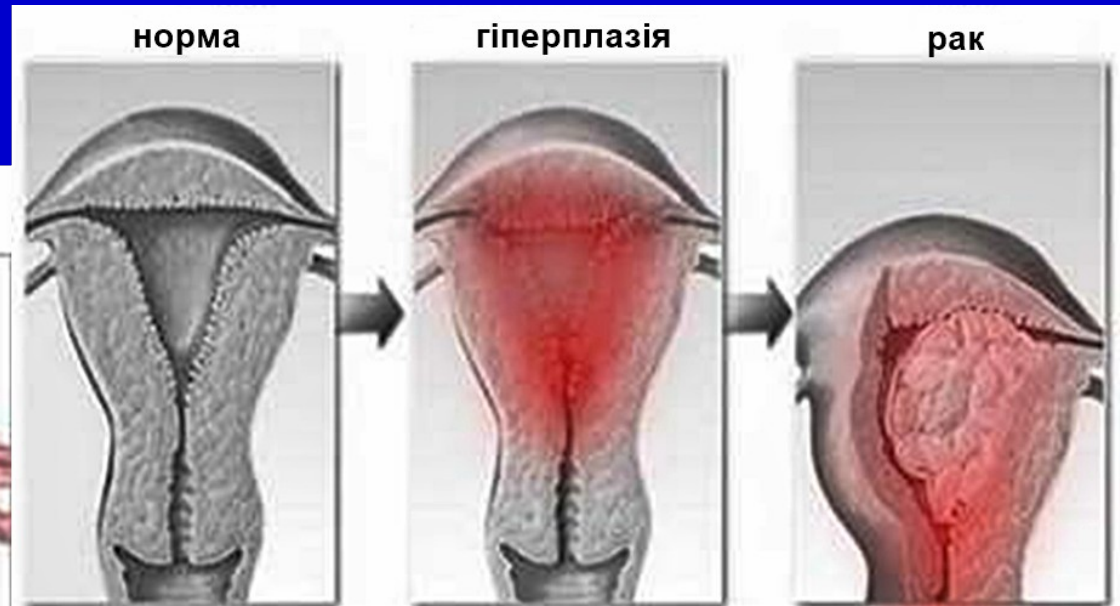
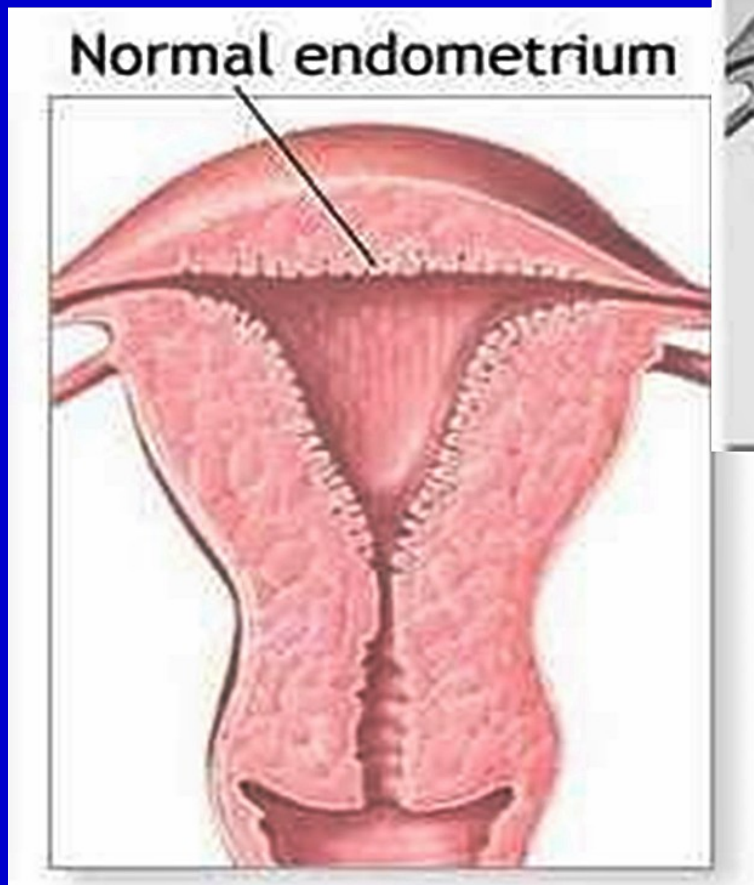


ФОНОВІ І ПЕРЕДРАКОВІ

ЗАХВОРЮВАННЯ

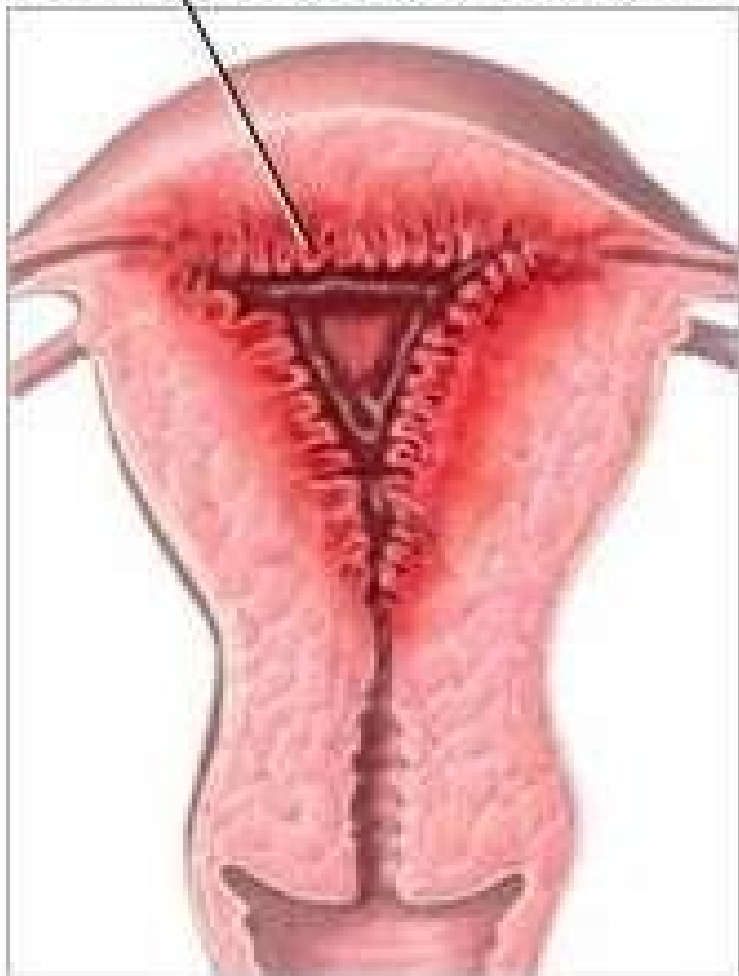
ЕНДОМЕТРІЯ

Фонові і передракові ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОМЕТРІЯ- слизової оболонки матки



ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕНДОМЕТРІЯ

Endometrial hyperplasia



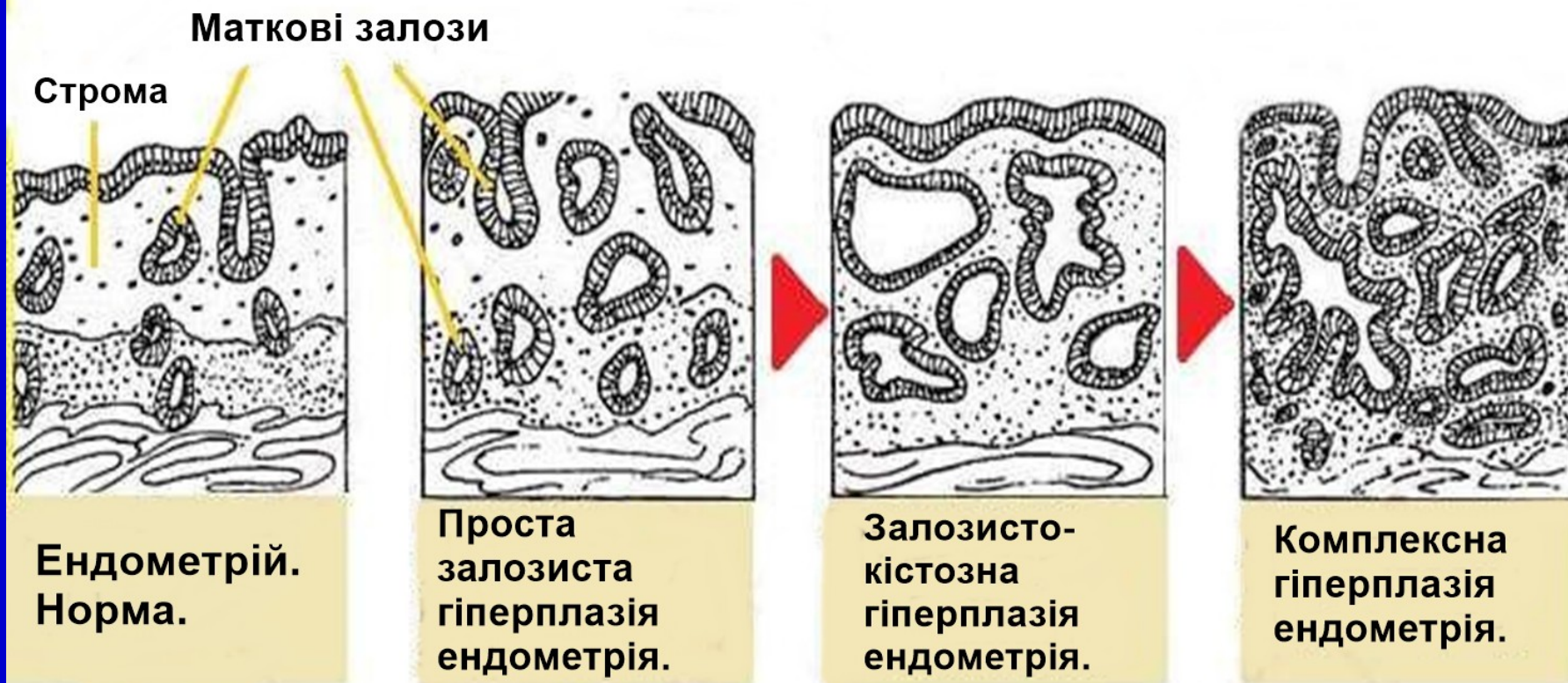
доброякісна патологія
слизової оболонки, яка
характеризується
прогресуванням
проліферації
ендометрія
як стромального, так і
залозистого
компонентів
ендометрія.

**Гіперплазія
ендометрія - результат
довготривалого
впливу надлишкового
рівня естрогенів на
ендометрій**

Класифікація гіперпластичних процесів ендометрія (ВООЗ, 2014 р.)

- Гіперплазія ендометрія без атипії (проста чи комплексна) - доброякісний (фоновий) процес.
- Гіперплазія ендометрія з атипією (проста чи комплексна) - ендометріоїдна інтраепітеліальна неоплазія (передрак).

Прогрес гіперплазії ендометрія



- На початку процес оборотний, гістологічно визначається нерізде розширення маткових залоз на фоні нормального проліферативного ендометрія, **коли співвідношення об'єму «залози – строма» істотно не змінюється.**
- Внаслідок більш довготривалого впливу естрогенів, без дії прогестерона розвивається доброякісна ендометріальна гіперплазія (активна фаза).
- З'являються фокуси ендометрія, в яких **об'єм залоз перевищує об'єм строми.**
- У подальшому за відсутності компенсаторних ефектів прогестерона збільшується кількість залоз і об'єм строми, з'являються кістозні залози, розвивається трубна метаплазія, у дрібних судинах утворюються фібринові тромби, а в суміжних ділянках відбувається руйнування строми і запалення епітелія.

Інтраепітеліальна неоплазія чи атипічена гіперплазія (EIN)

EIN -моноклональна
неінвазивна неоплазма, що фокально
розвивається із залозистих
клітин. Це передраковий процес, який
може переходити
в аденокарциному при додаткових
генетичних пошкодженнях.

**МАЄ МІСЦЕ ТКАНИННИЙ І КЛІТИННИЙ
АТИПІЗМ**

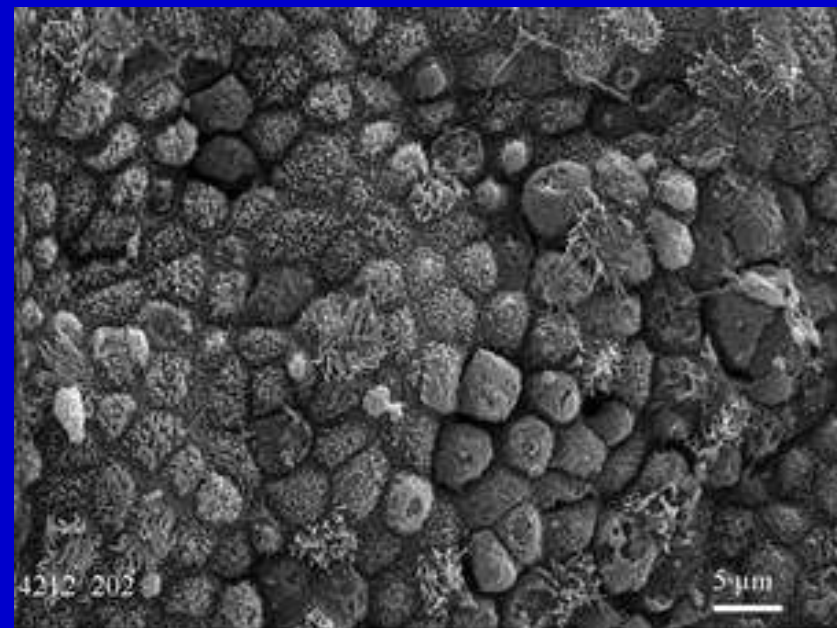
Для оцінки потенціала ендометрія по відношенню до малігнізації можливе проведення імуногістохімічного - дослідження. Зокрема, вивчення таких маркерів, як PTEN, p53, бета-катехін, Bcl-2, COX-2, p27, p21, MLH-1, -2 и -6, сурвівін, p16, Ki67, експресія естрогенових і прогестеронових рецепторів (ER-альфа, ER-бета, PR)

Нормальний ендометрій



Маткові залози

Строма

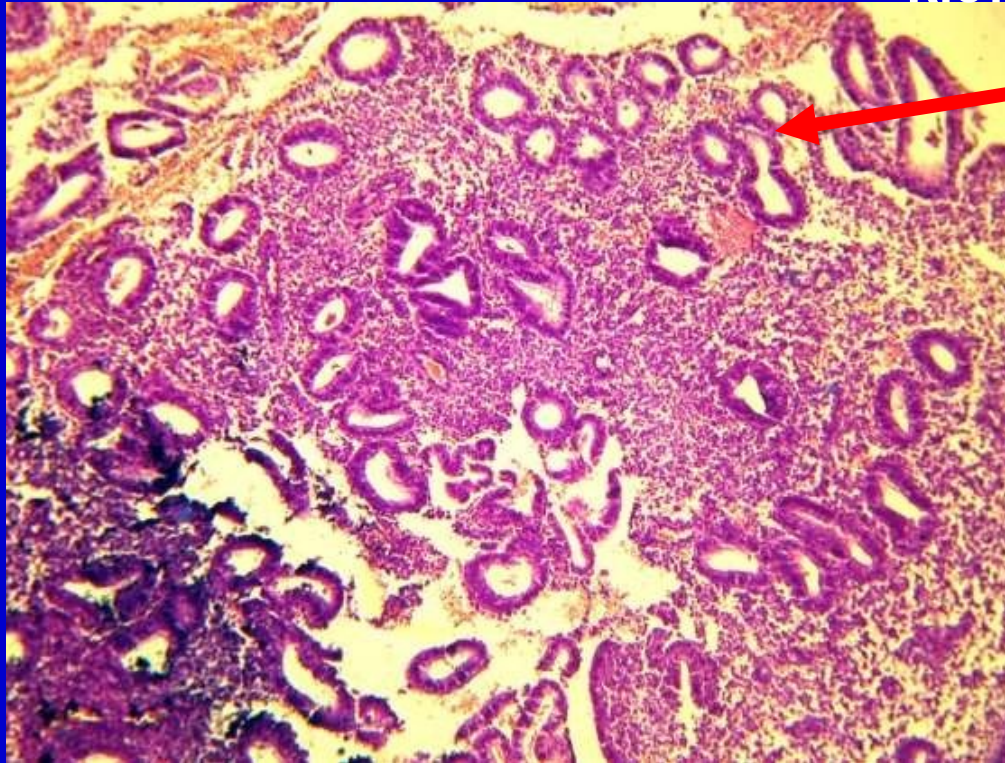


Гіперплазія ендометрія

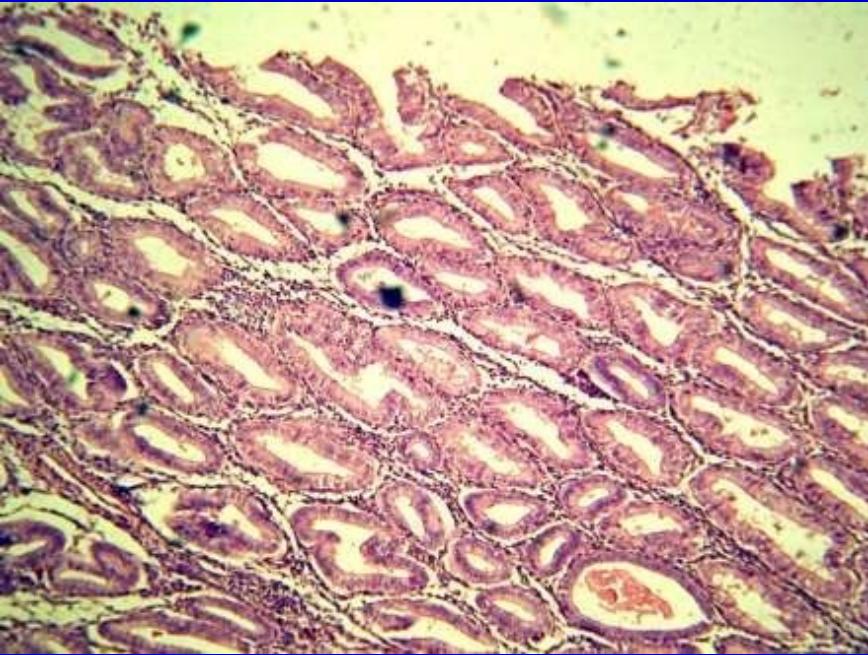
Проста ГЕ– ↑кількості залоз, але зі збереженням їх архітекτονіки, балансу між проліферацією залоз і стромі,

кровоносні судини у стромі **рівномірно розподілені**

Кістозно-розширені маткові залози



Комплексна гіперплазія ендометрія

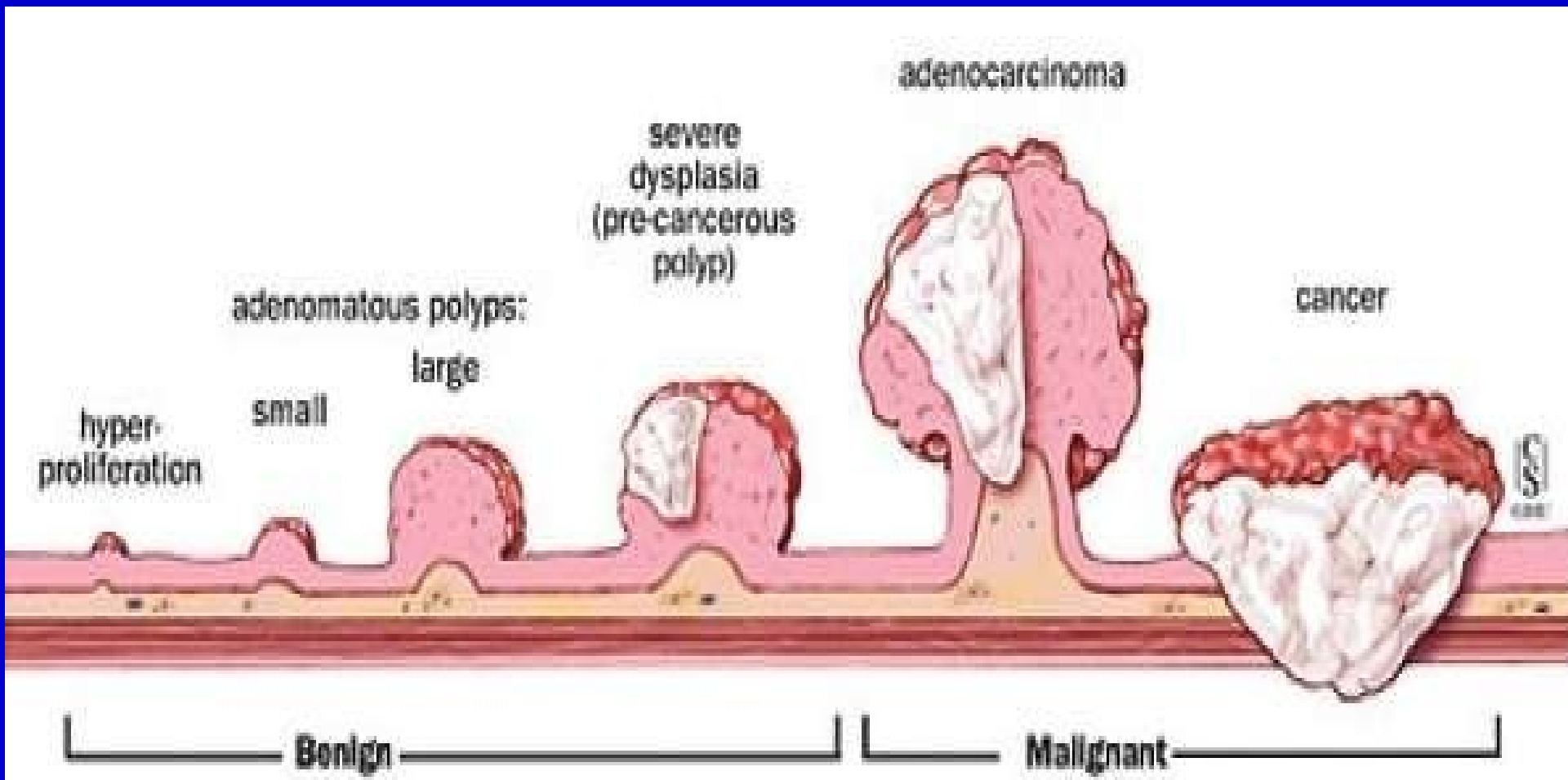


скупчення залоз,
виражена проліферація,
залози структурно неправильні,
баланс між проліферацією
залоз і строми

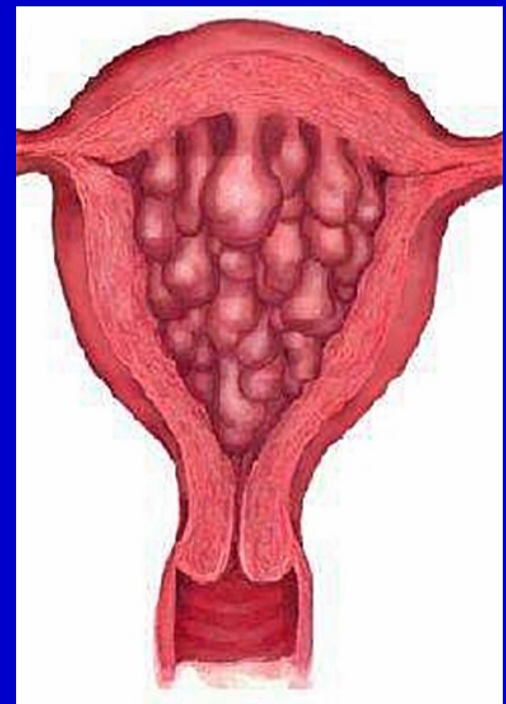
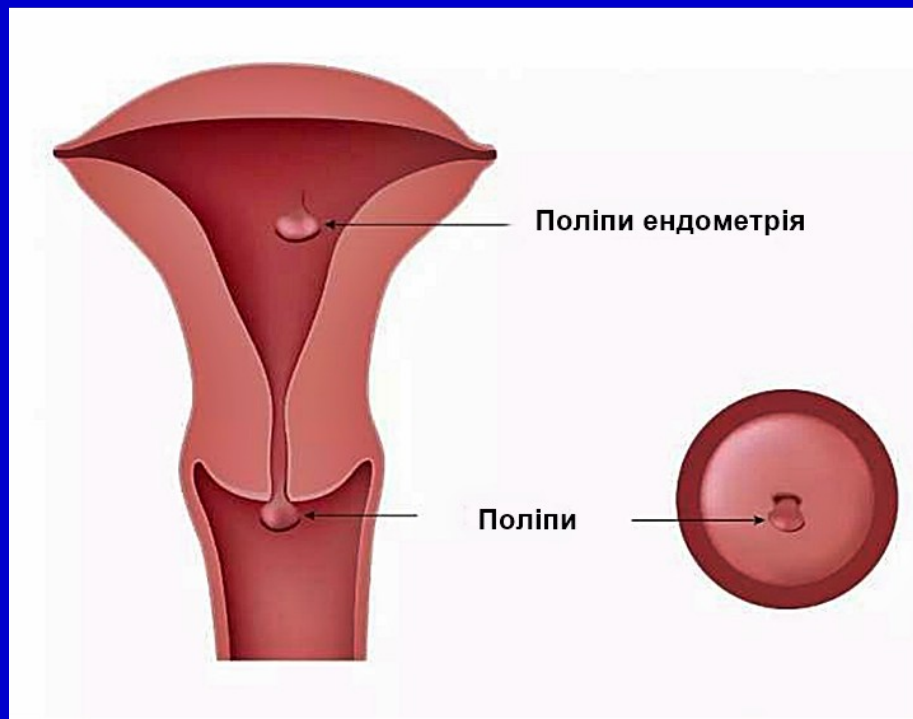
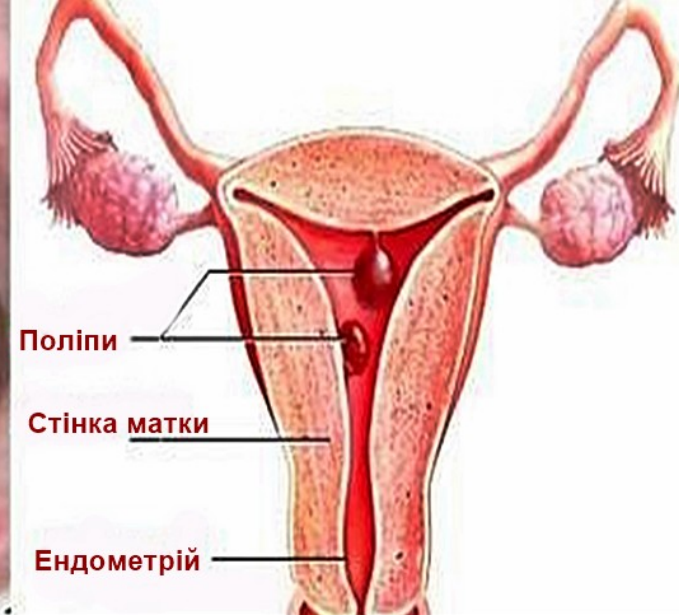
виражена проліферація
епітелію, поєднання структурної і
клітинної атипії без інвазії базальної
мембрани залозних структур.
Залози покращують регулярність,
вкрай різноманітні за формою і
розмірами. Епітелій з ознаками
клітинної атипії.



Прогресування дисгормонального процесу в ендометрії

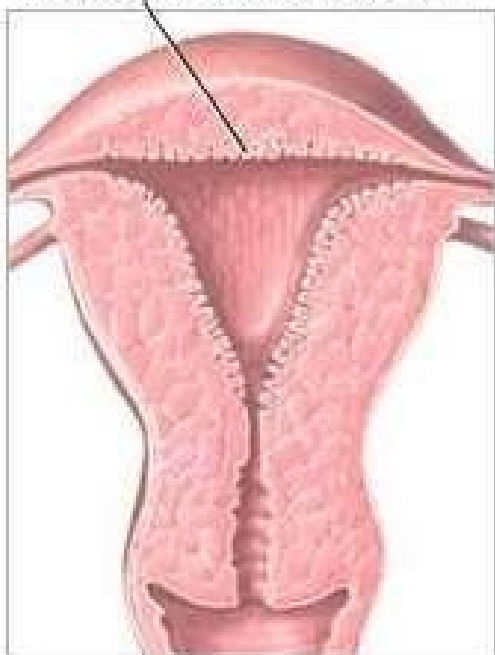


Поліпи ендометрія

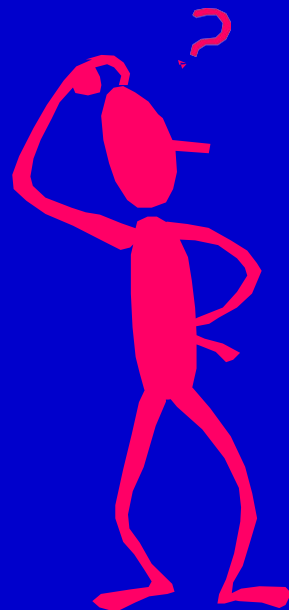


Яка провідна причина гіперплазії ендомет

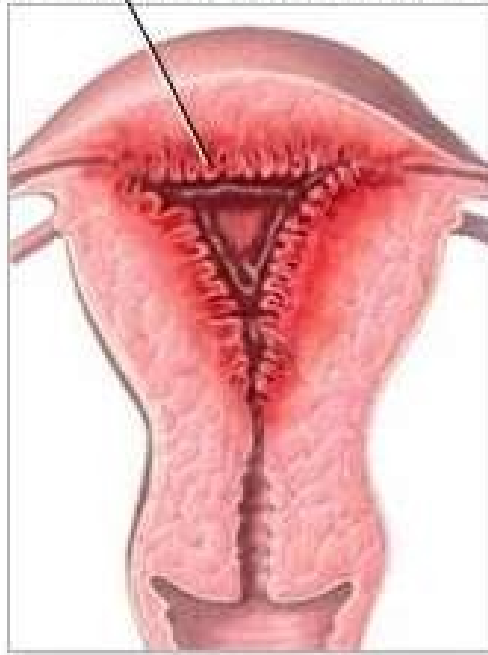
Normal endometrium



ендомет



Endometrial hyperplasia



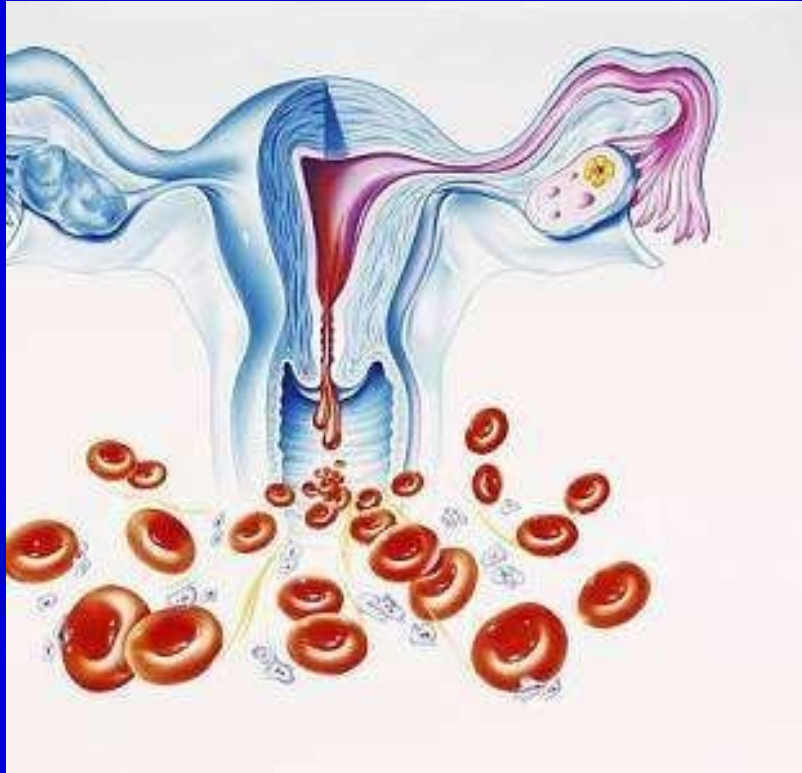
Гіперестрогенія (відносна чи абсолютна)



ФАКТОРИ РИЗИКУ ГЕ

- Ановуляторні менструальні цикли
- Метропатичні геморагії
- Ожиріння
- Полікістоз яєчників
- Фемінізуючі пухлини яєчників
- Хронічний ендометрит

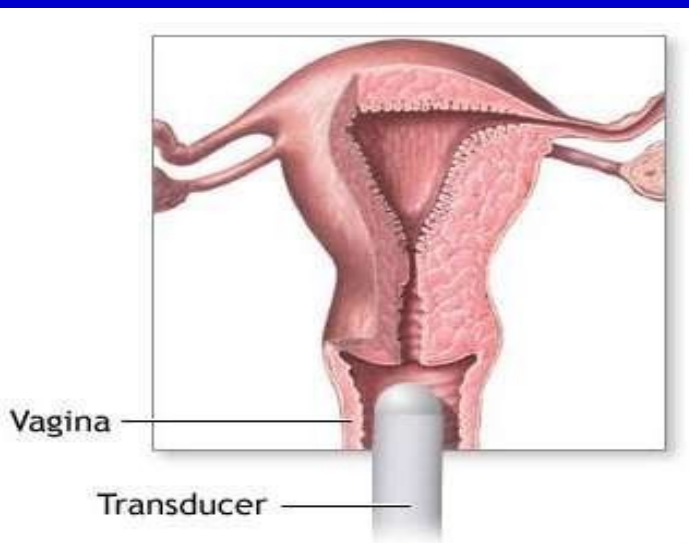
Клініка



Маткові
кровотечі по типу метро- чи
менорагії

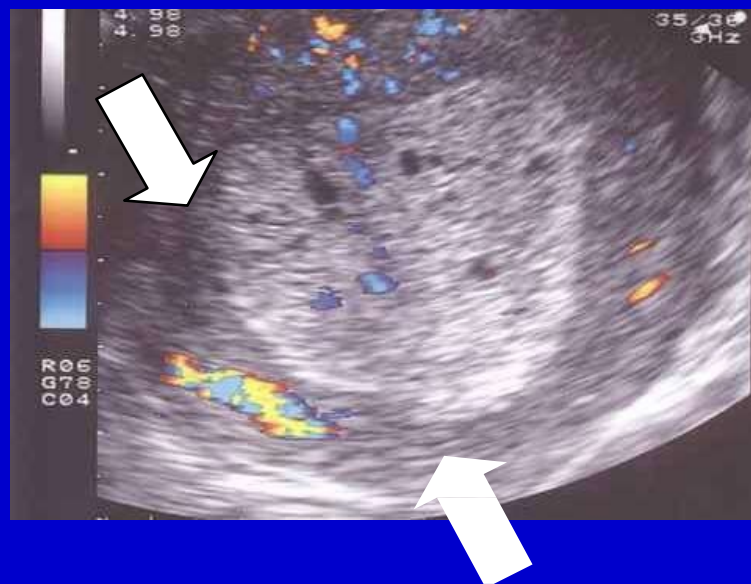
У 10-30% випадків
безсимптомний
перебіг захворювання
Клітини ендометрія
(атипові) в мазку з
цервікального каналу
у жінок, старших за 40
років поза
менструацією

Діагности



- **Анамнез:** маткові кровотечі за типом метро- чи менорагії, але в 10-30% випадків безсимптомне протікання захворювання

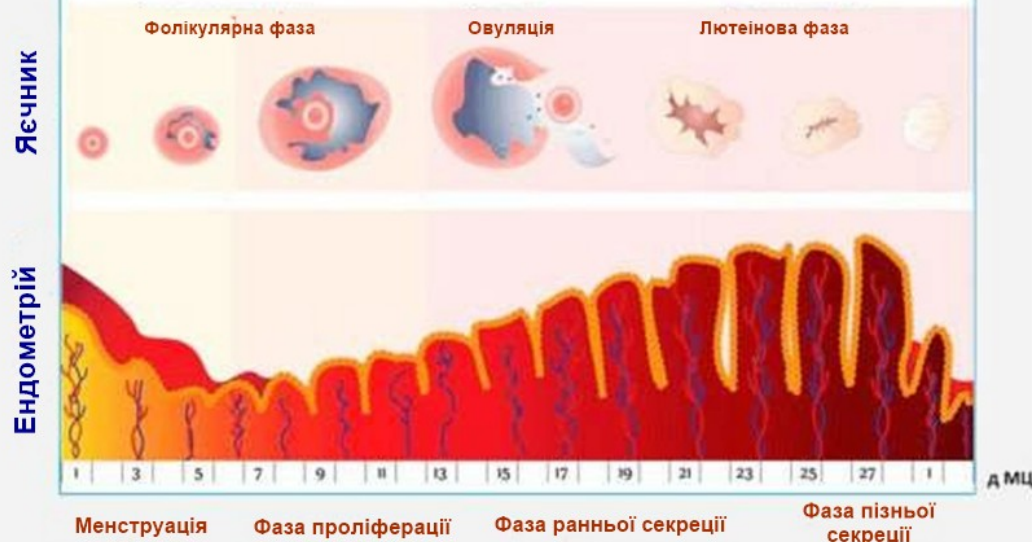
- **Ультразвукове** дослідження з використанням **трансвагінального датчика** (основний метод моніторингу стану ендометрія).



Ознаки гіперплазії при УЗД

- товщина ендометрія **більш, ніж 16 мм**- під час репродуктивного періоду і в перименопаузі.
- товщина ендометрія **більше, ніж 5 мм** – у постменопаузі.

УЗД – нормальний ендометрій

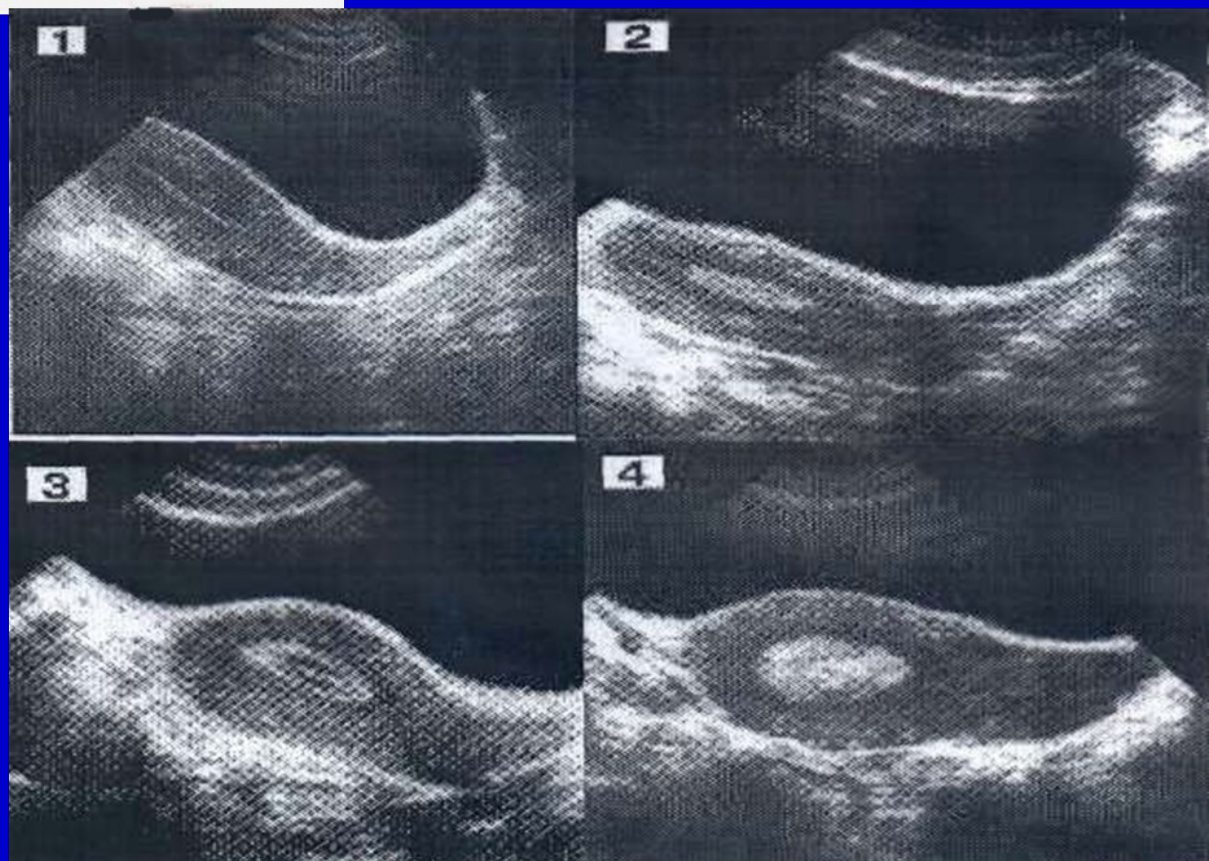


1.Рання проліферація (5- 7-й день циклу) - товщина не більше 5-7 мм.

2.Пізня проліферація (8-14-й день) - до 11 мм.

3.Рання секреція (15-18-й день) - ріст продовжується і досягає 11-12 мм.

4.Пізня секреція (21 день циклу) Ендометрій досягає максимальної товщини - 14 мм.



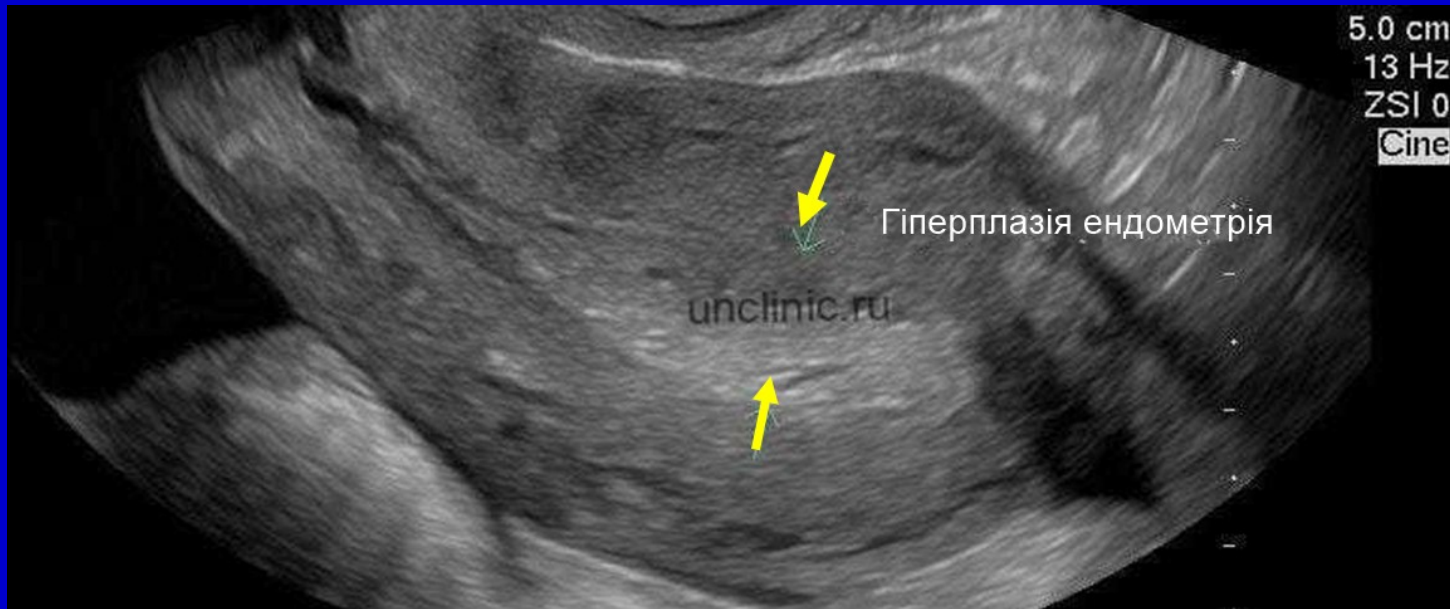
УЗД – нормальний ендометрій

У період менопаузи внутрішній прошарок матки стає тонким і крихким, а з часом і зовсім атрофується. У нормі його товщина 3-4 мм.

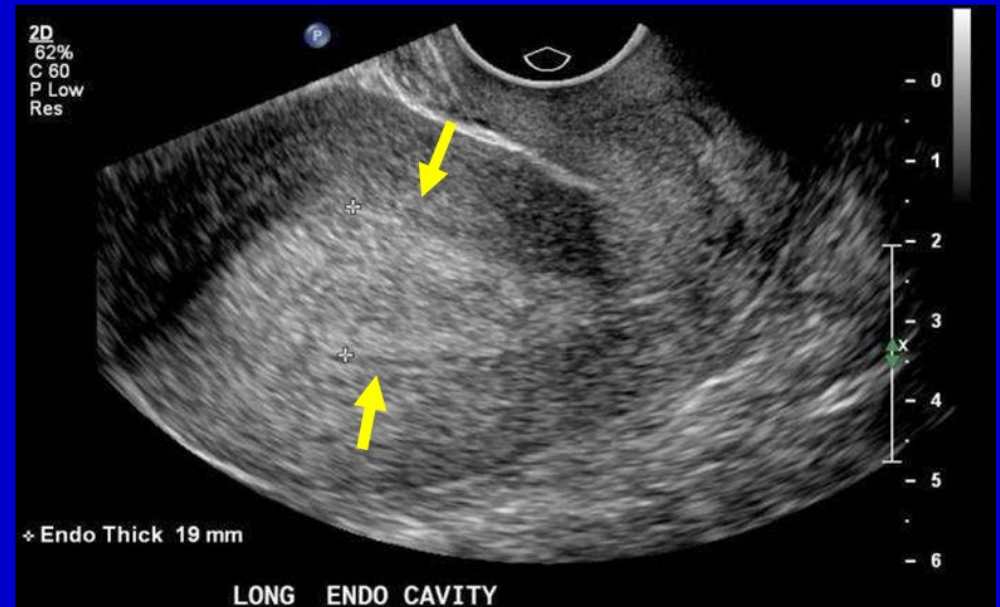
Ендометрій під час менопаузи



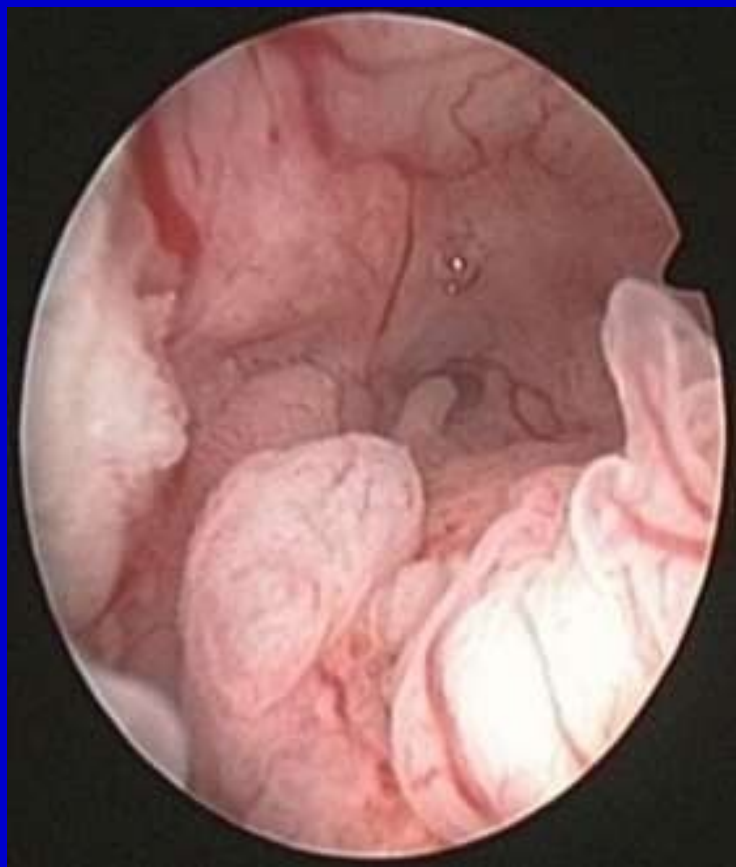
УЗД гіперплазії ендометрія



норма



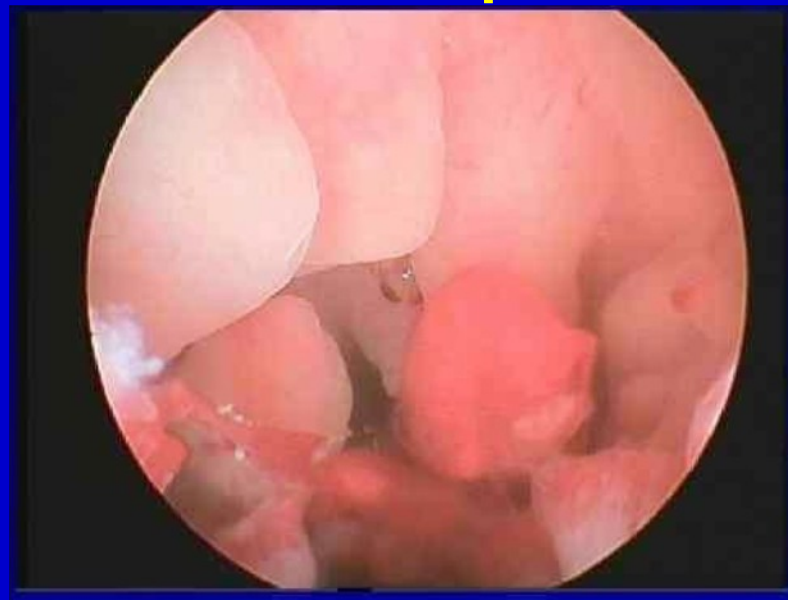
Гістероскопія



Гіперплазія
ендометрія



Поліповидна гіперплазія
ендометрія

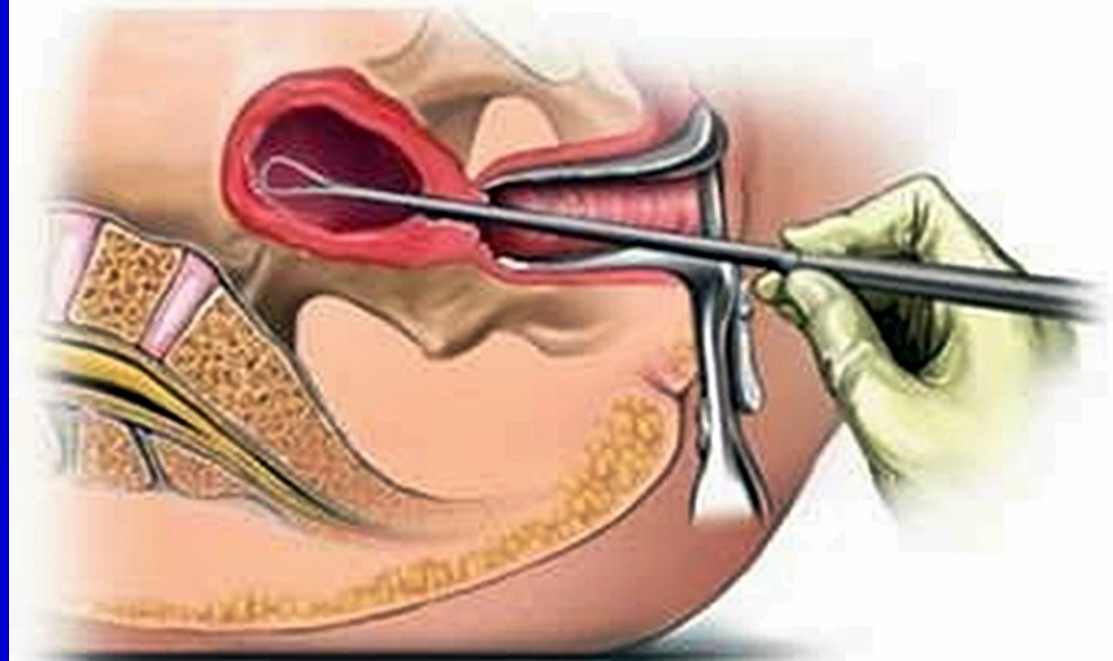


Діагностичне фракційне раздільне вишкрібання порожнини матки



Розширення каналу шийки
матки розширювачами Гегара

Кюретаж - гінекологічне вишкрібання



Лікуван ня

1-й етап

- Видалення зміненого ендометрія з наступним морфологічним дослідженням і визначенням подальшої тактики в залежності від виду патології ендометрія (функціональної категорії гіперпроліферативних процесів ендометрія)

Абляція ендометрія

лазерний промінь

світловод з камерою

передане лазером тепло
знищує ендометрій

матка

лазер

шийка матки

піхва

панель управління



АБЛАЦІЯ ЕНДОМЕТРІЯ



Петльова



Кульова



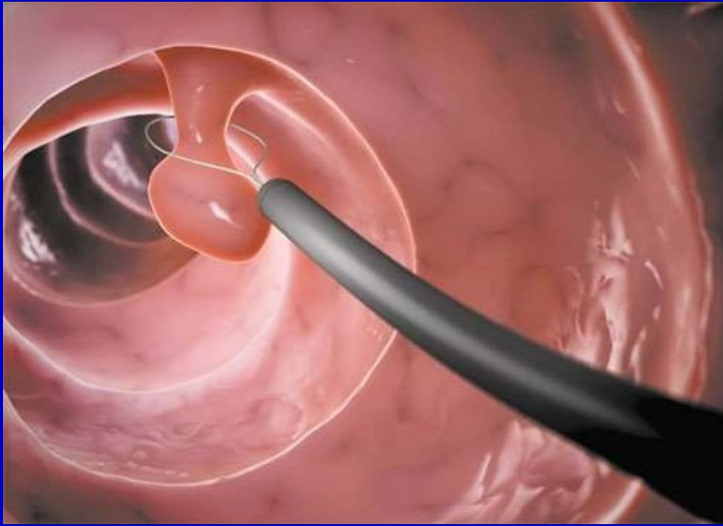
Лазерна



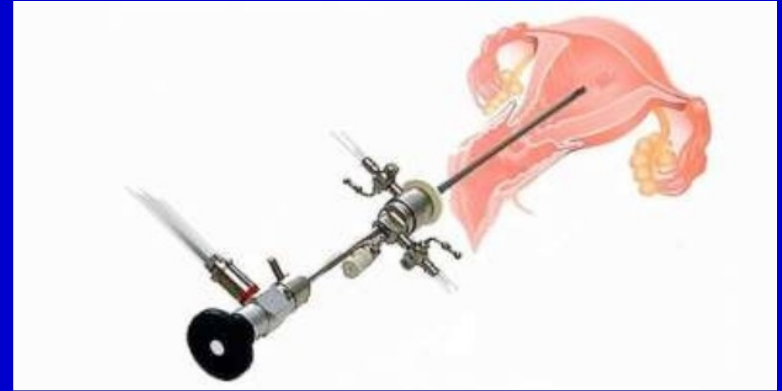
PoMiome.ru

Гістерорезектоскопі

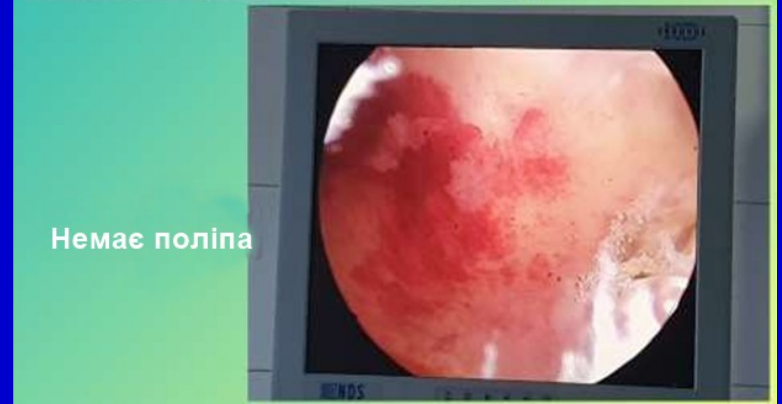
Я



Видалення поліпа
ендометрія



Був поліп



Немає поліпа



Лікування 2-й етап

- гормональна терапія, яка направлена на супресію ендометрія



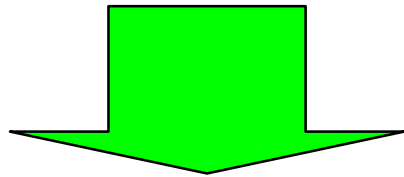
II етап лікування ГЕ без атипії

- Внутрішньоматкова система, яка містить левоноргестрел (ЛНГ-ВМС)
- Пероральні прогестини (ПП) в безперервному режимі
(медроксипрогестерон 10–20 мг/доб. чи норетистерон 10–15 мг/доб., якщо ВМС протипоказано)
- Агоністи гонадотропних релізінг-гормонів

Групи гормональних препаратів

Механізм
терапевтичного
ефекту

медикаментозний
клімакс



атрофія
ендометрія

Агоністи
ГнРГ

Золадекс

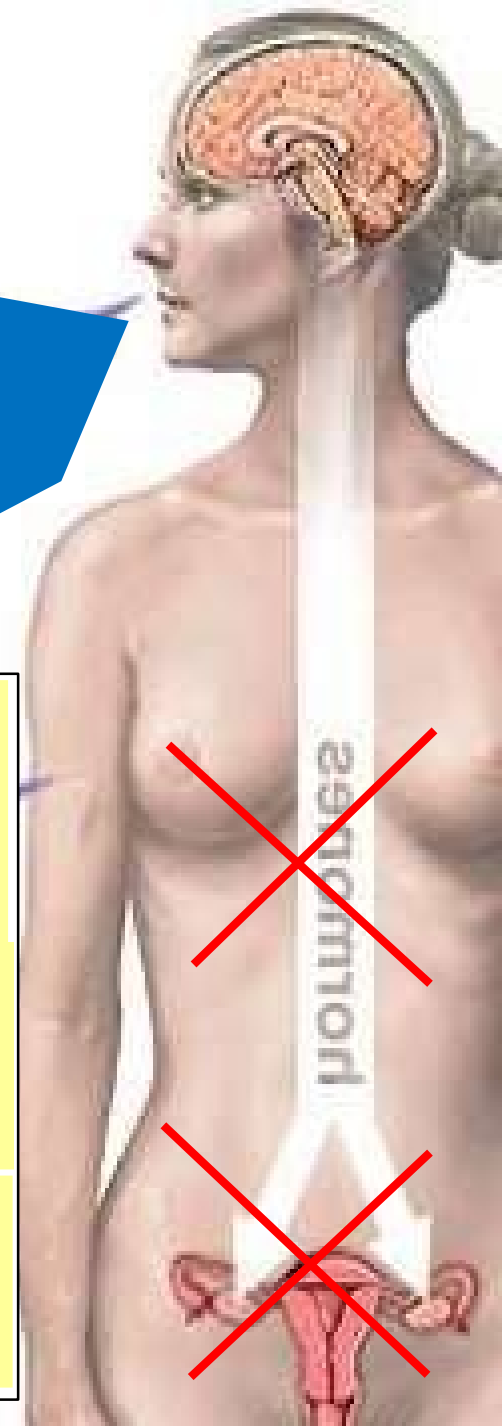
3,6 мг підшкірно 1
раз на 28 днів

Диферелін

3,75 мг в/м 1 раз
на 28 днів

Бусерелін

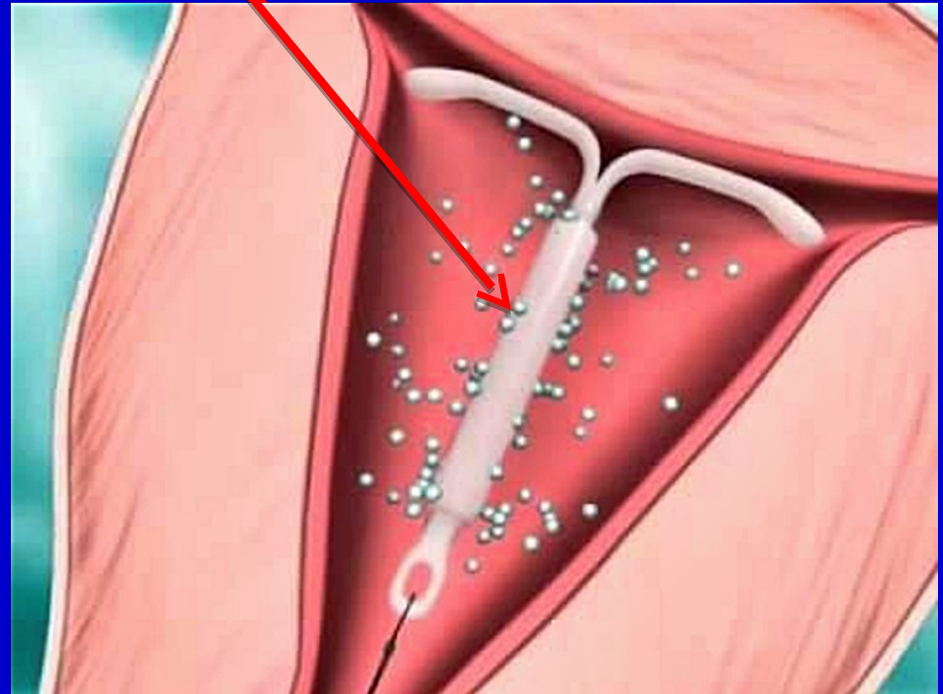
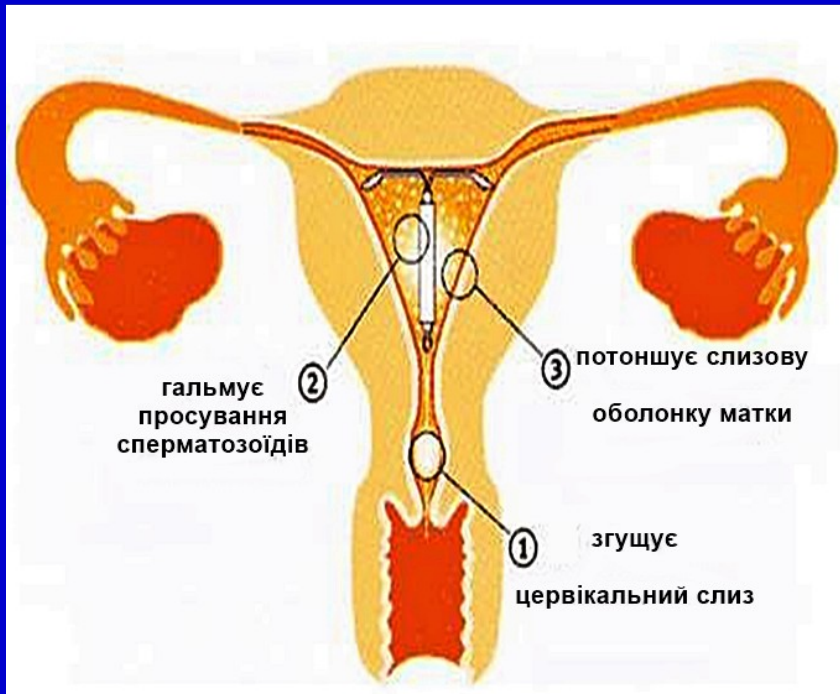
спрей назальний 900
мг на день щоденно





ВМС «МІРЕНА»

Циліндр, що містить гормони



Контроль лікування

- Оцінка стану ендометрія проводиться з інтервалом **6 місяців**. Спостереження продовжується **до отримання 2 негативних проб ендометрія**.
- **Для жінок групи ризику** по відношенню до рецидиву захворювання (наприклад, при індексі маси тіла більше, ніж 35 кг/м²), крім двох біопсій з інтервалом шість місяців, рекомендовано **щорічно** проводити дослідження біоптатів-аспіратів ендометрія.
- **Тривалість спостереження** для кожної пацієнтки визначається **індивідуально**, з урахуванням клінічної картини і факторів ризику.

Радикальне хірургічне лікування (гістеректомія)

пацієнткам, які не потребують збереження фертильності, у таких випадках:

- виявлення атипової гіперплазії в період спостереження;
- відсутність регресу на фоні гормональної терапії, яка проводиться 12 місяців;
- рецидив гіперплазії ендометрія після закінчення курсу гормональної терапії;
- маткові кровотечі, що зберігаються на фоні терапії, яка проводиться;
- відмова пацієнтки від медикаментозної терапії.

Лікування гіперплазії ендометрія з атипією (EIN)

**При EIN першою лінією терапії визнана
гістеректомія з сальпінгооваріоектомією
чи без неї.**

**Аблація ендометрія при EIN
не рекомендується**

Захворювання вульви

- Нормальна клінічна картина: мікропапіломатоз, сальні залози (плями Фордайса), почервоніння вульви.
- **1. Фонові процеси:**
 1. Гіперпластична дистрофія (без атипії); «лейкоплакія вульви».
 2. Склеротичний ліхен (атрофічна дистрофія) «крауроз».
 3. Змішана дистрофія (без атипії).
 4. Кондиломи, невус.

Захворювання вульви

- **2. Передракові процеси**
- Дисплазія (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, VIN слабка, помірна, важка).
- **3. Преінвазивний рак.**
- **4. Мікроінвазивний рак** (інвазія до 5 мм).
- **5. Хвороба Педжета вульви** (пре- й інвазивна форми).
- **6. Інвазивний рак** (плоскоклітинний ороговілий), базальноклітинний, низькодиференційований.
- **7. Неепітеліальні злоякісні пухлини** (меланома, саркома).

Скарги

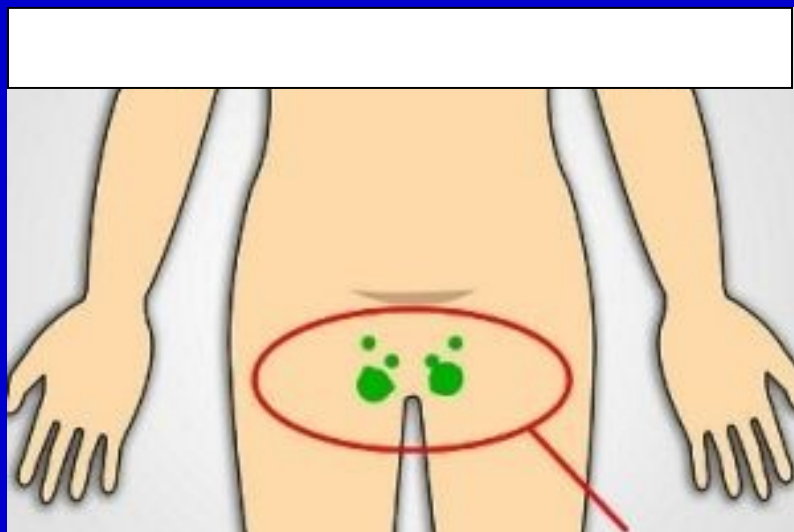
- ❑ Свербіж, печіння, подразнення (на ранніх стадіях процесу).
- ❑ Болі, наявність виразки, кров'янисті, гнійні виділення (на пізніших стадіях).

Діагностика

- ❑ Гінекологічний огляд.
- ❑ Вульвоскопія і розширена вульвоскопія.
- ❑ Цитологічна і морфологічна верифікація діагнозу.
- ❑ Бактеріоскопічне і бактеріологічне обстеження.
- ❑ УЗД, КТ, МРТ, цитоскопія, ректоскопія, ізотропне обстеження.
- ❑ HPV, цитокератин 7, PEA, HCG, SCC, уроплакін III.
- ❑ Хромосоми 4p13-pter, 3p, 5q, 6q, 14q, 17q, 20q.

Обстеження лімфовузлів

Регіонарними для раку вульви
вважаються лімфовузли
пахової та стегнової областей



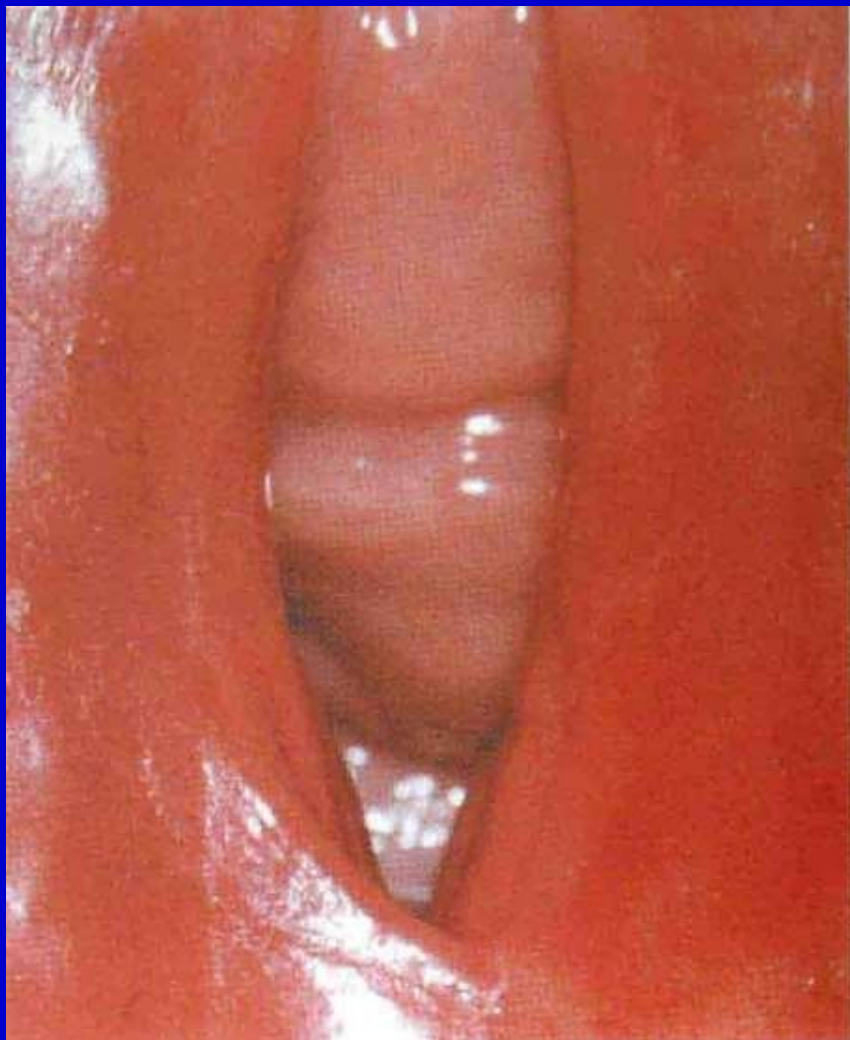
(UICC , 2002)

Лейкоплакія вульви (гіперпластичний)



**Дисплазія
вувльви – груба
лейкоплакія
(хвороба Бовена)**

Дистрофія вульви по типу атрофії



Дистрофія вульви: склерозуючий і атрофічний лишай



Кондиломи-папіломи



Кондилома промежини



Папілома

РАК ВУЛЬВИ



Принципи лікування захворювань вульви

Уточнити гістоморфологію вульви

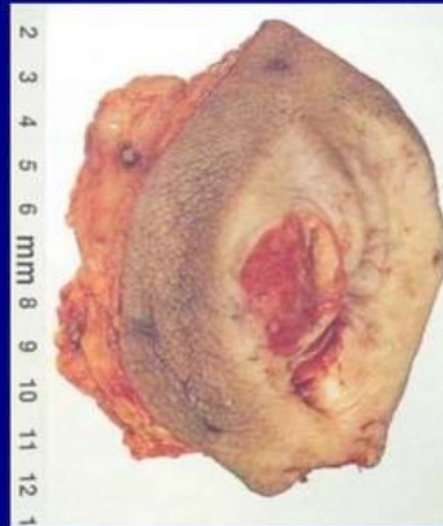
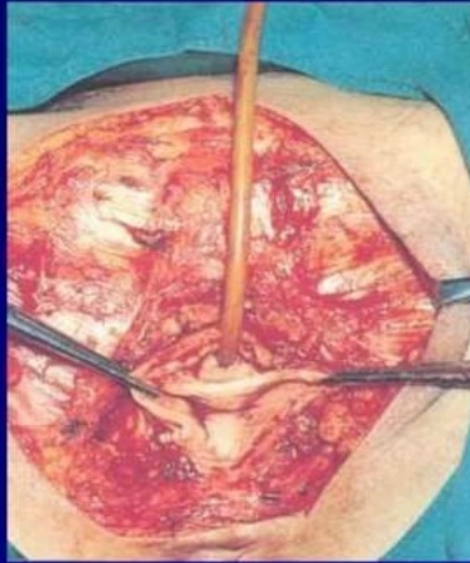
- Оцінка гормонального, імунного і метаболічного гомеостазів.
- Усунення пошкоджувальних факторів.
- Адекватна гігієна вульви.

• Вчасно - хірургічні методи лікування

- Фармакотерапія: базовий догляд за шкірою

вульви, АБ\АС, якщо свербіж, антигістамінні засоби, слабкі кортикостероїди, психотерапія

Вульвектомія при раку вульви



Профілактика раку жіночих статевих органів

- **Первична профілактика:** вакцинація проти ВПЛ-інфекції, визначення факторів ризику розповсюдження інфекцій і їх ліквідація; відмова від паління та інших шкідливих звичок, пропаганда бар'єрної контрацепції.
- **Вторинна профілактика:** рання діагностика фонових і передракових захворювань – скринінг відповідно до клінічних протоколів.
- **Третинна профілактика:** адекватне своєчасне лікування виявленої передпухлинної патології з контролем ефективності проведеної терапії.
-



РАКУ

у жінок —

НІ!