

Полип тела матки, или эндометриальный полип (ЭП) – это образование в виде узла, выступающего над поверхностью эндометрия, состоящее из желез и стромы, преимущественно, фиброзной, содержащей «клубок» толстостенных кровеносных сосудов

Наружная поверхность полипов обычно гладкая, розового цвета. На разрезе полип имеет губчатый вид. Иногда могут наблюдаться очаги изъязвлений и кровоизлияний. Диаметр полипа чаще не превышает 0,3-1 см, но встречаются и более крупные разрастания, выполняющие всю полость матки.

Два самых главных морфологических диагностических признака ЭП любого типа:

1. Ножка или широкое основание, состоящие из фиброзной стромы с толстостенными кровеносными сосудами.
2. Разнонаправленность и хаотичность желез, неравномерное их распределение.

Классификация :

- Атрофический
- Гиперпластический
- Функциональный
- Смешанный эндометриально-цервикальный
- Аденоматозный

ЭП обычно развиваются путем пролиферации эпителия желез базального слоя эндометрия. Вначале разрастающиеся железы и окружающая их строма образует полиповидный вырост на широком основании, позднее формируется ножка полипа различной толщины, в которую могут быть втянуты мышечные волокна.

Аденоматозный полип: Характерна интенсивная пролиферация желез, которые приобретают причудливую форму. Железы лежат тесно, нередко разветвлены. Выраженная очаговая или диффузная пролиферация эпителия с формированием многорядных истинных или псевдососочковых структур. Может наблюдаться значительное количество фигур митозов.

Аденоматозный ЭП, особенно с признаками атипической гиперплазии, рассматриваются сегодня как предрак слизистой оболочки тела матки.

По результатам генетических исследований ЭП - это доброкачественные пролифераты мезенхимы с частыми кариотипическими изменениями хромосомальных регионов 6p21 и 12p15.

ЭП могут быть единичными и множественными, располагаются чаще всего в области дна и рубных углов тела матки.



Клиника: В большинстве случаев наличие ЭП не сопровождается клинической симптоматикой. Основным симптомом ЭП является АМК и боли внизу живота различной интенсивности. У женщин репродуктивного возраста ЭП может вызывать бесплодие вследствие механической помехи для транспорта спермы или нарушения имплантации, т.к. вызывают локальные воспалительные изменения эндометрия. С возрастом частота встречаемости ЭП возрастает

ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА: ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ БЛИЖЕ К УСТЬЯМ МАТОЧНЫХ ТРУБ И, КАК ПРАВИЛО, БЫВАЮТ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (ОТ 0,5Х1 ДО 0,5Х1,5 СМ), ВЫГЛЯДЯТ ТУСКЛЫМИ, СЕРЫМИ, РЫХЛЫМИ. АДЕНОМАТОЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ И В ТКАНИ ЖЕЛЕЗИСТО-КИСТОЗНЫХ ПОЛИПОВ.



Л
Е
Ч
Е
Н
И
Е

Учитывая, что большинство полипов является доброкачественными, возможна выжидательная тактика у женщин пременопаузе с бессимптомным течением. Небольшие полипы размерами до 10 мм могут самопроизвольно регрессировать в 25% случаев.

2. Роль медикаментозной терапии в лечении ЭП ограничена. ЛНГВМС используются в основном для предотвращения образования полипов.
3. Гистерорезектоскопия – «золотой стандарт» в лечении ЭП.

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.

У пациенток в перименопаузе гистероскопическую полипэктомию целесообразно сочетать с аблацией (резекцией) эндометрия. Далее назначают гормональную терапию.

Рецидивирующий полипоз, как и аденоматозные полипы в перименопаузе – показание для оперативного лечения

