Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии

Реферат

Гиперпластические процессы и рак эндометрия

Выполнила: студентка
504 группы «Педиатрия»
Дядичкина В.В.

Проверил: Шагеев Т.А

Красноярск

2018 г.

Гиперпластический процесс эндометрия представляет собой патологические изменения, происходящие в выстилающем слое матки. На фоне заболевания он значительно утолщается. Вызваны подобные трансформации активным делением клеток слизистой матки. В итоге отмечается анормальное увеличение органа в размере.

Симптомы и признаки гиперпластических процессов

Гиперплазия эндометрия в начале своего формирования развитием характерной симптоматики не сопровождается. Диагноз устанавливается случайно в ходе профилактического осмотра в гинекологическом кресле.

Ведущим признаком развития ГЭП становится нарушение менструального цикла, а также появление маточных кровотечений.

1. У женщины начинает меняться продолжительность месячных.

Отмечается отсутствие менструации: больная не менструирует в течение длительного времени.

2. В середине цикла появляются кровянистые выделения.
3. Регулы продолжаются больше недели и характеризуются обильностью.

Для состояния типично развитие болевого синдрома в нижней части живота. Дискомфорт значительно усиливается при сексуальном контакте.

Потенциальными признаками также выступают:

- частые головокружения;
- апатичность;
- повышенная утомляемость;
- снижение работоспособности;
- нарушения аппетита (вплоть до его полного отсутствия).

Некоторые женщины с диагностированным ГЭП страдают от сильных кровотечений, что может приводить к развитию тяжелых анемических состояний. Возможным признаком последних становится бледность кожи.

Клиническая картина развития

Гиперпластический процесс эндометрия формируется постепенно, поэтому в начале женщина никаких патологических признаков нарушения здоровья не отмечает. Особенно длительным бессимптомным периодом характеризуются полипозные образования.

Ведущим симптомом патологии является сбой цикла менструации: месячные у женщины становятся нерегулярными и после продолжительных задержек открываются обильные кровотечения, длящиеся больше недели. Регулам предшествует продолжительная мазня.

Поскольку патогенетической основой заболеваний из группы ГЭП является отсутствие овуляции, то ведущим признаком патологии у женщин детородного возраста становится бесплодие.

Железисто-кистозная форма гиперпластического процесса в большей части случаев протекает без атипии. В качестве предраковой ее рассматривают только в двух случаях:

- когда формирование состояния происходит на фоне различных эндокринных патологий, а после лечения отмечается рецидив;
- болезнь развивается в период постменопаузы, т. е. после прекращения менструирования.

В иных случаях заболевание характеризуется доброкачественным течением, но нуждается в обязательном лечении. Вероятность малигнизации не превышает 1 %.

Формы гиперплазии

Усредненная продолжительность цикла составляет 28 суток. С первого дня кровотечения начинается отсчет нового. Для периода менструирования типично полное отторжение функционального маточного слоя.

Пятые сутки открывают фазу пролиферации, в течение которой происходит активное деление клеток и последующее увеличение объема эндометриального слоя. Его толщина достигает 1,4–1,6 см. Вызвана такая реакция выработкой гормона эстрогена.

Развитие гормонального дисбаланса – нехватка прогестерона при одновременном повышении количества эстрогена – становится причиной появления пролиферативного эндометрия. Это значит, что клеточное деление не прекращается, слизистый слой матки продолжает утолщаться. Подобная ситуация и приводит к возникновению гиперплазии – простой либо атипичной.

Затем происходит падение уровня эстрогенов. У женщины начинается менструация. Отслойка эндометрия иногда проходит участками, что сопровождается болями и обильными месячными. К тому же они значительно увеличиваются по продолжительности.

Гиперпластический процесс протекает в нескольких формах. В основе классификации лежит гистология. Принято различать следующие разновидности ГЭП:

- железисто-кистозная (смешанная);
- железистая форма;
- атипическая эндометриальная.

В отдельную форму выделяют полипы.

Атипическая ГЭП и аденоматозная форма рассматриваются гинекологами как предраковое состояние.

Дополнительное деление ГЭП основано на степени сложности течения. Медики выделяют простые формы патологии и сложные, когда в процесс оказываются вовлеченными и клетки, и железы.

Смешанная

Гиперпластический процесс эндометрия при подобном диагнозе протекает в смешанной форме, т. е. у больной диагностируется сразу несколько подвидов заболевания. Чаще всего это простая железистая гиперплазия и кистозная.

На эпителии некоторых участков оболочки матки формируется железистая форма, но в углах и на дне органа – железисто-кистозная.

Эндометриальная гиперплазия

Эндометриальная гиперплазия – один из диагнозов, входящих в перечень заболеваний ГЭП. Для состояния типично патологическое утолщение выстилающего слоя матки в зависимости от текущего периода менструального цикла: до 2–4 мм в первой фазе и до 10–15 мм – во время секреторной.

Характерным признаком состояния становится развитие дисфункционального маточного кровотечения. Не исключено также и нарушение цикла у женщины, выражающееся в отсутствии выделений. Менструации могут задерживаться на один–три месяца.

Полипы эндометрия

Полипы слизистой матки представляют собой очаговое разрастание выстилающей слизистой матки, выходящее из мукозного (внутреннего) слоя. Образования могут быть единичными и множественными.

Размер полипа в большей части случаев не превышает нескольких миллиметров, но они способны вырастать и до нескольких сантиметров. В зависимости от гистологического строения различают разные формы образований, и кистозные в частности.

Заболевание диагностируется в любом возрасте, но особенно часто полипы встречаются у женщин после 35 лет.

Единичные образования небольшого размера не сопровождаются развитием какой-либо симптоматики и выявляются случайно в ходе планового УЗИ матки. Ведущим признаком присутствия полипов становится бесплодие на фоне хорошего женского здоровья.

Аденоматоз

Аденоматоз – диффузная (очаговая) гиперплазия эндометрия, рассматриваемая гинекологами как предраковое состояние. Заболевание характеризуется не поддающимся контролю делением эндометриальных клеток.

Метод диагностики

Диагностируют ГПЭ в гинекологии достаточно часто. Это одна из наиболее распространенных патологий.

До выбора методики лечения гинеколог выслушивает имеющиеся жалобы и проводит осмотр. Заболевания женской половой системы часто имеют схожую симптоматику, поэтому для постановки диагноза назначается медицинское обследование.

Комплексная диагностика включает:

- гинекологический осмотр;
- исследование влагалища посредством зеркал;
- УЗИ матки и придатков;
- трансвагинальное УЗИ;
- гистероскопию – визуальный осмотр внутренних поверхностей матки при помощи специального прибора;
- сдачу анализов.

Ультразвуковое исследование позволяет не только определить признаки гиперпластических процессов, но и очертить примерные границы пораженного участка. Полученный результат используется при выполнении выскабливания матки.

Гинеколог обязательно проведет забор биоматериала для последующего гистологического исследования, чтобы определить наличие/отсутствие атипичных клеток. Среди дополнительных методик может использоваться гидросонография.

Лечение

При выборе схемы лечения патологий эндометрия учитываются такие факторы, как форма, стадия и особенности заболевания. Всего же практикуются два способа терапии – хирургическая и медикаментозная.

Как и чем лечить гиперпластический процесс, решает ведущий женщину гинеколог, исходя из текущей клинической картины. Важная роль отводится возрасту.

Очень часто причиной патологии эндометрия становится нарушение гормонального фона, поэтому основные мероприятия направлены на его восстановление. В этом случае традиционно используется гормонотерапия, которая показывает хорошие результаты. Именно прием гормональных препаратов – основной способ лечения ГЭП. Продолжительность курса вариативна и зависит от формы и вида недуга.

Хирургическое лечение заключается в выскабливании слизистой оболочки матки. В некоторых случаях практикуется полное/частичное удаление органа. После операции женщине также назначается прием гормональных препаратов.

Если во время гистологического исследования были выявлены малигнизированные клетки, то это указывает на перерождение эндометрия и развитие раковой патологии. В таком случае для женщины разрабатывается лечебный проток, как для онкологической больной.

После наступления менопаузы эндометрий значительно видоизменяется, что вызвано гормональной перестройкой организма. По этой причине вероятность развития ГЭП сильно увеличивается.

Основной симптом заболевания, связанный с изменениями менструального цикла, отсутствует, и выявить очаг поражения можно только в ходе гинекологического осмотра. Именно поэтому посещать врача рекомендуется каждые 6 месяцев. Раннее диагностирование патологий позволяет начать лечение и предупредить озлокачествление.

Лечение ГЭП в постклимактерическом периоде проводится при помощи курсового приема гормональных средств. При отсутствии терапевтического результата женщине рекомендуется хирургическое вмешательство.

В качестве мер профилактики развития ГЭП рассматриваются:

- периодический гинекологический осмотр;
- лечение любых отклонений менструального цикла;

- устранение эндокринных и патологий, связанных с течением обменных процессов;
- ведение здорового образа жизни;
- реализация любых методов контрацепции, чтобы исключить развитие нежелательной беременности и последующего аборта.

При отсутствии адекватной медицинской помощи ГЭП может сопровождаться формированием серьезных последствий. Поэтому при появлении характерной симптоматики женщине рекомендуется получить квалифицированную консультацию и отвечающее состоянию лечение.

Рак энометрия

Рак эндометрия — это онкологическая нозология, которой подвержено женское население, так как субстратом для её развития являются клетки внутреннего слоя матки — эндометрия. Развитие данного онкопроцесса обуславливается повышением уровня эстрогена. Последние полвека уровень выявляемости данной патологии неуклонно увеличивается, и на сегодня — это самое распространённое злокачественное образование в онкогинекологии и составляет 9% от всей онкологии, возникающей у женщин.

Основой процент заболевших составляют женщины, находящиеся в постменопаузе — больше 60%, но в последнее время, неуклонно увеличивается выявляемость заболевания и у молодых женщин. При ранней диагностики данной онкологии, прогноз благоприятный — 95% излечиваемости

Причины возникновения рака эндометрия

Основная причина формирования рака эндометрия на сегодня окончательно не выяснена. Но однозначно, на формирования злокачественного процесса оказывает влияние гормональный фон. При нарушении работы в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, при физиологической инволюции или анатомических изменениях, происходит увеличение образования эстрогена, а повышенный уровень эстрогена способствует развитию гипертрофических изменений эндометрия, на базе этих процессов и развивается злокачественное образование.

Можно выделить следующие факторы, способствующие формированию рака эндометрия:

— наличие заболеваний, возникших вследствие нарушения функционирования эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение, гипертоническая болезнь);

— наследственная предрасположенность, присутствие в семейном анамнезе случаев заболевания данной патологией увеличивает риск возникновения в разы, еще увеличивается возможность формирования рака эндометрия при наличии рака толстого кишечника у родственников;

— патологические изменения менструального цикла (ановуляторный цикл, нерегулярный цикл, раннее менархе);

— бесплодие, вследствие патологии гормонального фона;

— гинекологические заболевания;

— поздняя менопауза (после 55 лет);

— длительное половое воздержание;

— отсутствие беременностей;

— наличие абортов в анамнезе;

— терапия препаратами, содержащими эстроген;

— хронические стрессы;

— иммунодефицитные состояния;

— несоблюдение здорового образа жизни (плохие привычки, неправильное питание).

Эстрагензависимый рак эндометрия развивается в 75% случаев и принадлежит к первому патогенетическому типу опухоли. Для эстрогензависимой опухоли характерна высокая дифференциация злокачественных клеток, медленное прогрессирование и метастазирование. Такой вариант опухоли чувствителен к гестагенам.

В 25% случаев формируются эстрагеннезависимые опухоли – второй патогенетический тип, формирующийся, на фоне атрофии эндометрия. Предположительно в его развитии играет роль иммунные факторы. Такие опухоли имеют низкую дифференциацию злокачественных клеток и высокую степень метастазирования.

Третий патогенетический тип связывают с наследственным фактором, часто сочетается с колоректальным раком, встречается редко.

Значение факторов риска растет с возрастом. Использование противозачаточных препаратов значительно снижает риск развития опухоли эндометрия, что было доказано множеством медицинских исследований.

Симптомы и признаки рака эндометрия

Основное проявление рака эндометрия — маточное кровотечение, и если в постменопаузальном возрасте этот симптом сразу говорит о необходимости всестороннего обследования, нацеленного на поиск злокачественного образования, то в молодом возрасте ациклические маточные кровотечения характерны для различных состояний, и у врачей, часто нет онконастороженности у таких пациенток, вследствие этого онкопроцесс может диагностироваться на поздних этапах.

К ранним признакам относятся:

— маточное кровотечение (у пациенток постменопаузального периода — это, вновь возникшие кровянистые выделения, у пациенток репродуктивного возраста – кровотечение между циклами, изменение обильности месячных, в большую или меньшую сторону);

— умеренные боли внизу живота;

— бели и водянистые выделения из половых органов, без наличия воспаления.

На поздних этапах, присоединяются дополнительные симптомы:

— боли усиливаются, это характерно при инвазии злокачественного процесса вглубь эндометрия, увеличении опухоли в размерах, сдавлении соседних органов. Боли появляются в подвздошных отделах живота и пояснично-крестцовой области. Для них характерно схваткообразное или постоянное течение;

— появление кровоизлияний в матке, не сопряженных с месячным циклом;

— гнойные выделения, характерны при присоединении инфекционного или воспалительного процесса;

— появляется кровь в моче и стуле, нарушается мочеиспускание и акт дефекации, они возникают при распространении онкопроцесса на мочевой пузырь и прямую кишку;

— запоры, вздутие, характерно для значительного увеличения образования в размерах;

— утомляемость, уменьшение аппетита, резкое снижение массы тела, слабость, говорят о возникновении синдрома интоксикации, развивающегося при прогрессировании онкопроцесса.

Рак эндометрия, выявленный на начальных этапах, хорошо подвержен терапии и характеризуется благоприятным прогнозом, следовательно, необходимо бережно и внимательно относиться к своему здоровью. Регулярное наблюдение гинеколога с целью профилактики – залог ранней диагностики любых патологических состояний.

Стадии рака эндометрия

Основная классификация, используемая для стадирования рака эндометрия

— это классификация, которую предложила Международная федерация акушеров и гинекологов (FIGO). Также применяется международная классификация TNM, которая применима для любого онкологического образования. • 0 стадия (TisNoMo)

– рак in situ или преинвазивная карцинома, злокачественные клетки находятся в самом верхнем слое эндометрия, и после выскабливания злокачественный процесс не определяется.

• 1 стадия (T1NoMo) – характеризуется наличием образования в границах матки. Выделяют подгруппы: 1A(T1a) – образование ограничено эндометрием, 1B(T1в – опухоль прорастает менее 50% глубины миометрия, 1C(T1c) – образование затрагивает больше половины глубины миометрия.

• 2 стадия (T2N0M0) – образование располагается в границах матки, но прорастает в слизистую оболочку и строму, онкопроцесс вовлекает шейку матки. 2A(T2a) – в онкопроцесс вовлекается, только эндоцервикс, 2B(T2в) – прорастание образования происходит в строму шейки матки.

• 3 стадия (T3N0-1M0) – характеризуется наличием образования, не выходящего за границы малого таза, возможно затрагивается часть брюшины, укрывающей матку, яичники, маточные трубы. 3A(T3aN0M0) – онкологическим процессом поражается серозная оболочка и/или яичники, злокачественные клетки определяются в промывных водах и в асцитической жидкости, 3B(T3вN0M0) – в онкопроцесс вовлекается влагалище, 3C(T3N1M0) – характеризуется возникновением метастатических поражений в локальных лимфатических узлах.

• 4 стадия (T4N1M0-1) – опухолевый процесс распространяется за границу малого таза, затрагивается мочевой пузырь и прямая кишка, имеются удаленные метастазы. 4A(T4aN1M0) – в злокачественный процесс вовлекается мочевой пузырь и/или прямая кишка, 4B(T4вN1M1) – определяются удаленные метастатические изменения, чаще метастазами поражаются печень, легкие, кости.

Рак эндометрия различают на гистологическом уровне:

— аденокарцинома (железистый рак). Железистый рак эндометрия, формируется в 65% случаев, чаще формируется у пациенток за 50 лет;

— светлоклеточная аденокарцинома составляет 18% от всех выявленных случаев;

— плоскоклеточный вариант;

— железисто-плоскоклеточный рак составляет 11% онкологии матки;

— серозный вариант;

— муцинозный вариант;

— недифференцированный рак.

Кроме рассмотренных классификаций, так же используется индекс G, который определяет степень дифференцировки злокачественных клеток. G1 – высокодифференцированный рак; G2 – соответствует умеренной дифференциации злокачественных клеток; G3 – это низкодифференцированный рак. Индекс G важен для прогноза, потому что уровень дифференциации клеток напрямую связан с прогнозом заболевания, чем выше дифференциация, тем положительней прогноз.

Еще выделяют формы роста образования: экзофитный рост, эндофитный и смешанная форма.

Все представленные классификации необходимы для формирования полноценной тактики ведения пациентов с рассматриваемой патологией и ее прогноза.

Диагностика рака эндометрия

Диагностический поиск направлен на определение стадии онкопроцесса, локализации образования, его морфологическое строение и уровень дифференцировки злокачественных клеток, чувствительность данной опухоли к различным методам терапии, и присутствие

сопутствующих заболеваний, влияющих на возможность применения некоторых методов терапии и результативность лечения.

Начинают диагностические мероприятия со сбора жалоб, анамнестических данных заболевания и семейного анамнеза, затем присоединяются инструментальные и лабораторные методики исследования.

При первичном опросе у пациентки выясняется наличие жалоб и давность их появления, выясняется присутствие в семейном анамнезе онкозаболеваний гинекологической сферы и органов ЖКТ, присутствие сопутствующих заболеваний. При помощи объективного осмотра оценивается общее состояние пациентки, можно предположить месторасположение и размер образования. При стандартном гинекологическом осмотре выясняется размер матки и яичников, состояние слизистой влагалища, берется мазок на цитологический метод исследования.

Инструментальные методы диагностики рака эндометрия следующие:

• УЗИ ОМТ оценивает состояние гинекологических органов, месторасположение новообразования, его распространенность, глубину поражения, размер образования, есть ли метастатических изменений в местных лимфоузлах. Рак эндометрия на УЗИ проявляется неровностью контура эндометрия, увеличением высоты М-эхо эндометрия, неравномерностью структуры эндометрия, изменением эхогенности рассматриваемых структур, наличием полиповидных разрастаний, наружные границы матки размыты. Рак эндометрия на УЗИ возможно выявить в самых начальных проявлениях, что дает возможность использовать, эту методику, как скрининговую;

• Диагностическое выскабливание дает материал для гистологического исследования, способствующего определению морфологической структуры образования, уровня дифференцировки образования;

• Гистероскопия – это метод эндоскопии, позволяющий с помощью эндоскопического прибора (гистероскопа) оценить внутренний слой матки и цервикального канала, выяснить локализацию образования, его распространенность, применить прицельную биопсию измененного участка. Обязательным этапом является процедура выскабливания полости матки и цервикального канала;

• Метод флуоресценции, относительно, новая методика диагностики рака эндометрия, заключающаяся в введении веществ-фотосенсибилизаторов, накапливающихся в онкообразовании, с их регистрацией. Эта методика помогает определить микроскопические очаги онкологического процесса, и используется как при диагностике, так и для контроля лечения;

• КТ и МРТ – рентгенологические исследования, которые помогают выявить наличие и локализацию местных и удаленных метастаз, и состояние организма в целом.

Лабораторные методы подразумевают использование общеклинических анализов крови и мочи, биохимического анализа крови, исследование онкомаркеров. Общеклинические методы диагностики дают возможность оценить работу внутренних органов и систем. При анализе крови на онкомаркеры определяют — онкомаркер СА-125, он не специфичен, но используется как дополнительная методика исследования. Диагноз рак эндометрия выставляется только на базе гистологической картины, подтверждающей наличие онкологического процесса. Железистый рак эндометрия — это самый распространенный вариант данной патологии.

Лечение рака эндометрия

Выставленный диагноз рак эндометрия, при полноценном диагностическом обследовании, является причиной подбора полноценной терапевтической помощи. Объем лечебной тактики формируется в зависимости от стадии заболевания, морфологической формы рака, локализации процесса, возраста пациентки, общего состояния, сопутствующей патологии. Определяет тактику и объем лечебных мероприятий чаще всего онкологический консилиум. Наиболее эффективный — это комплексный или комбинированный подход, т.е., сочетающий несколько различных методик.

Методы лечения, используемые в терапии рака эндометрия:

— хирургический;

— лучевой;

— химиотерапевтический;

— гормонотерапия;

Хирургический метод — основной, он позволяет кардинально решить вопрос. Объем хирургической помощи и способ операции определяется месторасположением образования, стадией онкопроцесса, общим состоянием пациентки, наличием сопутствующей патологии. Применяется полное иссечение матки и яичников (экстирпация матки с придатками). Этот способ дает наиболее прогностически благоприятные результаты, так как это профилактическая мера для рецидивирования данной онкопатологии и распространения метастатических изменений. Во время данной операции удаляются матка, яичники с маточными трубами, также иссекаются внутренние и наружные подвздошные лимфоузлы и запирательные лимфоузлы. Если, в силу возрастных особенностей, сопутствующей патологии имеются противопоказания к операции или если рак эндометрия выявлен на начальных проявлениях, возможно выполнение гистерорезектоскопической абляции – это эндоскопический способ разрушения эндометрия с иссечением базального слоя и миометрия на глубину больше 3 мм, выполняемое под контролем гистероскопа. Такой вид терапии требует строгого динамического контроля после процедуры, для профилактики рецидивирования опухолевого процесса.

Лучевая терапия — это элемент комплексной терапии, очень редко используется, как единственный метод (только у пациенток с противопоказанием к операции). Применяется

ионизирующее облучение и рентгенотерапия. При высокодифференцированной опухоли, прорастании образования до 25% миометрия и поражении верхнесреднего сегмента применяют дистанционную (внешнюю) лучевую терапию. Если у опухоли низкая дифференциация, она прорастает глубоко в миометрий и расположена в нижней части матки, то используют сочетанную лучевую терапию, состоящую из внешнего воздействия и внутриполостного. Чаще всего лучевая терапия показана после операции. Лучевая терапия, вследствие своего угнетающего действия на рост и размножение клеток, имеет ряд негативных действий, поэтому проводиться под наблюдением онкологинеколога и лучевого терапевта

Химиотерапия не применяется, как монотерапевтический метод, так как рак эндометрия чувствителен не ко всем цитостатическим препаратам, чаще применяется схема САР – циклофосфамид, доксорубицин, цисплатин.

Гормонотерапия возможна как самостоятельная методика при обнаружении онкопроцесса на ранней стадии и в репродуктивном возрасте. Гормонотерапия подразумевает проведение лечения рак эндометрия двумя этапами. На первом этапе подбирают препараты гестагена и антиэстрагена, под строгим контролем гистероскопии и биопсии эндометрия, проводимой раз в два месяца. Длительность первого этапа около года, и заканчивается при стойком положительном результате, подтвержденном эндоскопическим и морфологическим методами. Второй этап заключается в, использовании эстроген-гестагенных препаратов 1-2 поколений, восстанавливающих овуляторный цикл и функцию эндометрия. Длится второй этап около полугода и заканчивается восстановлением фертильной функции пациентки.