительства ВПЧ в клинические и субклинические формы влияют: вирусный фактор (типы 16 и 18); иммунологическая реакция организма женщины на внедрение вируса; кофакторы опухолевой трансформации (гормональный фон и курение).

Инфицирование ВПЧ и дисплазия

- ▶ Клинико-морфологическая классификация ВПЧ-ассоциированных поражений нижнего отдела половых путей.
- 1. **Клинические формы** (видимые невооруженным глазом)
 - ✧ Экзофитные кондиломы (остроконечные типичные, папиллярные, папуловидные)
 - ✧ Симптоматические CIN
- 2. **Субклинические формы** (невидимые невооруженным глазом и бессимптомные, обнаруживаемые только при кольпоскопии, цитологическом или гистологическом исследовании)
 - ✧ Плоские кондиломы (типичная структура с множеством койлоцитов)
 - ✧ Различные поражения многослойного плоского и метапластического эпителия с единичными койлоцитами (малые формы)
 - ✧ Инвертирующие кондиломы (с локализацией в криптах)
 - ✧ Кондиломатозный цервицит/вагинит.
- 3. **Латентные формы** (обнаружение ДНК ВПЧ при отсутствии клинических, морфологических или гистологических изменений).
- 4. **ЦИН или ПИП**

Классификация

Морфологическая непрерывность дисплазии

Классификация фоновых процессов, предрака и РШМ И.А. Яковлевой, Б.Г. Кукутэ (1977). К предраковым относят:

Морфологическая классификация изменений ШМ, вызываемых ВПЧ, Schiffman (1995)=классификационная система Bethesda

- CIN I (соответствует слабой дисплазии);
- CIN II (соответствует умеренной дисплазии);
- CIN III (соответствует тяжелой дисплазии и CIS).

- дисплазия, возникшая на неизмененной шейке матки или в области фоновых процессов (слабо выраженная, умеренно выраженную, выраженную);
- лейкоплакия с признаками атипии;
- эритроплакия;
- аденоматоз.

- доброкачественная атипия (воспаление и т.п.);
- LSIL (Lowgrade Squamous Intraepithelial Lesions) - плоскоклеточное интраэпителиальное повреждение низкой степени, соотв. дисплазии лёгкой степени и CIN I
- HSIL (Highgrade) – ПИП высокой степени, соотв. CIN II и CIN III;
- выраженная дисплазия или интраэпителиальный рак – CIN III, CIS.

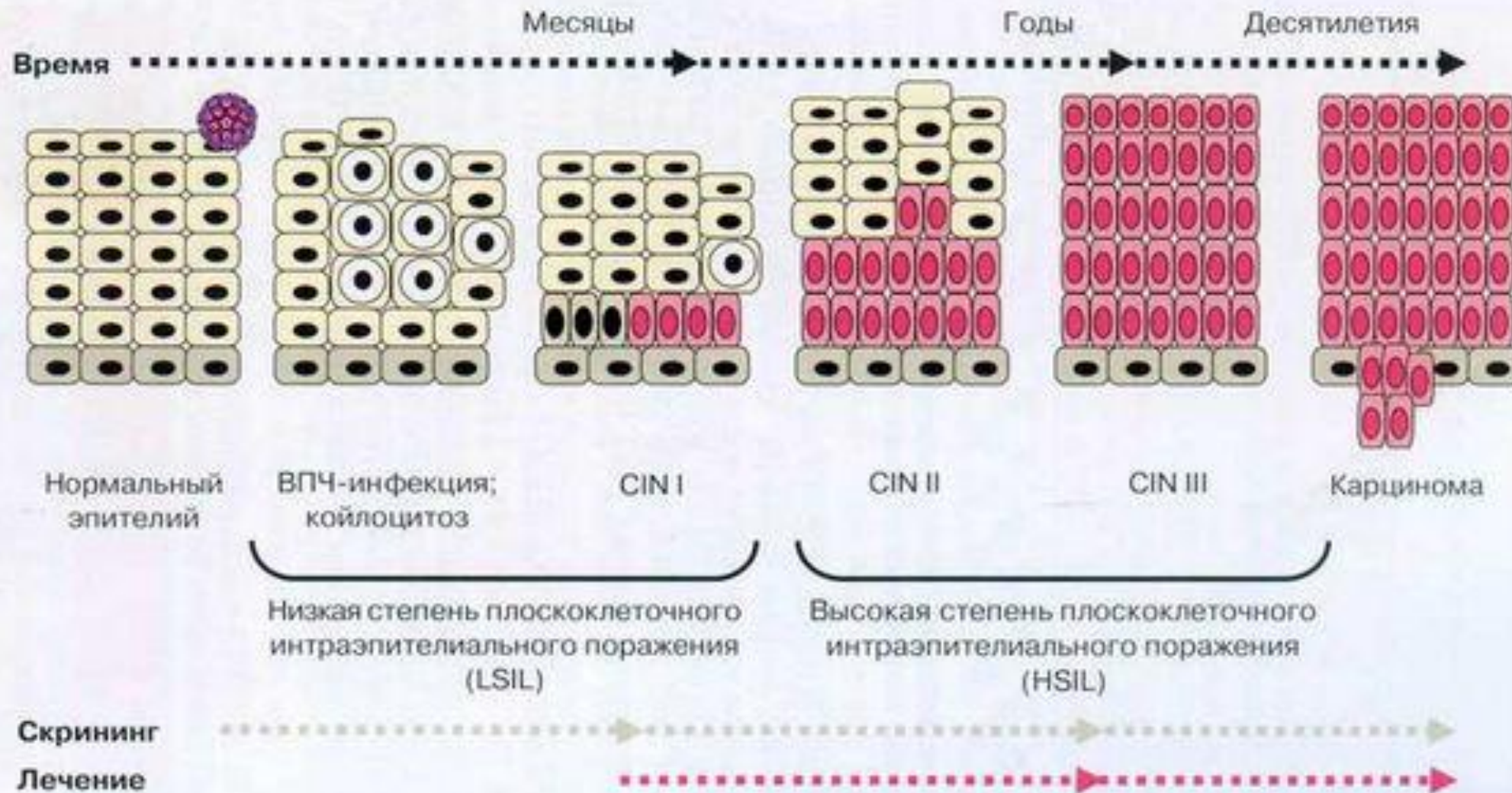
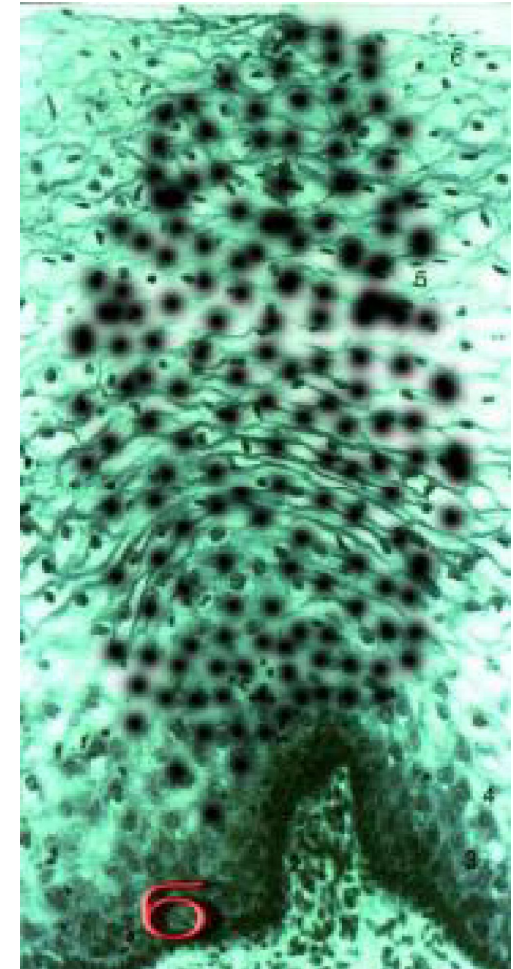
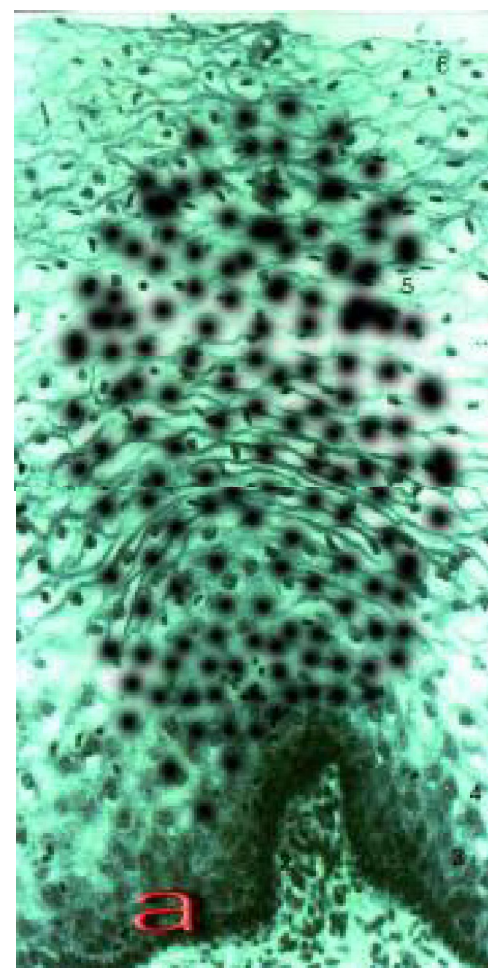
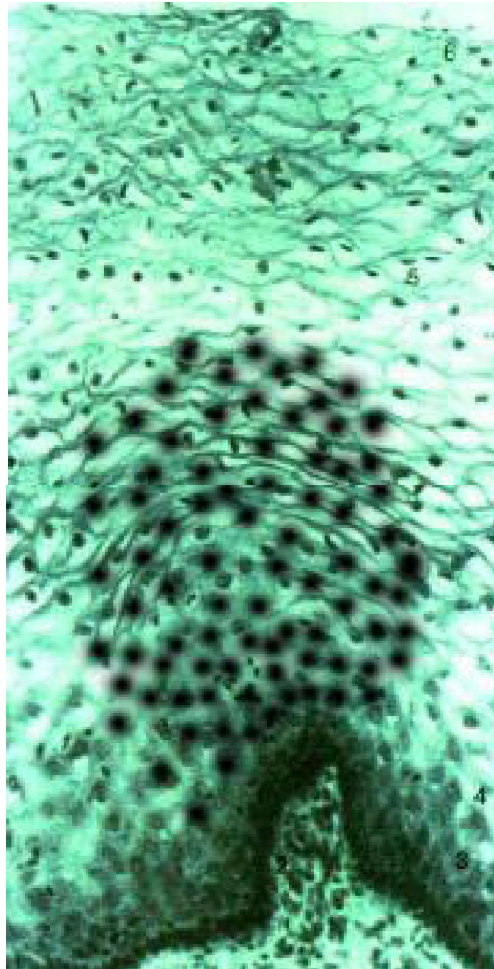
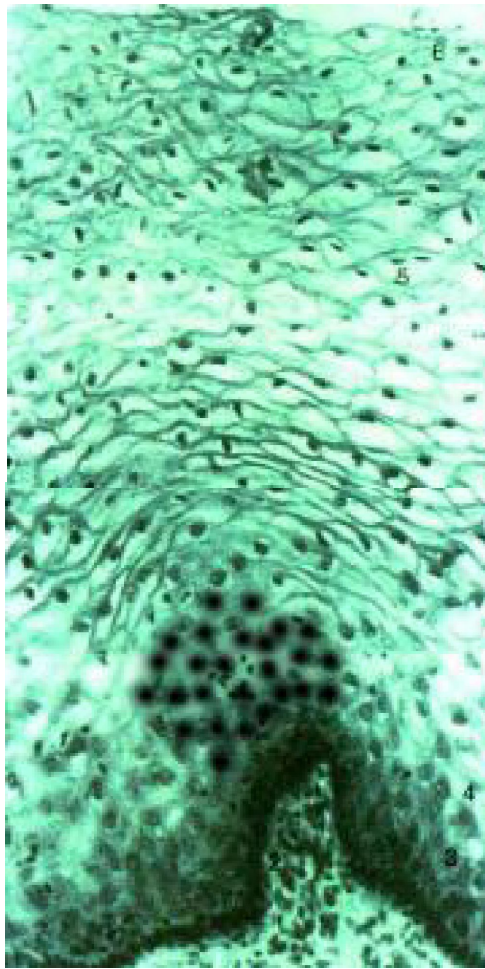


Рис. Прогрессирование заболевания от инфицирования ВПЧ до развития рака шейки матки.

- ▶ При ЦИН I недифференцированные клетки располагаются на протяжении 1/3 расстояния от БМ до поверхности эпителия
- ▶ при ЦИН II – на протяжении 2/3 этого расстояния
- ▶ при ЦИН III – на протяжении более чем 2/3 толщины эпителия



1 - пул клеток с явлениями атипии занимает не более 1/3 всей толщины эпителиального пласта, соответствует дисплазии эпителия лёгкой степени (CIN I); 2 - более половины эпителиального пласта занято пулом атипических клеток, соответствует умеренной дисплазии (CIN II).
а-Тяжёлая дисплазия; б-преинвазивная карцинома (CIN III)

Клиническая картина

- ▶ Дисплазия ШМ не имеет клинических проявлений, особенно если она не возникает на визуально неизменной шейке матки.
- ▶ Первый сигнал о наличии предрака или начальной стадии РШМ могут быть результаты цитологического исследования содержимого влагалища и цервикального канала (Pap-test)
- ▶ К группе риска по истинному предраку ШМ относятся:
 - Больные хроническими цервицитами
 - Женщины, которым ранее уже проводилось консервативное или оперативное лечение влагалищной части ШМ
 - Больные с рецидивом доброкачественных заболеваний ШМ
 - Больные со старыми разрывами ШМ
 - Женщины с заболеваниями, сопровождающимися гормональными нарушениями

Оценка цитологических изменений по Папаниколау с выделением 5 групп (Pap-test)

- ▶ Класс 0 - неудовлетворительный мазок;
- ▶ Класс 1 - отрицательный (атипических клеток нет, нормальная цитологическая картина);
- ▶ Класс 2 - атипия (воспалительная атипия, плоскоклеточная атипия, койлоцитотическая атипия);
- ▶ Класс 3 - дисплазия от легкой до тяжелой степени;
- ▶ Класс 4 - рак in situ;
- ▶ Класс 5 - подозрение на инвазивный рак.

Диагностика

1. **Осмотр шейки матки при помощи зеркал**: определяют невооружённым глазом (участки очаговой гиперплазии эпителия (в виде белёсых бляшек). Проба Шиллера позволяет обнаружить участки многослойного плоского эпителия, неравномерно окрашенные раствором Люголя раствором с глицерином («-»).

2. **Цитологическое исследование**: для CIN I-II характерен 2-3й тип Пап-мазков. Для CIN III – 3-4й тип.

3. **Расширенная кольпоскопия**. Для CIN характерны следующие кольпоскопические критерии:

- лейкоплакия (более характерна толстая лейкоплакия)
- пунктация (нежная и грубая)
- мозаика (нежная и грубая)
- ацетобелый эпителий (для всех степеней CIN)
- йоднегативные участки (не реагирующие на тест с уксусной кислотой)
- варианты сочетаний различных видов аномальных кольпоскопических признаков.

CIN I-II - относительный мономорфизм кольпоскопических изменений: одинаковые цв уровень расположения, незначительное различие форм и размеров эпителиальных комплексов. При кольпоскопическом обнаружении полиморфизма эпителиальных и сосудистых изменений предполагают CIN III.

4. **Прицельная биопсия шейки матки и выскабливание слизистой оболочки цервикального канала с гистологическим исследованием** – основной метод диагностики CIN.

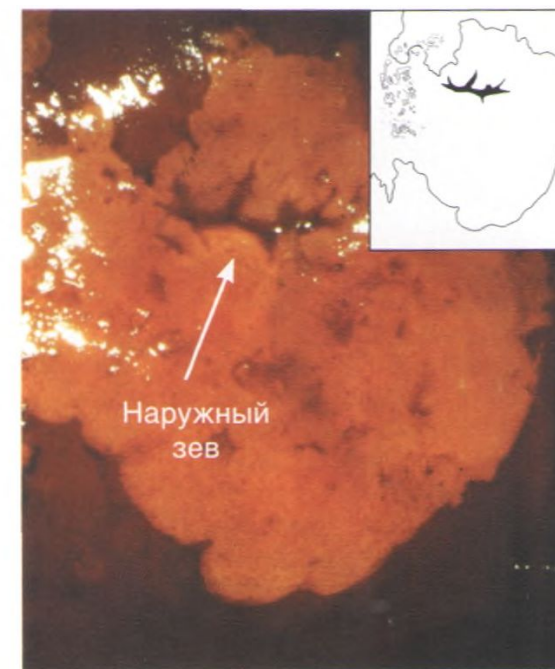


Рис. 5.33. Проба Шиллера. Патологические участки йоднегативны

Диагностика (продолжение)

Гистологическое исследование

► Диагноз ЦИН базируется на следующих морфологических критериях:

- увеличение размера и изменение формы ядра;
- увеличение плотности ядерной окраски;
- ядерный полиморфизм;
- увеличение количества митозов;
- атипичные митозы;
- нарушение или отсутствие созревания.

5. Клинико-лабораторная диагностика: тестирование ВПЧ, бактериоскопический и бактериологический методы.

6. Изучение функции яичников: обследование по тестам функциональной диагностики, исследование гормонов крови (по показаниям).

7. Иммунограмма (по показаниям).

Показания к консультации смежных специалистов:

- Консультация онкогинеколога при ЦИН III.
- Консультация иммунолога в случае сложных нарушений иммунного гомеостаза, рецидивов ПВИ.
- Консультация гинеколога-эндокринолога показана в случае сложных гормональных нарушений.

Лечение

► Цели лечения:

- Деструкция патологически изменённой ткани шейки матки.
- Лечение ПВИ и сопутствующих воспалительных заболеваний половых органов.

Медикаментозное лечение

- 1) Этиотропная противовоспалительная терапия по общим принципам
- 2) Коррекция гормональных нарушений
- 3) Коррекция иммунных нарушений
- 4) Коррекция микробиоценоза влагалища.

Хирургическое и деструктивное лечение

- 1) диатермокоагуляция, криодеструкция и лазерное выпаривание атипических участков эктоцервикса
- 2) Эксцизия и конизация

Лечение ПВИ

- 1) Иммуномодулирующие препараты («Ликопид», интерфероны, препараты эхинацеи)
- 2) Противовирусные препараты (изопринозин, индинол)
- 3) Хирургическое лечение при гигантских экзофитных кондиломах

Профилактика дисплазии шейки матки

Профилактика:

- ▶ Вакцинация женщин из групп риска по РШМ против высокоонкогенных типов ВПЧ;
- ▶ Использование барьерных методов контрацепции;
- ▶ Ранняя диагностика и рациональное лечение фоновых заболеваний шейки матки;
- ▶ Целенаправленное консультирование женщин из группы риска ПВИ половых органов;
- ▶ Своевременная диагностика и лечение инфекционных и вирусных заболеваний половых органов;
- ▶ Отказ от курения.

Скрининг дисплазии шейки матки

- ▶ Начиная с 18 лет или с 1-го года после первого сексуального контакта - ежегодные гинекологические осмотры, включающие PAP-тесты. При трех и более отрицательных результатах PAP-тестов подряд, цитологический скрининг можно осуществлять 1 раз в 2-3 года.
- ▶ Целесообразность включения идентификации и типирования ВПЧ в программы скрининга РШМ не определена (массовое проведение ПЦР-диагностики ВПЧ 16-го и 18-го типов более экономично, чем осуществление цитологического скрининга).
- ▶ Прогностическая ценность ВПЧ-тестирования с возрастом повышается, в то время как ценность цитологического метода снижается.
- ▶ Наличие у женщин старше 35 лет онкогенных типов ВПЧ означает стойкую инфекцию с высокой степенью риска возникновения CIN III.

Тактика ведения пациенток с ЦИН

I. Тактика ведения пациенток с CIN I зависит:

- ▶ от результатов ВПЧ-типирования
- ▶ величины поражения эктоцервикса
- ▶ мотивации пациентки.

1. При наличии онкогенных типов ВПЧ и больших по площади поражений - деструктивные методы лечения

2. При отсутствии персистенции онкогенных типов ВПЧ и небольшом участке поражения допустимо оставить пациентку под наблюдением.

3. При отсутствии регрессии патологических изменений в течение 2 лет динамического наблюдения пациенткам с CIN I показана деструкция изменённого участка эктоцервикса.

Тактика ведения пациенток с ЦИН

II. Тактика ведения пациенток с CIN II:

1. При обнаружении CIN II у больных в возрасте до 40 лет могут быть проведены деструктивные методы лечения.
2. Не рекомендуют использование метода криодеструкции для лечения CIN II и особенно CIN III, ввиду не всегда предсказуемой глубины некроза.
3. Пациенткам с деформацией шейки матки в возрасте старше 40 лет показаны методы эксцизии или конизация шейки матки с обязательным исследованием ступенчатых срезов удалённой части органа.
4. При наличии сопутствующей гинекологической патологии в виде миомы матки, изменений в области придатков, выраженного опущения матки, элонгации шейки матки объём операции может быть увеличен до пангистерэктомии.

Тактика ведения пациенток с ЦИН

III. Тактика ведения пациенток с CIN III:

- ▶ При обнаружении CIN III необходимо безотлагательное проведение лечебных мероприятий, больной показана консультация онкогинеколога.

Дальнейшее ведение пациенток с CIN:

- ▶ Пациенткам с CIN I показано наблюдение (осмотры, включающие кольпоскопию и цитологическое исследование) каждые 6 мес в течение 2 лет.
- ▶ После деструктивных методов и хирургического лечения осмотр шейки матки и кольпоскопию проводят через 6-8 нед.
- ▶ Дальнейшее наблюдение (осмотры, включающие кольпоскопию и цитологическое исследование) за пациентками, лечившимися по поводу CIN II, III целесообразно осуществлять с периодичностью 1 раз в 3 мес в течение первого года и 2 раза в год в последующем; по поводу CIN I – каждые 6 мес в течение 2 лет.
- ▶ При эффективности лечения, удовлетворительных данных кольпоскопии и цитологического исследования, отрицательных данных тестирования на ВПЧ пациентку можно перевести на обычный режим скрининга.

Предраковые заболевания и гиперплазия эндометрия

Предраковая патология:

- Железисто-кистозная гиперплазия;
- эндометриальные полипы: железистые, железисто-кистозные, железисто-фиброзные;
- атипичная гиперплазия эндометрия: аденоматоз, диффузная или аденоматозная гиперплазия, в т.ч. аденоматозные полипы

Гистологическая классификация ВОЗ (1975):

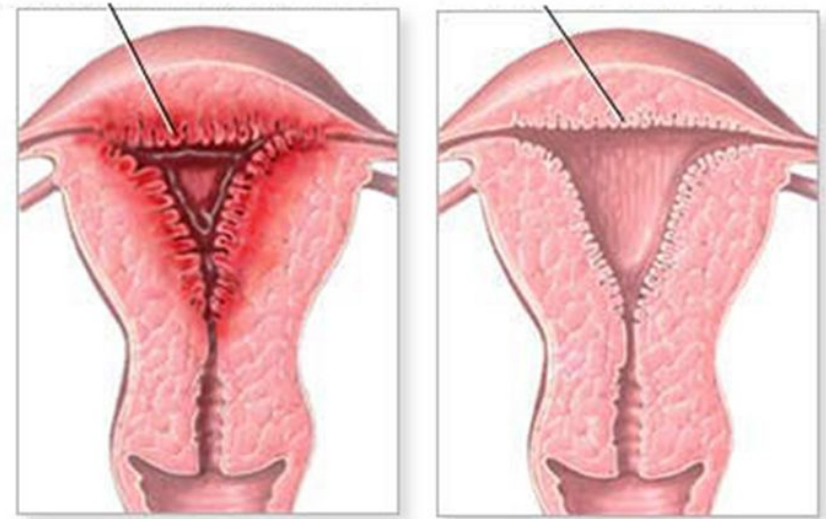
- Полипы;
- Эндометриальная гиперплазия;
- Атипичная гиперплазия эндометрия

Классификация по МКБ-10:

- N85.0. Железистая гиперплазия эндометрия;
- N85.1. Аденоматозная гиперплазия эндометрия;
- N84.0. Полип тела матки

Гиперплазия эндометрия

Нормальный эндометрий



Этиология и патогенез:

Факторы риска пролиферативных изменений эндометрия:

- ▶ гиперинсулинемия,
- ▶ ожирение,
- ▶ заболевания щитовидной железы,
- ▶ дисфункция коры надпочечников
- ▶ патология гепатобилиарной системы

Относительная гиперэстрогения (длительное воздействие эстрогенов на фоне дефицита прогестерона, обладающего антипролиферативным эффектом). Именно поэтому хроническую ановуляцию рассматривают как фактор риска ГПЭ.

Нарушения тканевой рецепции: повышено содержание эстрогеновых рецепторов (ЭР) при железистой гиперплазии эндометрия, уменьшение - при атипической гиперплазии и раке эндометрия. Наиболее высокие концентрации ЭР и прогестероновых рецепторов (ПР) - при полипах эндометрия

Концепция Я.В. Бохмана о двух патогенетических вариантах пролиферативных процессов эндометрия: Первый (гормонозависимый) вариант - в 60-70% случаев, характеризуется хронической гиперэстрогенией, нарушениями жирового и углеводного обмена. При втором (автономном) патогенетическом варианте (у 30-40% пациентов) эндокринно-обменные нарушения выражены нечетко или отсутствуют.

Признаки	Первый патогенетический вариант	Второй патогенетический вариант
Менструальная функция	Ановуляторные маточные кровотечения	Не нарушена
Детородная функция	Снижена, нередко бесплодие	Не нарушена
Время наступления менопаузы	Часто после 50	Обычно до 50 лет
Тип кольпоцитологической реакции в постменопаузе	Эстрогенный	Атрофический
Состояние яичников	Гиперплазия ткани С-м Штейна-Левенталя, феминизирующие опухоли	Фиброз
Морфологическая характеристика эндометрия	Гиперпластические процессы	Атрофия
Состояние миометрия	Миома, аденомиоз	Без особенностей
Т-система иммунитета	Без существенных изменений	Иммунодефицит
Ожирение	+	-
СД	+	-
Гиперлипидемия	+	-
ГБ	Сочетание с ожирением и/или СД	Отс. или не сочетается с ожирением и СД

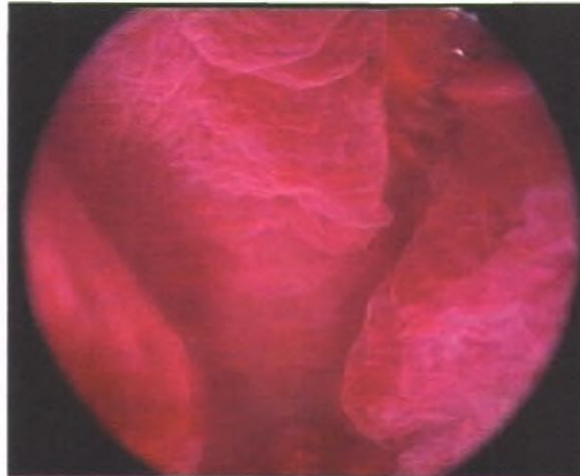
Клиническая картина гиперплазии эндометрия

- ▶ В репродуктивном возрасте кровотечения протекают по типу менометроррагии
- ▶ В пременопаузальном — ациклические
- ▶ В постменопаузе — в виде кровяных выделений различной интенсивности, чаще мажущего характера.
- ▶ При полипах эндометрия больших размеров могут быть схваткообразные боли внизу живота (чаще бессимптомно)
- ▶ В репродуктивном возрасте жалобы на бесплодие, как правило первичное

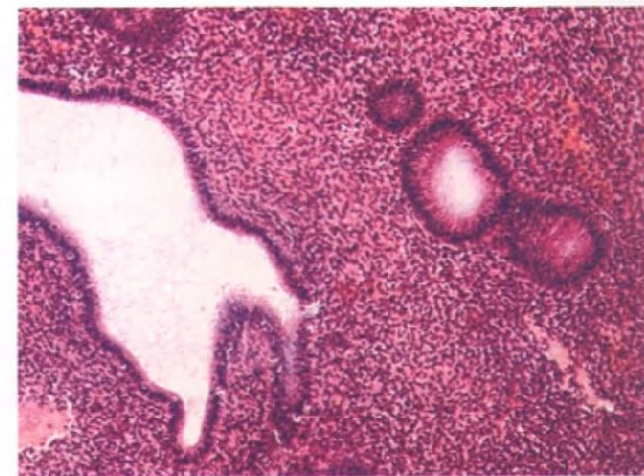
Полип эндометрия



Железисто-кистозный полип эндометрия по боковой стенке матки.



а



б

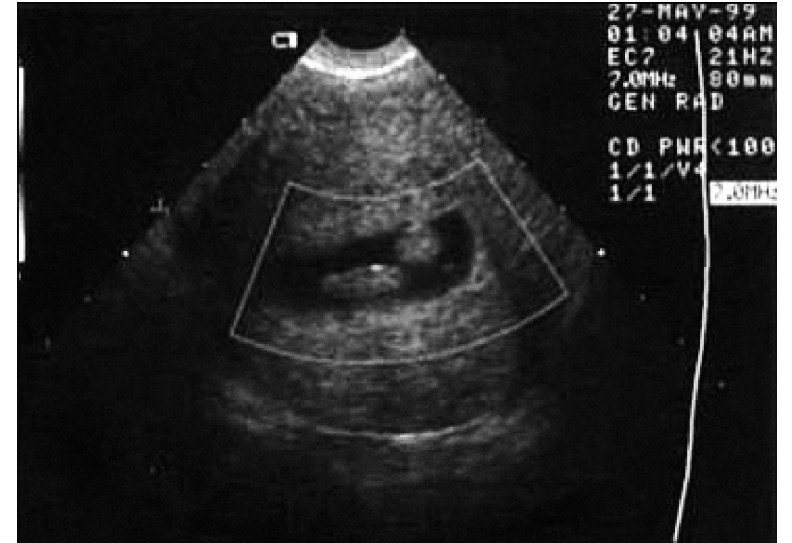
Рис. 9.21. Железистая гиперплазия эндометрия: а — гистероскопическая картина; б — морфологическая картина. Окрашивание гематоксилином и эозином, $\times 400$; фото О.В. Зайратьянца

Диагностика

- ▶ Трансвагинальное УЗИ (информативность от 60 до 93,3%) - на 5-7-й день цикла. Утолщение М-эха свыше возрастной нормы, его неомогенная структура или повышенная эхоплотность, наличие эхонегативных включений, ровные контуры – патогномоничные ультразвуковые признаки ГПЭ.
- ▶ Трансвагинальная эхография с контрастированием полости матки (гидросонографию) (информативность 78-99%) - дифференцировка полипов эндометрия, внутриматочные синехии, субмукозную ММ, точное определение топографии патологического процесса.
- ▶ Гистероскопия и гистологическое исследование удаленной ткани: при простой гиперплазии и отсутствии кровяных выделений эндометрий утолщен в виде складок различной высоты, бледно-розового цвета, отечный, с большим количеством протоков желез (прозрачные точки)
- ▶ Морфологическое исследование: цитологическое исследование аспирата из полости матки используют при динамическом наблюдении за эффективностью гормонального лечения и как скрининговый метод. Гистологическое исследование соскоба слизистой оболочки полости матки – окончательный метод диагностики ГПЭ.



Гистероскопическая картина гиперплазии



Гидросонография. Полип эндометрия



УЗ-картина гиперплазии эндометрия (указана стрелками)

Лечение

- ▶ Лечебная тактика зависит от патоморфологической характеристики эндометрия, этиологии, сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний, возраста больной.

Хирургические методы

• полипэктомия при гистероскопии (одиночные полипы на ножке удаляют щипцами или ножницами. Можно использовать также петлю резектоскопа или лазерный проводник. Для удаления полипов эндометрия больших размеров, фиброзных и пристеночных полипов оптимально использование резектоскопа с петлевым электродом).

Гормональная терапия

- **комбинированные оральные контрацептивы (КОК)**, содержащие эстрогены и прогестагены 3-го поколения
- **прогестагены** - блокирующее влияние на процессы пролиферации (дюфастон, дезогестрел (чарозетта))
- **Внутриматочная гормональная рилизинг-система «Мирена»** (левоноргестрел)
- **антигонадотропные препараты** (даназол и гестринон) - снижение ЛГ и ФСГ, атрофируется эндометрий и уменьшается синтез половых стероидов в яичниках.
- **агонисты Гн РГ** (гозерелин, трипторелин, бусерелин) - блокируют гипофизарно-яичниковую систему. Приводит к гипозэстрогении, наступлению псевдоменопаузы

Альтернативные методы

- абляция эндометрия – электрохирургическую, лазерную, баллонную (при неэффективности гормонального лечения и/или противопоказаниях к нему, при сочетании ГПЭ с ММ или аденомиозом, при противопоказаниях к гистерэктомии у отягощенных больных в пре- и постменопаузе)

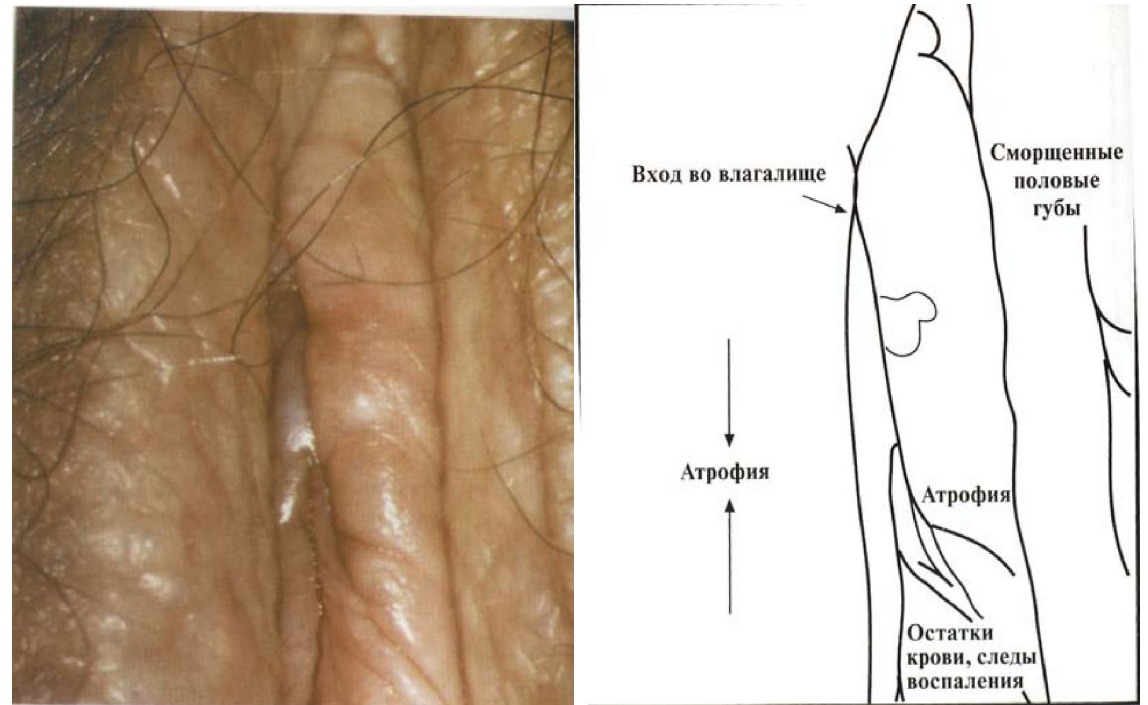
Предраковые изменения и предрасполагающие факторы рака других органов женской репродуктивной системы

Вульва	Влагалище	Маточные трубы	Яичники
<p>I. Фоновые процессы (доброкачественные поражения):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Склеротический лишай; • Плоскоклеточная гиперплазия; • Другие дерматозы (невус, кондиломы); <p>II. Вульварная интраэпителиальная неоплазия (ВИН) плоскоклеточная дисплазия 3 степеней</p>	<p>I. Факультативные изменения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гиперпластическая дистрофия (лейкоплакия); • Папилломы влагалища; <p>II. Облигатные заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дисплазия легкой, умеренной и тяжелой степени 	<p>Предрасполагающие факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ВЗОМТ в анамнезе; • Бесплодие; • Возраст старше 40 лет; • ВПИ. <p>Так же как и при раке яичников, рак маточных труб может быть ассоциирован с мутациями генов BRCA1 и BRCA2.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Воспалительные процессы 2. Озлокачествление ДО (серозные папиллярные цистаденомы, реже-муцинозные) 3. Герминогенные опухоли возникают вследствие нарушения миграции, пролиферации и дифференцировки плюрипотентных клеток желточного мешка. 4. Источником почти всех эпителиальных опухолей яичников считают кисты 5. Наследственные формы



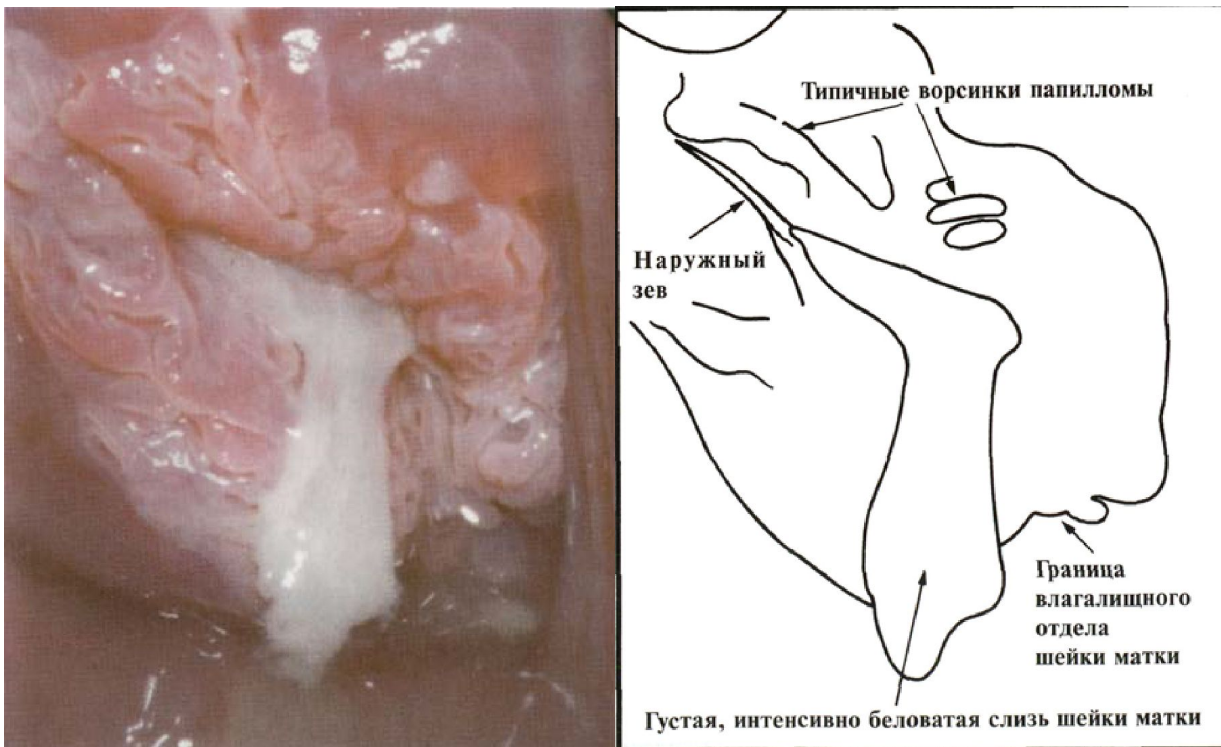
► Множественная кондилома во влагалище

Пациентка 52 лет. Имеет одного ребенка. Оперирована по поводу миомы матки (гистерэктомия), многократные воспаления в области влагалища и вульвы, жалобы на сильное жжение во влагалище и чувство давления на мочевого пузырь. Все влагалище покрыто мелкими заостренными кондиломами. На снимке область левой стенки влагалища. При контрольном осмотре через полгода кондиломы спонтанно исчезли.



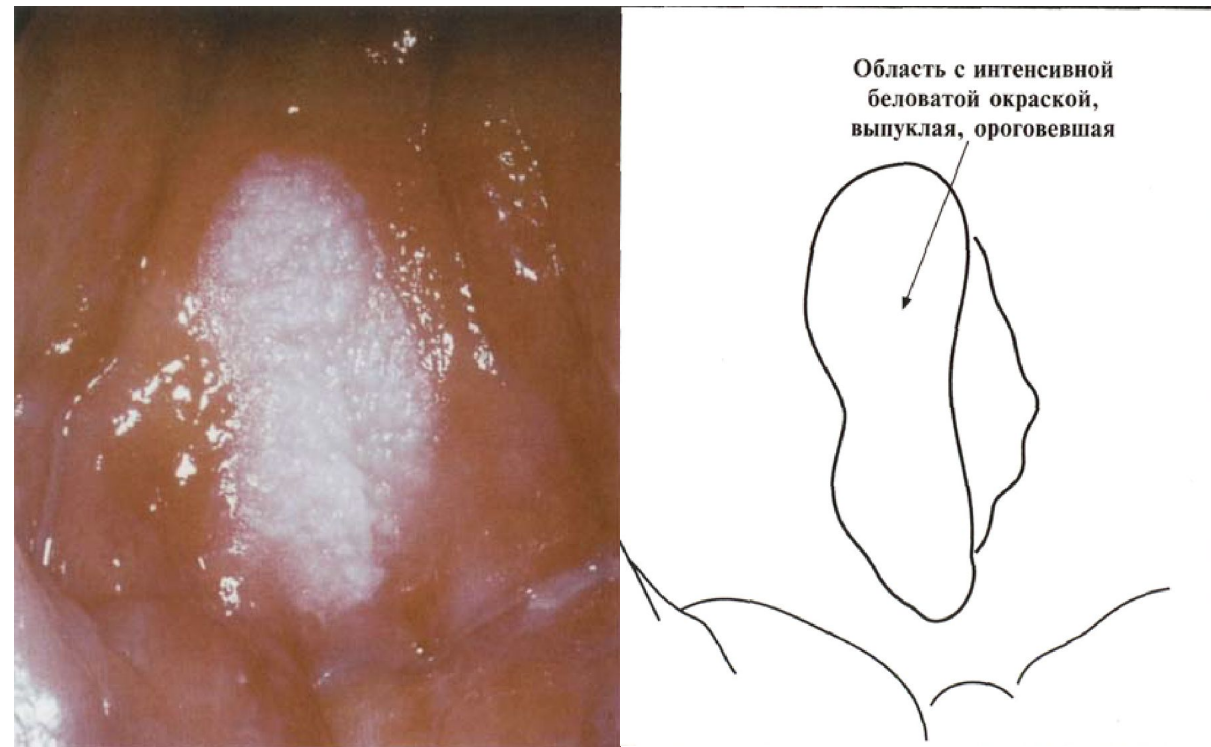
► Дистрофия вульвы -склерозирующий и трофический лишай

Пациентка 22 лет. Страдала рецидивирующими воспалениями в области вульвы. На снимке - состояние через 9 лет после начала наблюдения. Половые губы сильно сморщены, заметны следы бывшего воспаления. Пациентка прошла курс лечения лазером. Состояние постепенно нормализовалось



► **Крупная интенсивно уксусно-белая папиллома в период беременности**

Пациентка 20 лет. Первая беременность. Вокруг наружного зева обнаружена большая интенсивно уксусно-белая папилломатозная область. Две биопсии показали начальную стадию рака CIN III с койлоцитами и дискератоз. Цитологическое исследование мазка по Папаниколау определил группу III-IV. Раскрыв шейку матки, удалось тщательно осмотреть границу эндотелиального отдела, затем было решено сохранить беременность. Через 6 нед после самопроизвольных родов проведены контрольный кольпоскопический осмотр и цитологическое исследование. Произошло некоторое регрессивное развитие, но требовалась конизация. Гистологическое исследование определило тяжелую дисплазию CIN III.



► **Лейкоплакия на культе влагалища**

Нерожавшая женщина 39 лет. Жалобы на сильный дискомфорт при половых сношениях. Даже без применения 5% раствора уксусной кислоты на культе влагалища видны следы ороговения интенсивной беловатой окраски. Проведено иссечение. Гистологическое исследование показало лейкоплакию. После иссечения пациентка жалоб не предъявляла.

Спасибо за внимание!