**ТЕМА 5**

**Гиперпластические процессы эндометрия.**

**Цель занятия:** Усвоить особенности органической патологии эндометрия, имеющей тенденцию к малигнизации в будущем.

**План занятия**:

*I. Тестирование.*

*II. Вопросы для контроля самоподготовки*

1. Определение гиперпластического процесса эндометрия.
2. Современная классификация гиперпластических процессов эндометрия. Акцентировать внимание на выделении атипической гиперплазии.
3. Этиология гиперпластических процессов эндометрия. Роль ановуляции, перманентной эстрогенной стимуляции, реакции эстрогенных рецепторов эндометрия. Теории патогенеза в развитии гиперпластических процессов эндометрия. Роль эстрогенной стимуляции, онкогенных факторов (онкогенных метаболитов эстрогенов).
4. Клинические проявления гиперпластического процесса эндометрия:

-типичный характер нарушения менструальной функции (задержки менструации)

- изнуряющее последующее кровотечение с анемизацией

-получение «пышного» обильного материала при выскабливании в момент оказания помощи

1. Диагностические критерии гиперпластических процессов эндометрия:

 - УЗИ – признаки утолщения эндометрия (М-ЭХО > 15 мм)

 - визуальные признаки при гистероскопии

 - гистологическое исследование эндометрия

1. Современные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия:

- гестагены: внутриматочная система Мирена, дюфастон и др.- малоэффективны

- эстроген-гестагенные препараты (КОК)

- аналоги гонадолиберина (Люкрин, Диферелин)

- профилактика рецидива гиперплазии эндометрия

1. Поиски причин ановуляции (гиперпролактинемия, гипофункция яичников, синдром поликистозных яичников и т.д.).
	1. *Вопросы для самостоятельного изучения.*

Современная теория патогенеза гиперплазии эндометрия, предусматривающая первично-онкогенный характер гиперплазии.

* 1. *Объясните гиперплазию эндометрия у девочки 10 лет.*
	2. *Курация больных.*
	3. *Демонстрация больных, документации, операции выскабливания полости матки, гистероскопии.*
	4. *Решение ситуационных задач.*
	5. *Заключение.* Акцентировать внимание на онкологическом риске любой гиперплазии эндометрия, а также на ановуляторном генезе заболевания. Обратить внимание на больных с хронической ановуляцией, находящихся в высокой группе риска на развитие рака матки.

**Литература:**

Гинекология: учеб. для студентов мед. вузов / под.ред. Г. М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 432 с.

**Дополнительная литература:**

Руководство к практическим занятиям по гинекологии: Учебное пособие для студентов и ординаторов / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005, 520 с.

**Тест: ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ.**

**Выберите единственный ответ**

**1. Дайте определение патологии, называемой «гиперплазия эндометрия».**

 **Исключите неверное:**

1. гиперплазия эндометрия –это диффузный пролиферативный процесс, затрагивающий клетки эпителия и стромы эндометрия
2. гиперплазия эндометрия – это скопление тучных клеток
3. гиперплазия эндометрия – это всегда патологический процесс сопровождающийся пролиферацией (разрастанием) элементов эпителиальной и стромальной ткани эндометрия

**2. Почему развивается гиперплазия эндометриальной ткани?**

 **Исключите неверное:**

1. потому что эндометрий является тканью-мишенью для половых гормонов (эстрогены, прогестерон, тестостерон) за счет наличия в нем специфических рецепторов
2. потому что эндометрий является гормонозависимой тканью: эстрогены вызывают пролиферацию эпителиальной ткани, прогестерон – секрецию железистых структур, андрогены – атрофию эндометрия
3. потому что в физиологических условиях двухфазного цикла последовательное воздействие эстрогенов и прогестерона обеспечивает циклические превращения в эндометрии
4. потому что в других условиях – при отсутствии овуляции (ановуляторные циклы) желтое тело не формируется, прогестерон не синтезируется и на эндометрий непрерывно и длительно воздействуют только эстрогены: развивается пролиферация, гиперплазия
5. потому что в некоторых условиях на эндометрий воздействует тиреотропный гормон гипофиза

**3. Современная классификация гиперпластических процессов эндометрия.** **Исключите неверное:**

1. простая гиперплазия без атипии
2. простая гиперплазия с атипией
3. сложная гиперплазия без атипии
4. сложная гиперплазия с атипией
5. эндометриальный полип

**4. Почему полипы эндометрия «выведены» из современной классификации гиперпластических процессов эндометрия? Исключите неверное:**

1. потому что полип – это не гиперпластический процесс
2. потому что полипы эндометрия не возникают при ановуляторном цикле
3. потому что полипы эндометрия чаще возникают на фоне воспалительного процесса – хронического эндометрита
4. потому что полипы эндометрия – это скопление фибробластов

**5. Чего мы боимся? Почему развитие гиперплазии эндометрия всегда**

 **представляет риск? Исключите неверное:**

1. потому что впереди рак эндометрия
2. потому что впереди – геморрой
3. потому что простое размножение клеток эпителиальной и стромальной ткани эндометрия рано или поздно превратится в «атипическую гиперплазию» (истинный предрак)
4. потому что гарантированных методов лечения предрака не существует

**6. Причины развития гиперплазии эндометрия известны – ановуляция.**

 **Приведите примеры нарушений и заболеваний, вызывающих стойкую**

 **ановуляцию. Исключите неверное:**

1. гинекологические причины (функциональные и органические)
2. негинекологические причины (соматические заболевания, ятрогенные факторы)
3. проктологические причины

**7. Приведите примеры функциональных нарушений, способных вызвать**

 **стойкую ановуляцию в яичниках и последующую гиперплазию**

 **эндометрия. Исключите неверное:**

1. гиперпролактинемия – повышение уровня пролактина гипофиза в умеренных концентрациях (до 2000 Мме/л)
2. функциональная гиперандрогения – повышение уровня тестостерона (до 2-4 нг/л)
3. нарушения функции яичников различной этиологии: так называемые нарушения овуляции по типу «персистенции» или «атрезии» фолликула
4. нарушения функции яичников по типу сахарного диабета II типа

**8. Какие гинекологические заболевания (органическая патология)**

 **вызывают нарушения функции яичников – ановуляцию и последующее развитие гиперплазии эндометрия? Исключите неверное:**

1. фолликулярная киста яичника
2. синдром поликистозных яичников
3. феминизирующие (эстроген-продуцирующие) опухоли яичников
4. миома матки

**9. Какие экстрагенитальные нарушения, заболевания вызывают**

 **ановуляцию в яичниках и последующую гиперплазию эндометрия?**

 **Исключите неверное:**

1. пролактинома – опухоль гипофиза с повышенным уровнем пролактина (выше 2000Мме/л
2. адреногенитальный синдром, гиперплазия коры надпочечника с высокой гиперандрогенией
3. гипотиреоз – снижение функции щитовидной железы
4. цирроз печени
5. ожирение висцеральное (внегонадный путь синтеза эстрогенов)
6. язва желудка

**10. Клиника при развитии гиперплазии эндометрия.**

**Исключите неверное:**

1. на фоне нормального менструального цикла устойчивое появление задержек менструации на 2-3 месяца
2. после очередной задержки менструации неотвратимое кровотечение – обильное или умеренное – без признаков менструации и без тенденции к остановке
3. нарастание признаков анемизации, снижение работоспособности, бесплодие
4. после задержки менструации нарастание признаков печеночной недостаточности

**11. Диагностика гиперплазии эндометрия. Исключите неверное:**

1. анамнез (задержки менструации)
2. УЗИ – наилучший метод выявления гиперплазии эндометрия «золотой стандарт»: высокий, «толстый» эндометрий более 15-16 мм (М-ЭХО)
3. цитология аспирата из полости матки (клетки гиперплазированного эндометрия)
4. гистология (ещё один «золотой стандарт») – морфологическое исследование эндометрия во всех случаях, подозрительных на гиперплазию в любом возрасте
5. компьютерная томография грудной клетки

**12. Что ещё можете предложить для диагностики гиперплазии эндометрия,**

**её причин? Исключите неверное:**

1. поиски причины ановуляции
2. посмотреть уровень пролактина (повышен)
3. посмотреть уровень тестостерона (повышен)
4. посмотреть уровень прогестерона (снижен)
5. гормоны щитовидной железы (снижены)
6. гормоны гипофиза: окситоцин, вазопрессин

**13. Лечебные подходы при диагностике гиперплазии эндометрия. Цели**

 **лечения. Исключите неверное:**

1. предотвратить рак
2. восстановить функции репродуктивной системы (регулярный менструальный цикл, фертильность)
3. восстановить биоценоз влагалища

**14. Стандарты оказания помощи при гиперплазии эндометрия.**

**Исключите неверное:**

1. оказание экстренной помощи – остановка кровотечения (гемостаз)
2. выяснение причин ановуляции и выбор метода длительной патогенетической терапии
3. выяснение причин острой сердечной недостаточности

**15. Оказание экстренной помощи при маточном кровотечении, вызванном**

 **гиперплазией эндометрия. Методы оказания помощи.**

**Исключите неверное:**

1. выскабливание полости матки в любом возрасте (выбор метода по данным УЗИ: высокий М-ЭХО – «толстый эндометрий»)
2. удаление матки при комбинированной патологии (миома, эндометриоз)
3. кольпоскопия – осмотр шейки матки кольпоскопом для выявления патологии шейки матки

**16. Почему при гиперплазии эндометрия методом выбора при оказании**

 **помощи является выскабливание полости матки, а не гормональный**

 **гемостаз? Исключите неверное:**

1. потому что ткань гиперплазированного эндометрия плотно прикреплена к стенке матки
2. потому что при гиперплазии эндометрия (т.е. ановуляторном цикле) не существует никаких физиологических механизмов, способных отторгнуть эндометрий от стенки матки
3. потому что только хирургический метод соскоба гиперплазированной ткани эндометрия может оказать помощь
4. потому что только консервативный метод – гормональный гемостаз способен остановить кровотечение при гиперплазии эндометрия

**17. Что дальше? Что делать после оказания экстренной помощи –**

 **остановки кровотечения? Исключите неверное:**

1. ожидать результат гистологического исследования
2. при наличии гиперплазии «без атипии» (железистая, железисто-кистозная гиперплазия) – любая гормональная и антигормональная терапия
3. при наличии «атипической гиперплазии»: консультация онколога, решение вопроса об удалении матки в профилактическом перядке
4. при наличии «атипической гиперплазии» эндометрия – обязательная гистероскопия с прицельной биопсией маточных углов (исключить рак)
5. кольпоскопия – осмотр влагалищной части шейки матки

**18. Патогенетическая терапия гиперплазии эндометрия после оказания**

 **экстренной помощи. Исключите неверное:**

1. при гиперплазии эндометрия «без атипии» возможно лечение гормонами (прогестины – дюфастон, эстроген-гестагенные препараты – КОК-регулон, ригевидон; антигормоны – аналоги гонадолиберина – Люкрин, Бусерелин.
2. поиски и лечение ановуляции:гиперпролактинемия – бромокриптин, циклодинон, гиперандрогения – дексаметазон, КОК
3. терапия нестероидными противовоспалительными препаратами

**19. Когда удаление матки становится методом выбора при гиперплазии**

 **эндометрия? Исключите неверное:**

1. маточное кровотечение, угрожающее жизни, не поддающееся консервативной терапии
2. гиперплазия эндометрия в сочетании с другой органической патологией матки (миома, эндометриоз)
3. атипическая гиперплазия эндометрия прогрессирующая (с профилактической целью)
4. простая гиперплазия эндометрия без атипии и эктопия шейки матки

**20. Патогенетическая терапия гиперпластических процессов эндометрия.**

 **Что важно и что нужно? Исключите неверное:**

1. учесть эстрогенозависимость гиперплазии эндометрия
2. блокировать синтез эстрогенов, блокировать рецепторы эстрогенов
3. максимально эффективно, безопасно, длительно снижают синтез эстрогенов – антигормоны (аналоги гонадолиберина (люкрин))
4. что максимально и длительно снижают уровень эстрогенов – прогестины (Дюфастон, Диеногест)

 **З А Д А Ч А**

В гинекологическое отделение поступила больная М., 58 лет с жалобамина нерегулярные кровянистые выделения из влагалища в течение года.

**Анамнез.** Постменопауза длится 8 лет. В 52 года было диагностическое выскабливание слизистой матки. При гистологическом исследовании обнаружена железистая гиперплазия эндометрия. Проводилось лечение дюфастоном в течение 6 месяцев. Через год вновь появились нерегулярные кровянистые выделения, по поводу чего больная и поступила в гинекологическое отделение.

 **Бимануальное исследование.** Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободно. Шейка матки цилиндрической формы, подвижная, чистая. Тело матки обычных размеров, подвижно, безболезненно. Придатки не пальпируются.

**Ректальное исследование**. Опухолевых образований и инфильтратов в малом тазу не определяется.

**УЗИ органов малого таза.**  Матка размеры 52**×**45**×**49 мм (нормальных размеров), миометрий однородный. Полость матки не расширена, но М-ЭХО-22 мм, эндометрий утолщенный, неоднородный. Яичники без особенностей.

 Произведено выскабливание слизистой матки, был получен значительный соскоб.

**Гистологическое исследование**. В соскобе обнаружена атипическая гиперплазия эндометрия. Единичные клетки железистой ткани крупные, с гиперхромными ядрами. Контуры этих ядер неправильные.

**- Поставьте клинический диагноз и предложите план дальнейшего**

 **ведения больной**.

**З А Д А Ч А**

Больная И., 46 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей.

**Анамнез.** Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место 2 месяца назад. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. За этот период дважды перенесла выскабливание полости матки по поводу кровотечения с гистологическим диагнозом «железистая гиперплазия». При поверхностном обследовании обнаружена гиперпролактинемия (900 мМЕ). Лечения не проводилось. Пятнадцать дней назад у больной после 2-х месячного отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

**Объективное обследование.** Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт. ст., кожные покровы бледные.

**Гинекологический осмотр:**  Слизистая влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный, из зева отходят кровяные выделения. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровяные , обильные.

Проведено диагностическое выскабливание слизистой полости матки в день поступления больной. Длина матки по зонду 6 см. Стенки матки гладкие, без деформации. Полученный обильный соскоб послан на гистологическое исследование. После лечебно-диагностического выскабливания слизистой матки кровотечение прекратилось.

**Гистологическое исследование.** При изучении соскоба слизистой матки установлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

 **- Предварительный диагноз**

**- Рекомендации по лечению**

 **З А Д А Ч А**

Больная Н., 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение.

**Анамнез**. Наследственность: мама страдала гиперплазией эндометрия, перенесла операцию по удалению матки.

Менструации с 12 лет, первые 4 месяца регулярные (по 3-4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Затем менструации стали длительные, нерегулярные, с задержкой на 1-2-3 месяца. Половую жизнь отрицает. Заболела 8 дней назад, когда после двухмесячного отсутствия менструации появились умеренные кровянистые выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появились слабость, головокружение.

**Объективное обследование**. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Пульс 90 уд./ мин. АД 95/50 мм рт.ст. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые.

**Ректальное исследование.** При осмотре наружных половых органов нарушений нет. Тело матки плотное, нормальной величины, безболезненное, подвижное, находится в нормальном положении. Придатки с обеих сторон не определяются.

**УЗИ органов малого таза.** Матка 47**×**39**×**49 мм (нормальной величины). Толщина передней стенки 15 мм, толщина задней стенки – 15 мм, миометрий однородный. Эндометрий резко утолщен – 24 мм, неоднородный, полость расширена до 20 мм. Яичники не изменены.

**Анализ крови**: гемоглобин 75 г/л, эритроциты 3,7×1012 /л.

**- Поставьте предварительный диагноз.**

**- Окажите экстренную помощь.**

**- Ваши рекомендации по дальнейшему ведению (лечению) больной.**

**З А Д А Ч А**

Больная 15 лет, поступила в стационар в связи с жалобами на головокружение, обильные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 3 месяца и продолжаются 12 дней. В течение 2 последних дней выделения усилились.

 **Анамнез.** Менструации с 11 лет, нерегулярные, с задержками на 2 – 3 месяца, обильные безболезненные. За помощью не обращалась, лечилась дома травами.

  **Объективно.** Повышенного питания. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Пульс 88 уд. В мин., АД – 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный.

 **При ректоабдоминальном исследовании**. Матка небольшая, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не пальпируются; выделения из половых путей обильные со сгустками.

**УЗИ органов малого таза.** Матка 45**×**38**×**48 мм (нормальной величины). Толщина передней стенки – 16 см; толщина задней стенки – 16 мм. Миометрий однородный, но эндометрий резко утолщен – 22 мм, неоднородной структуры. Полость расширена до 20 мм. Яичники: левый без особенностей.

**Анализ крови.** Эритроциты 2,5**×**10 12/л, Нв – 75 г/л, Ht – 28 %; ЦП – 0,7; лейкоциты – 6,2**×**109/л; СОЭ – 5 мм/час.

**- Поставьте предварительный диагноз.**

**- Окажите экстренную помощь**

**- Ваши рекомендации по дальнейшему ведению (лечению) больной.**