

Кровотечения в постменопаузе

Профессор кафедры Акушерства и Гинекологии

Качалина Т.С.

Н.Новгород 2019

Любые кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе-тревожный симптом, требующий тщательного обследования.

Частота маточных кровотечений в постменопаузе зависит от ее продолжительности. В течение 12 месяцев постменопаузы она составляет 35-40% по сравнению с 4 % среди женщин с длительностью менопаузы более 3 лет.(1)

1.Astryk K., Olivarius Nø de F.Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. Acta obstet Gynecol Scand. 2004; 83: 203-207

Причины кровотечений из половых путей в постменопаузе.

- Атрофия эндометрия в 59-80% (наступает обычно через 10 лет постменопаузы).
- Атрофический вагинит в 15-30%
- Заместительная гормональная терапия в 15-20 %
- Полипы эндометрия в 10-12 %
- Гиперплазия эндометрия без атипии в 4-6 %
- Гиперплазия эндометрия с атипией в 1-5 %
- Рак эндометрия. Чем старше больная, тем вероятность того, что кровотечение обусловлено раком эндометрия выше. В возрасте 50 лет она составляет 9 %, 60 лет- 16%, 70 лет- 28%, 80 лет и старше – 60%.(1)
- Рак шейки матки (пик заболеваемости приходится на 60-64 года).
- Эстроген-продуцирующие опухоли яичников в 0,5%

Редкие причины кровотечений из половых путей в постменопаузе.

- Саркома матки
- Рак маточной трубы
- Рак влагалища (пик заболеваний приходится на 60-70 лет)

Миома матки причиной кровотечения в постменопаузе не бывает! (1)

Алгоритм обследования пациенток в постменопаузе с кровотечением из половых путей

- Гинекологическое обследование. Позволяет обнаружить органические изменения вульвы, влагалища, шейки матки. Для уточнения характера изменений производится вульво-, вагино- либо кольпоскопия и решается вопрос о биопсии.
- Взятие мазка с шейки матки для онкоцитологического обследования.
- УЗИ гениталий влагалищным датчиком и Ц.Д.К. позволяет диагностировать опухоль матки (саркому), опухоль яичника, объемное образование маточной трубы, выявить гиперпластический процесс эндометрия.

Пороговые значения толщины эндометрия:

Продолжительность постменопаузы до 10 лет 4-5 мм;

Продолжительность постменопаузы от 10-15 лет 3- 4 мм;

Продолжительность постменопаузы свыше 15 лет 1-2 мм;(1)

Алгоритм обследования пациенток в постменопаузе с кровотечением из половых путей

- **Гистероскопия** с отдельным выскабливанием полости матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием соскобов.

Пайпель-биопсия и цуг эндометрия при маточном кровотечении в постменопаузе **не адекватны**.

Необходим **тотальный соскоб** слизистой матки, что является не только диагностическим, но и лечебным мероприятием.(1)

1. **NB!** При наличии маточного кровотечения в постменопаузе ГС с отдельным выскабливанием полости матки и цервикального канала необходимо производить и **при нормальной толщине эндометрия**.

Не так уж редко бывает, когда РЭ, особенно прогностически неблагоприятных гистологических типов, выявляют при толщине эндометрия менее 5 мм.(2)

1. Кондриков Н.И. Патология матки. Руководство для врачей. М. Практическая медицина; 2019: 352 с
2. Клиническая онкогинекология . М.2016: 421 с

Профилактика воспалительных осложнений после внутриматочных манипуляций- 6 ежедневных вагинальных введений комбинированного препарата Полижинакс до планируемого вмешательства

> РАЗНООБРАЗИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

инфекционного вагинита выводят на первый план антибактериальные препараты широкого спектра действия

> ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ПОЛИЖИНАКС (91%)

согласуются с данными предыдущих клинических исследований (92-98%)

> КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОК

(приверженность лечению Полижинакс) – 97%

Полижинакс способствует уничтожению

микробной биопленки и ее замещению биопленкой лактобактерий

Элиминация патогенов

дает возможность лактобактериям занять эпителий влагалища и получить доступ к гликогену

Значительное снижение рН влагалищной среды

подготавливает вагинальный эпителий к заселению лактобактериями - в кислой среде происходит их стремительное распространение

Защитная биопленка лактобактерий

естественный барьер против патогенов, которые атакуют поверхность слизистой

ПРОИСХОДИТ ОПОСРЕДОВАННОЕ ВЛИЯНИЕ ПОЛИЖИНАКС НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВОГО БАЛАНСА ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ

Полижинакс способствует

созданию условий для роста собственной лактофлоры, восстанавливая кислую среду во влагалище¹



на **38%** увеличивается количество лактобацилл после **12-дневного курса лечения**

1. В.Е. Радзинский, И.М. Ордынец, О.С. Побединская, Е.В. Зыков. Опыт применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой. Российский вестник акушера-гинеколога. 2016(1): 84-88.

Алгоритм обследования пациенток в постменопаузе с кровотечением из половых путей

2. NB! Если в результате комплексного обследования у пациентки в постменопаузе не установлена причина маточного кровотечения, следует заподозрить рак маточной трубы.

Диагностика рака маточной трубы:

- Цитологическое исследование аспирата из полости матки
- МРТ гениталий
- Диагностическая лапароскопия

Алгоритм обследования пациенток в постменопаузе с кровотечением из половых путей.

NB 3. Диагноз атрофического вагинита как причины кровотечения в постменопаузе ставят только после исключения всех других причин кровотечения из половых путей в этой возрастной группе.

Лечебная тактика при опухолях гениталий, явившихся причиной кровотечения из половых путей в постменопаузе:

- При РЭ выбор метода лечения зависит от стадии заболевания и степени дифференцировки опухоли.
- При эстрогенпродуцирующих опухолях яичников- гистерэктомия с придатками. (В случаях ГКО- с экстирпацией большого сальника)
- При раке маточной трубы - гистерэктомия с придатками с экстирпацией большого сальника.

Лечебная тактика при атрофическом эндометрите и атрофическом вагините

- При кровотечении на фоне атрофического эндометрита патогенетически обоснован короткий курс микродозированными препаратами МГТ.
- При атрофическом вагините показаны вагинальные формы эстрогенсодержащих препаратов.

Гиперпластические процессы эндометрия

ГПЭ- мультифакторное заболевание, в формировании которого вовлечены процессы гормон-зависимой, гормон-независимой пролиферации клеток эндометрия, хронического воспаления, а также генетические и эпигенетические механизмы.(1)

1. Пономаренко И.В. И др. Гиперпластические процессы эндометрия: этиопатогенез, факторы риска, полиморфизм генов-кандидатов. Акуш. и гин. 2019; 1: 13-18

Гиперпластические процессы эндометрия



Полипы
эндометрия



Гиперплазии
эндометрия

По классификации ВОЗ от 2014 года выделяют доброкачественную гиперплазию эндометрия – ГЭ и атипичную гиперплазию эндометрия – АГЭ (синоним эндометриальная интраэпителиальная неоплазия – EIN (1))

EIN рассматривается как клональный предшественник РЭ с прогрессией в РЭ до 29 %. (2)

1. - Андреева Ю.Ю., Франк Г.А. Опухоли тела и шейки матки. М.- 2015: с 302

2. - Sobczuk K., Sobczuk A., New classification system of endometrial hyperplasia WHO 2014 and its clinical implications. Prz Menopauzalny. 2017 Sep; 16(3): 107-111. doi: 10.5114/pm.2017.70589 стр 7

Гиперпластические процессы эндометрия

ГПЭ занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости.

Это чрезвычайно сложная и многогранная проблема практической гинекологии.

ГПЭ рассматриваются как факторы риска РЭ, частота которого имеет тенденцию к омоложению (1,2)

В РФ прирост рака эндометрия за последние 20 лет составил 65% и стабильно занял 2 место после рака молочной железы среди онкозаболеваний женской репродуктивной системы. (3)

1. Савельева Г.М. и др. Гиперпластические процессы эндометрия в пре- и постменопаузе. Методы терапии. Онкогинекология; 2012; 1:43-46

2. Чернуха Г.Е. и др. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды. Акуш. и гин; 2018; 8:129-133

3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г., Издательская группа РОНЦ. Москва 2014. 226. стр 8.

Структура гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе

В постменопаузе общая частота патологии эндометрия составляет **60-70%**. (1)

Согласно ретроспективного анализа 4059 результатов гистологических исследований (Чернуха Г.Е., 2018(2)) на долю полипов эндометрия (ПЭ) приходится **77,7%**, на гиперплазию эндометрия (ГЭ) без атипии – **4,8%**, с атипией – **0,6%**.

Частота рака эндометрия (РЭ)- **9,3%** (в 6,6 раза выше, чем в возрасте 46-55 лет).

1.- Бреусенко В.Г. и др. Эффективность микроволновой аблации эндометрия у пациенток с гиперпластическими процессами в постменопаузе. Российский вестник акушера-гинеколога; 2018; 18(3): 62-66.

2.-Чернуха Г.Е и др. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды. Акуш. и гин.; 2018; 8:129-133

Структура гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе

По наблюдениям Стрижакова А.Н.(2014)(1), в постменопаузе наиболее часто встречаются железисто-фиброзные полипы эндометрия (91,9%), фиброзные полипы – в 3,2 %, железистые полипы эндометрия – в 4,8%, гиперплазия эндометрия без атипии- в 3,2% случаев.

По мнению Н.И.Кондрикова (2019)(2) **железисто-фиброзный полип эндометрия** (очаговая гиперплазия базального слоя эндометрия в постменопаузе) **в основе имеет хронический воспалительный процесс в атрофическом эндометрии**, а развитие ГЭ в постменопаузе связано в основном с периферической конверсией андрогенов в эстрон в жировой ткани.

1. - Стрижаков А.Н. и др. Дифференцированный подход к диагностике и тактике ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в постменопаузе. Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии; 2014; 13 (1) :5-14

2. - Кондриков Н.И. Патология матки. Руководство для врачей. М. Практическая медицина; 2019: 352 с

Основной метод диагностики гиперпластического процесса эндометрия – гистологическое исследование тотального соскоба эндометрия и соскоба цервикального канала.

Важной клинической особенностью ГПЭ является их способность к рецидивированию.

О рецидиве ГПЭ правомочно говорить при возникновении патологии эндометрия только после адекватного лечения, т.е. после удаления патологического очага из полости матки под контролем гистероскопа и курса гормонотерапии.

Однако, частота отказов от гормонотерапии из-за противопоказаний, побочных эффектов и осложнений составляет 30 %- возможности гормонотерапии в постменопаузе ограничены.(1)

Усилия ученых в настоящее время направлены на поиск предикторов рецидивирования ГПЭ и убедительных прогностических факторов перехода доброкачественных ГПЭ в РЭ.

1. Бреусенко В.Г. Лечение гиперпластических процессов эндометрия в период постменопаузы. Акуш. и гин.; 2008; 8:19-23.

Прогноз злокачественной трансформации гиперпластических процессов эндометрия

Одна из попыток спрогнозировать течение ПЭ в постменопаузе предпринята профессором Стрижаковым А.Н. с соавт. (2014)(1), которые по комплексу маркеров ИФР- системы и факторов апоптоза с использованием специальной компьютерной обработки данных (так называемый регрессионно-факторный анализ) разработали индивидуальный высокоточный прогноз при ПЭ и выделили **группу риска по развитию рака эндометрия**.

Это особенно важно для пациенток в постменопаузе с сопутствующей экстрагенитальной патологией, для которых анестезиологическое пособие и операция представляют **высокий риск для жизни!!!**

1. - Стрижаков А.Н. и др. Дифференцированный подход к диагностике и тактике ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в постменопаузе. Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии; 2014; 13 (1) :5-14

Прогноз злокачественной трансформации гиперпластических процессов эндометрия

Исследования последних лет показали, что лежащие в основе злокачественного перерождения клеток и развития опухоли высокая активность факторов роста, цитокинов, циклооксигеназы, простагландинов и дисбаланс процессов пролиферации и апоптоза(1), как правило, детерминированы различными генными мутациями(2).

Доказано, что на основании статистической модели, включающей уровень экспрессии 5 генов(PTEN, PGR, NDRG1, CJS2, SCUBE2) возможно с высокой степенью достоверности выделить группу пациенток с повышенным онкологическим риском ГПЭ, которые заслуживают **персонализированного подхода** в отношении диагностического мониторинга и выбора метода лечения(3).

(1)Лысенко О.В. Фактор роста эндотелия сосудов при гиперпластических процессах, полипах, раке эндометрия в различные возрастные периоды. Проблемы репродукции. 2014; 20(4):15-20.

(2)[Friedländer MR.](#), [Lizano E.](#), [Houben A.J.](#), [Bezdan D](#) [Báñez-Coronel M.](#), [Kudla G.](#), [Mateu-Huertas E.](#), [B. Kagerbauer](#), [J. González](#), [K. C. Chen](#), [E.M LeProust](#), [E. Martí](#) , [X. Estivill](#). Evidence for the biogenesis of more than 1,000 novel human microRNAs //genome Biol. -2014- Vol 15, № 4. –P. R57. – PMID 24708865 Стр 12.

(3)Думановская М.Р., Чернуха Г.Е., О.В. Бурменская, Донников А.Е., Трофимов Д.Ю. Вероятность неопластической трансформации при различных типах гиперплазии эндометрия. Акушерство и гинекология. 2013; 8:56-62.27 Стр 12.

Лечение гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе.

Лечение полипов эндометрия.

Резектоскопия полипа эндометрия + выскабливание полостей матки и цервикального канала.

В.Г. Бреусенко после полипэктомии рекомендует терапию прогестагенами (эффективность данного подхода – 96 %, при рецидивах – несколько ниже – до 83%). Это связано с высокой концентрацией РЭ и РП в ткани полипов эндометрия.

При рецидивах ПЭ в 100% эффективна электрохирургическая тотальная, баллонная, лазерная, микроволновая абляция эндометрия. (1,2)

1.Бреусенко В.Г. и др. Лечение гиперпластических процессов эндометрия в период постменопаузы. Акуш. и гин.; 2008; 4:19-23.

2.Бреусенко В.Г. и др. Эффективность микроволновой абляции эндометрия у пациенток с гиперпластическими процессами в постменопаузе. Российский вестник акушера-гинеколога; 2018; 18(3): 62-66.

Лечение гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе.

Лечение доброкачественной гиперплазии эндометрия.

Реабилитирующая терапия (при отсутствии противопоказаний) таблетированными препаратами норстероидов (производные норметилтестостерона) по 10 мг ежедневно в непрерывном режиме 6 мес. Эффективность данной тактики не слишком велика-57%. (1)

В стадии изучения находится вопрос о долгосрочном использовании ЛНГ-ВМС в постменопаузе, поскольку это средство эффективно. (2)

1. Бреусенко В.Г. и др. Лечение гиперпластических процессов эндометрия в период постменопаузы. Акуш. и гин.; 2008; 4:19-23.

2. Зайдиева Я.З. Влияние прогестерона, прогестинов и менопаузальной гормональной терапии на эндометрий в пери- и постменопаузе. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2019;19(2):57-62.

Лечение гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе.

При рецидиве доброкачественной гиперплазии эндометрия.

- - абляция эндометрия. Бреусенко (2018 г.) представила прекрасные результаты микроволновой абляции эндометрия у пациенток в постменопаузе с экстрагенитальной патологией в стадии декомпенсации. При данном методе имеет место равномерная обработка стенок полости матки, в том числе трудно доступных участков-устьев маточных труб (установлено при ГС после абляции эндометрия) (1).
- Фотодинамическая терапия (в том числе и у пациенток с тяжелой сопутствующей экстрагенитальной патологией) эффект которой обусловлен не только селективной деструкцией пролиферирующих клеток, но и фотоактивацией иммунной системы, в частности IgG –зависимых механизмов защиты организма, супрессия которых имеет место при ГПЭ (2)

- 1.Бреусенко В.Г. и др. Эффективность микроволновой абляции эндометрия у пациенток с гиперпластическими процессами в постменопаузе. Российский вестник акушера-гинеколога; 2018; 18(3): 62-66.
- 2.Серебренникова К.Г. и др. Эффективность фотодинамической терапии при лечении гиперпластических процессов в эндометрии у пациенток старшего возраста. Российский вестник акушера-гинеколога; 2018; 18(4): 68-74.

Лечение гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе.

Хирургическое лечение при отсутствии эффекта от аблации эндометрия (по данным Бреусенко В.Г.-2008 г., в 42 % случаев выявлены эстроген-продуцирующие опухоли яичников, в 39% - текоматоз и очаговая гиперплазия стромы яичников).

Предпочтение следует отдавать лапароскопической или влагалищной гистерэктомии, которые абсолютно эффективны в отношении окончательного решения вопроса о патологии эндометрия- это основное преимущество перед двухсторонней аднексэктомией в постменопаузе.

При гиперплазии эндометрия с атипией показана гистерэктомия с придатками.

Пациентка В., 70 лет обратилась с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей на фоне постменопаузы 23 года. Данные жалобы беспокоят с 23.09.19. Из анамнеза известно, что гинеколога не посещала длительное время.

С июля 2018 года каждый месяц ее беспокоили кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства в мае 2019, выполнено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. По результатам гистологического исследования от 06.05.19 –железисто-фиброзный полип эндометрия, в нем железы разной формы и размеров, есть с кистозным расширением просвета, эпителий желез в разной степени выраженности пролиферативными изменениями, имеется также очаговая слабо выраженная железистая гиперплазия эндометрия без атипии. Медикаментозное лечение не проводилось. В конце июня 2019 года вновь появились мажущие выделения из половых путей. Обратилась в областную больницу. 31.07.19 была выполнена гистероскопия и лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. По результатам гистологического исследования – в соскобе раскускованный фиброзно-железистый полип цервикального канала. Эпителий без атипии. Множественные фрагменты эндометрия, находящиеся в состоянии типичной железисто- кистозной гиперплазии эндометрия, активная форма. Раковой опухоли в соскобе нет. УЗИ малого от 29.08.19 – интерстициально-подслизистая фиброма матки на фоне инволютивных изменений. Гиперплазия эндометрия (Строение миометрия изменено за счет интерстициально – подслизистого образования пониженной эхогенности 36 x 37 мм, неоднородное; м -эхо 13 мм. Левый яичник -форма сохранена, эхогенность средняя, 18мм x 10мм x 15мм; Правый – форма сохранена, эхогенность средняя, 19мм x 9мм x 12мм). Кисты шейки матки. Госпитализирована на оперативное лечение в областную больницу. При поступлении состояние расценено как удовлетворительное. Детородная функция: Б-8, Р-2, А- 5,В-1, без осложнений. Менструальная функция: постменопауза 23 года. По данным гинекологического статуса: наружные половые органы сформированы правильно; уретра, бартолиновые железы, область ануса не изменены. Имеется опущение задней стенки влагалища на 1\3. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, гладкая, бледно-розовая.

Выделения кровянистые, умеренные. По данным бимануального осмотра: влагалище и своды свободные, безболезненные. Матка увеличена до 7 недель, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, их область интактна. Гинекологический анамнез: Миома матки небольших размеров. По данным онкоцитологии – эстрогенный тип мазка. Консультирована профессором, заведующим отделением, выставлен диагноз: Рецидивирующая гиперплазия эндометрия в постменопаузе. Миома матки небольших размеров около 5 лет. Подозрение на гормонально-активную опухоль яичника. Ректоцеле. Гипертоническая болезнь 2 ст, риск 3. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Ожирение 1 ст. Учитывая наличие рецидивирующего доброкачественного процесса в постменопаузе, клинически- микроэстрогенпродуцирующая опухоль яичника (гранулезоклеточная). У больной так же имеется множественная миома матки небольших размеров. Показано хирургическое лечение.

03.10.19 - проведена лапароскопия. В малом тазу обнаружено: матка увеличена до 7-8 недель за счет интерстициальных миоматозных узлов, диаметром до 2 см, придатки не изменены, шарообразной формы.

Макропрепарат: матка увеличена до 7-8 недель за счет интерстициальных миоматозных узлов, диаметром до 2 см, шарообразной формы. На разрезе в полости матки имеется утолщение эндометрия в области дна белесоватого цвета. Придатки белесоватого цвета, обычной формы и размеров. На разрезе – правый яичник серого цвета с желтыми включениями. Левый яичник – серого цвета. Маточные трубы без особенностей. Произведена экстирпация матки с придатками.

По данным гистологического исследования: В гистологических препаратах матка. Эндометрий с диффузной простой железистой гиперплазией. В миометрии определяются локусы эндометриоза (аденомиоз II-III). Имеется небольшого размера лейомиома. Шейка матки покрыта зрелым многослойным плоским эпителием с признаками атрофии, имеется набботова киста.

Придатки №1 маточная труба – инволютивные изменения, **очаговая стромальная гиперплазия**.
Придатки №2 маточная труба – инволютивные изменения. В стенке маточной трубы прилежит паратубарная киста.
Яичник – инволютивные изменения, **очаговая стромальная гиперплазия**, так же имеется простая киста яичника

Пациентка К., 64 лет, обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы 20 лет, боли в пояснице. Из анамнеза известно, что к гинекологу не обращалась в течении последних 20 лет.

С вышеуказанными жалобами в августе 2019 года обратилась к гинекологу. Был поставлен диагноз Субсерозная миома матки, гиперплазия эндометрия. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки был выявлен: полип эндометрия, гиперпластический вариант без атипии. С целью гемостаза в связи с непрекращающимися кровянистыми выделениями был назначен препарат норколут (гемостатические дозы). В связи продолжающимся маточным кровотечением пациентка была направлена в гинекологическую клинику областной больницы.

При поступлении состояние расценено как удовлетворительное. Детородная функция: беременностей - 13, из них родов - 3, аборт - 10, выкидышей – 0. Менструальная функция: постменопауза – 22 года. Гинекологический анамнез: спокойный. Данным гинекологического осмотра: осмотр в зеркалах: шейка матки бледно-розовая, цилиндрической формы.

Выделения из половых путей кровянистые, умеренные; бимануально: матка плотная, безболезненная, подвижная, увеличена до 6-7 недель. В области дна матки справа определяется незначительно болезненное образование, размерами 6-7см. Придатки с обеих сторон четко не определяются. По данным онкоцитологии: эстрогенный тип мазка. Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза от 24.09.2019: объемное образование правого яичника (округлое гипоэхогенное образование с четкими ровными контурами, размерами 62*51мм) с локусами кровотока по ЦДК). Миома матки небольших размеров (размеры матки: 70*51*64, структура миометрия неоднородная – лоцируются единичные гипоэхогенные образования максимальным размером до 12мм). Гиперплазия эндометрия (М-эхо – 17мм). СА 125 – 52,6, СА 19-9 – 2,3. Для исключения метастатического характера образования яичников были выполнены исследования молочных желез, желудочно-кишечного тракта.

По данным маммографии, фиброгастродуоденоскопии, ирригоскопии данным – органической патологии нет. Консультирована профессором, заведующей отделения, выставлен диагноз: Фибротекома правого яичника. Рецидивирующий доброкачественный гиперпластический процесс. С.З.: Гипертоническая болезнь II, риск 3. Миокардиодистрофия. ХСН I ст. Ожирение III степени. Показано хирургическое лечение.

30.09.2019 была выполнена нижнесрединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости обнаружено: матка увеличена до 5-6 недель, плотная, неравномерной окраски. Маточная труба розовой окраски, обычного строения. Придатки (яичник и маточная труба) слева - без особенностей. Из правого яичника исходит опухоль диаметром 7 см, плотной консистенции, с неровной поверхностью. Произведена экстирпация матки с придатками.

Макропрепарат: матка увеличена до 5-6 недель, плотная, неравномерной окраски, на разрезе – в области дна и по задней стенке (не доходит до перешейка) – определяется утолщение слизистой (гиперплазия эндометрия?). Правый яичник представлен солидным образованием размерами 7 см, плотной консистенции, на разрезе опухоль представлена солидной тканью с включениями желто-оранжевого цвета. Маточная труба справа, придатки слева без особенностей.

Данные гистологического исследования: эндометрий тела матки частично отсутствует, местами с признаками типичной простой гиперплазии. Зоне гиперплазии обращает на себя внимание децидуоподобная реакция стромы: а так же наличие рассеянных лейкоцитов. Шейка матки – фиброз, кистозное расширение просвета части цервикальных желез, атрофия многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки. Придатки № 1: яичник – очаговый фиброз, очаговая не резко выраженная стромальная гиперплазия. Маточная труба – инволютивные изменения. Придатки № 2: яичник – опухоль, имеющая строение текомы. Маточная труба – инволютивные изменения.

Заключение: **текома правого яичника. Гиперплазия эндометрия без атипии.**

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 8 послеоперационные сутки. Рана зажила первичным натяжением. Выписана домой в удовлетворительном состоянии.